

## Description et évaluation de l'intervention pharmaceutique en CLSC

Julie Patenaude, Michel Tassé, Sylvie Perreault

### Résumé

**Objectifs :** L'objectif de l'étude est de mieux définir une population pouvant bénéficier de soins pharmaceutiques en CLSC, de décrire les interventions du pharmacien impliqué dans une équipe interdisciplinaire en CLSC, d'évaluer le temps requis pour les effectuer et d'estimer la proportion de problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP) qui ont été résolus.

**Méthodologie :** Le devis utilisé est une cohorte prospective. Les patients ont été évalués, les PRP ont été identifiés, de même que les interventions nécessaires effectuées par un pharmacien. Une deuxième évaluation des PRP a eu lieu à la fin du suivi de la cohorte. Le temps pharmacien a été évalué.

**Résultats :** Vingt-six patients ont reçu les services du pharmacien durant une période moyenne de  $3,3 \pm 1,4$  mois, ce qui a conduit à la résolution de 37,5 % des PRP. Le nombre de PRP identifiés par patient était de  $4,6 \pm 2,3$ . La visite à domicile est l'activité où le pharmacien a investi le plus de temps.

**Conclusion :** Un pharmacien appliquant une démarche systématique de soins pharmaceutiques en CLSC durant une période de trois mois a pu contribuer à résoudre plus du tiers des problèmes médicamenteux.

**Mots-clés :** CLSC, pharmacien, interventions, soins pharmaceutiques, problèmes reliés à la pharmacothérapie

### Introduction

Les changements démographiques en cours et ceux prévus pour les prochaines années indiquent que le vieillissement de la population québécoise sera parmi les plus rapides et les plus élevés au monde<sup>1</sup>. Le vieillissement sera marqué par une augmentation des personnes âgées (65 ans et plus) et par une augmentation des personnes très âgées (plus de 75 ans)<sup>1</sup>. Il est essentiel de mieux connaître cette population vieillissante, afin d'identifier ses besoins en soins de santé et d'ajuster l'offre de services. Une proportion de cette population vivra confinée à domicile en raison d'une perte d'autonomie, ce qui peut représenter un obstacle à l'accessibilité complète aux services et aux soins pharmaceutiques. Selon Hébert, la perte d'autonomie se définit comme un syndrome clinique qui regroupe un ensemble de symptômes non spécifiques touchant les sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle<sup>2</sup>. Dans bien des cas, des problèmes reliés aux médi-

caments ne sont pas détectés à temps et peuvent contribuer ou même aggraver ces pertes d'autonomie, obligeant parfois une réorientation en centre d'hébergement. Une meilleure connaissance des mécanismes qui conditionnent la santé ouvre la voie à des interventions dans les milieux de vie, afin de mieux agir sur les causes d'une éventuelle détérioration de l'état de santé.

Dans le but de réduire l'impact sur les ressources d'hébergement, l'offre de services en milieu ambulatoire doit accroître sa capacité de fournir des soins pharmaceutiques personnalisés et rejoindre notamment les patients confinés à leur domicile. Le pharmacien doit étendre son champ d'intervention au-delà des besoins en soins curatifs et palliatifs, en intégrant des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Ces dernières années, certains modèles d'intégration de soins et de services ont été expérimentés. Ces projets ont servi de guide aux réformes actuelles que subit le système de santé. Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) a été expérimenté au CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville (devenu CSSS du Nord de l'Île et Saint-Laurent) de janvier 1999 à mai 2002<sup>3</sup>. Sur le plan clinique, ce modèle s'apparente à un service de soutien à domicile dont les modalités d'intervention reposent sur la gestion de cas intégrés, à laquelle s'ajoute la responsabilité financière de l'ensemble des services que l'utilisateur utilise<sup>3</sup>. Depuis l'adoption du projet de loi 25 en décembre 2003, les programmes de soutien à domicile, partie intégrante de la mission des CLSC, se retrouvent à l'intérieur d'établissements regroupés en Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Il est probable que des pharmaciens, oeuvrant auparavant en CHSLD, soient appelés à intervenir dans les programmes de soutien à domicile de ces nouveaux CSSS. Il semble donc approprié de mieux définir le rôle des pharmaciens au sein de ces programmes et d'élaborer une démarche de soins pharmaceutiques.

*Julie Patenaude, B. Pharm., M. Sc., est pharmacienne à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.*

*Michel Tassé, B. Pharm., M. Sc., est pharmacien au Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'Île et Saint-Laurent et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.*

*Sylvie Perreault, Ph. D., est professeure adjointe à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.*

La littérature québécoise décrit certaines expériences de pharmaciens qui pratiquent en CLSC<sup>4,5</sup>. Les résultats d'un sondage mené par l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) sur les ressources pharmaceutiques en CLSC ont déjà été publiés<sup>6</sup>. Ils montrent que 38 % des CLSC reçoivent les services d'un pharmacien, que la moyenne de temps alloué en CLSC par ces pharmaciens est de 3,8 heures par semaine<sup>6</sup>. Il existe cependant très peu de données sur le processus des soins pharmaceutiques offerts en CLSC ainsi que sur les modalités d'interventions entreprises par un pharmacien dans cette structure de services.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les interventions du pharmacien en CLSC et d'estimer le temps requis pour les effectuer. L'objectif secondaire est d'estimer la proportion de problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP) qui ont été résolus après un suivi de 3,3 mois.

## **Méthodologie**

### ***Population à l'étude***

La population source était le groupe témoin du projet de recherche SIPA, lequel s'est terminé en avril 2001. Il s'agissait de patients ayant reçu les services du programme de soutien à domicile régulier du CLSC. La structure de soins intégrés développée lors de ce projet devait être maintenue en place et les patients du groupe témoin devaient être graduellement pris en charge pour recevoir les services du programme SIPA. Ainsi, il s'agissait de personnes âgées qui résidaient sur le territoire du CLSC Bordeaux-Cartierville et du CLSC Saint-Laurent et étaient candidates pour un programme de soins intégrés, mais n'avaient pas encore bénéficié de ce service.

### **Sélection des sujets**

Les patients inclus dans l'étude étaient ceux qui devaient être transférés du programme de soutien à domicile des CLSC Bordeaux-Cartierville et Saint-Laurent au programme SIPA et qui n'avaient pas encore reçu de soins pharmaceutiques du pharmacien; ils devaient être âgés de 65 ans et plus et avoir un résultat  $\leq -10$  au système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)<sup>7</sup>. Les patients qui ont refusé de participer à l'étude, qui ne parlaient ni le français ni l'anglais (patient ou personne soutien) de même que ceux souffrant de démence et ne pouvant pas compléter une entrevue dirigée ont été exclus de l'étude.

Le recrutement des patients a eu lieu au moment où le service de soins intégrés leur était proposé. La période de recrutement a eu lieu du 7 septembre 2001 au 26 février 2002. Tous les patients qui acceptaient d'être vus par le pharmacien ont reçu une visite à domicile. À partir de ce moment, les patients ont été recrutés pour l'étude; 26 d'entre eux ont accepté de participer sur un total de 31 (84 %). Tous les patients ont signé un formulaire de consentement, et le protocole de recherche a été soumis et accepté par le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

de l'Université de Montréal. Les patients qui ont refusé de participer à cette étude ont également refusé l'intervention du pharmacien; ils n'ont donc pas été suivis.

### **Activités du pharmacien**

Le pharmacien a appliqué la démarche des soins pharmaceutiques dès l'entrée des patients dans la cohorte. Les problèmes reliés à la pharmacothérapie ont été évalués lors d'une première visite à domicile. Le pharmacien a effectué le maximum d'interventions visant à solutionner les problèmes identifiés tout au long du suivi. Une deuxième visite à domicile ou un appel téléphonique, selon le cas, a été effectué à la fin de l'étude pour vérifier si les problèmes identifiés ont été résolus ou non.

Les activités du pharmacien comprennent la revue de dossier, l'appel téléphonique au patient, au médecin ou au pharmacien d'officine, selon le cas, les réunions d'équipe interdisciplinaire, les réunions informelles, la rédaction de notes au dossier, de notes pharmaceutiques, du plan de soins pharmaceutiques et la recherche d'information scientifique.

### **Déroulement de l'étude**

Vingt-six patients ayant accepté de participer ont été inclus dans notre étude. La collecte de données a commencé par la revue du dossier. Cela a permis de prendre connaissance des données démographiques, des diagnostics, des notes d'évolution du médecin si ce dernier exerçait au CLSC ainsi que des notes au dossier des différents intervenants, des laboratoires et des rapports des consultants externes (spécialiste, centre hospitalier, évaluation gériatrique, etc.).

L'étape suivante a été un contact téléphonique avec le pharmacien de la communauté qui offrait habituellement des services à ce patient, afin d'établir le profil médicamenteux ou de le valider s'il était déjà inscrit au dossier médical du CLSC. Des données objectives sur les médicaments prescrits du patient ont été recueillies telles que le nom, la dose, les habitudes de renouvellement, etc.

Une rencontre en interdisciplinarité planifiée entre tous les intervenants a ensuite permis d'élaborer un plan d'intervention conjoint. Cette réunion a été utile pour évaluer la situation globale de chaque patient et pour le partage entre intervenants des problèmes connus reliés à la pharmacothérapie.

Dans la semaine qui a suivi, une visite à domicile par le pharmacien a été planifiée. Une démarche pour la visite à domicile a été systématiquement appliquée<sup>8</sup>. Une entrevue dirigée avec le patient a contribué à établir une relation de confiance, à détecter certains problèmes tels que l'inobservance aux médicaments, les obstacles ou barrières à l'observance, puis d'amorcer immédiatement l'éducation nécessaire pour contrer ces problèmes. Le profil médicamenteux a été complété par l'ajout des produits de vente libre dont le patient faisait usage à la maison. Le système d'aide à l'administration des médicaments

ainsi que les problèmes de gestion et d'utilisation des médicaments ont également été identifiés et évalués.

À la suite de cette première étape de cueillette d'information, un plan de soins pharmaceutiques a été rédigé et communiqué au patient et au(x) médecin(s) concerné(s). Selon les problèmes identifiés, des démarches ont été entreprises et des interventions spécifiques ont été proposées pour les résoudre. Au cours des semaines suivantes, le pharmacien a effectué les interventions et assuré un suivi plus ou moins étroit, selon les besoins de chaque patient. Tous les patients ont été revus à domicile ou ont reçu un appel téléphonique à l'intérieur d'une période variant entre un et six mois après la première visite à domicile. Au moment de ce deuxième contact avec le patient, le pharmacien vérifiait si les problèmes identifiés étaient résolus ou non, et si de nouveaux problèmes étaient apparus. Cette étape a mis fin à la collecte de données initiale.

### **Définition des variables**

#### **Données démographiques**

Les données démographiques recueillies comprennent la date de naissance, le sexe, le statut social (si le patient vit seul ou non), les diagnostics et le résultat du score SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)<sup>7</sup>.

#### **Profil pharmacologique**

Le profil pharmacologique comprend les médicaments d'ordonnance répertoriés selon la classe thérapeutique et les produits de vente libre répertoriés selon cinq catégories. Ces catégories sont : les médicaments de vente libre, les vitamines, les produits naturels, l'homéopathie et les produits en provenance d'un autre pays.

#### **Types d'aide à l'administration des médicaments**

Les types d'aide à l'administration des médicaments comprennent l'utilisation d'un calendrier comme aide-mémoire, les fioles de la pharmacie gérées par le proche aidant, un pilulier hebdomadaire rempli par l'utilisateur, le proche aidant ou la pharmacie, un pilulier hebdomadaire rempli ou vérifié par l'infirmière lors de la visite à domicile de même que les médicaments qui sont administrés par l'infirmière. L'absence d'une aide pour la prise de médicaments était également notée.

#### **Problèmes de gestion des médicaments**

Les problèmes liés à la gestion des médicaments comprennent la conservation de médicaments périmés, la difficulté à lire les étiquettes, à ouvrir les contenants de même que les patients qui ne comprennent pas le principe d'un pilulier.

#### **Problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP)**

Les problèmes reliés à la pharmacothérapie comprennent le besoin d'un médicament (PRP n° 1), un choix de médicament incorrect (PRP n° 2), une dose trop faible

(PRP n° 3), une dose trop forte (PRP n° 4), un effet secondaire (PRP n° 5), une interaction médicamenteuse (PRP n° 6), un patient qui ne prend pas ou ne reçoit pas le médicament (PRP n° 7), un médicament sans indication valable (PRP n° 8), un médicament pris au mauvais moment (PRP n° 9) et un problème autre (PRP n° 10). Le nombre de PRP détectés a été estimé par l'addition des PRP détectés pour chacun des patients. L'impact du suivi des soins pharmaceutiques a été évalué par la comparaison du nombre de PRP résolus à la fin de l'étude par rapport à ceux répertoriés lors de la première visite à domicile; une proportion moyenne a été calculée.

#### **Évaluation du temps pharmacien**

Les mesures prises lors de la collecte de données sont le temps requis pour réaliser chaque activité et le nombre de fois que chaque activité a été réalisée, par patient. Ces données ont permis de calculer la durée totale moyenne de chaque activité (durée moyenne X nombre de fois) ainsi que la proportion en temps associée à chacune des activités. La durée des visites à domicile représentait le temps passé au domicile du patient plutôt que la durée entre le départ et le retour au CLSC. Cette mesure a été retenue en raison du biais entraîné par les délais de déplacement associés à l'utilisation du transport en commun plutôt que d'une voiture. La rédaction de notes au dossier consistait aux notes d'évolution manuscrites alors que la rédaction de notes pharmaceutiques se rapportait aux recommandations adressées aux médecins sous forme de note SOAP (acronyme de chaque section de la note : Subjectif, Objectif, Analyse, Plan) à l'aide d'un logiciel développé par Michel Tassé, pharmacien, et adapté aux besoins de l'intervention.

#### **Analyse statistique**

Cette étude comporte principalement des statistiques descriptives. Les variables continues avec une distribution normale sont présentées sous forme de moyenne  $\pm$  écart-type. Les variables discrètes avec une distribution normale sont présentées sous forme de proportion. Le logiciel SPSS 8.0 a été utilisé pour l'analyse statistique de cette étude.

### **Résultats**

#### **Description de la population**

Des 31 patients admissibles au départ, 26 ont accepté de participer à l'étude. Les données démographiques et l'état de santé sont présentés au tableau I. L'âge moyen de la cohorte était de 82,8 ans et la cohorte était composée majoritairement de femmes (69,2 %) et de personnes ne vivant pas seule (73,1 %). Le nombre moyen de diagnostics était  $4,5 \pm 2,0$  et les principales classes diagnostiques étaient les maladies du système circulatoire, les maladies du système musculo-squelettique et tissus connecteurs de même que les désordres endocriniens, nutritionnels ou métaboliques.

**Tableau I : Données démographiques de la population étudiée**

<b>Données de base (N = 26)</b>	
Âge moyen (années)	82,8 ± 6,7
Sexe	
Femmes	18 (69,2 %)
Hommes	8 (30,8 %)
Statut social	
Patients vivant seuls	7 (26,9 %)
Patients ne vivant pas seuls	19 (73,1 %)
<b>État de santé et niveau d'autonomie</b>	
Score SMAF moyen (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)	-19,4 ± 10,6
Nombre moyen de diagnostics par patient	4,5 ± 2,0
<b>Nombre de patients affectés des pathologies suivantes (N = 117; nombre total de pathologies recensées)</b>	
Maladies du système circulatoire	45 (38,5 %)
Maladies du système musculo-squelettique et tissus connecteurs	23 (19,7 %)
Désordres endocriniens, nutritionnels ou métaboliques	20 (17,1 %)
Maladies et désordres mentaux	7 (6,0 %)
Maladies du système respiratoire	6 (5,1 %)
Maladies des reins et du tractus urinaire	4 (3,4 %)
Maladies et désordres des yeux	4 (3,4 %)
Maladies du système nerveux	3 (2,6 %)
Maladies du système digestif	2 (1,7 %)
Autres	2 (1,7 %)
Désordres myéloprolifératifs	1 (0,8 %)
Facteurs influençant l'état de santé et les contacts avec les services de santé	0 (0,0 %)

Valeurs présentées en moyenne ± écart-type ou nombre (%)

### **Profil pharmacologique**

Le nombre moyen de médicaments d'ordonnance par patient était  $8,4 \pm 4,5$ . Les classes pharmacologiques les plus fréquentes étaient les médicaments cardiovasculaires, les agents du système nerveux central, les médicaments du sang, les électrolytes et diurétiques et les agents gastro-intestinaux. Les patients de la cohorte utilisaient en moyenne  $2,1 \pm 2,2$  produits de vente libre. La catégorie la plus fréquente était les médicaments de vente libre (61,8 %) et cela comprenait majoritairement l'acétaminophène.

### **Problèmes de gestion des médicaments et problèmes reliés à la pharmacothérapie**

Près des deux tiers des patients (61,5 %) recevaient au moins une forme d'aide pour l'administration de leurs médicaments. Cette aide était constituée principalement de l'utilisation d'un calendrier aide-mémoire et d'un pilulier hebdomadaire rempli par l'utilisateur, par le proche aidant ou par la pharmacie.

Près de la moitié (46,2 %) des patients avaient au moins un problème de gestion de leur médication et le problème le plus commun était la conservation de médicaments périmés.

Les problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP) identifiés chez chacun des patients sont présentés au tableau II. En moyenne,  $4,6 \pm 2,3$  PRP ont été identifiés par patient, ces problèmes étant majoritairement réels (74,8 %) plutôt que potentiels. Les problèmes qui revenaient le plus souvent étaient le besoin d'un médicament, un choix de médicament incorrect et un médicament sans indication valable. Les PRP n° 10 nommés autres étaient soit une duplication thérapeutique, soit une pharmacie personnelle exagérée. Les choix de médicament incorrect étaient souvent des médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie.

### **Description des activités du pharmacien**

Le tableau III décrit les activités du pharmacien en CLSC. Les réunions informelles regroupaient les discussions spontanées ou planifiées entre les professionnels de l'équipe, mais en dehors de la réunion interdisciplinaire officielle. Ainsi, l'activité qui a demandé le plus de temps fut la visite à domicile, avec 34 % du temps qui y était consacré, alors que l'activité la plus courte a été l'entretien téléphonique avec les médecins, qui a occupé seulement 1,8 % de temps.

**Tableau II : Description des problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP) de la population étudiée**

<b>Nombre de PRP par patient à l'entrée de la cohorte</b>	4,6 ± 2,3
<b>Nombre total de PRP recensés (N = 119)</b>	
Réels	89 (74,8 %)
Potentiels	30 (25,2 %)
<b>Répartition des PRP</b>	
Besoin d'un médicament (PRP n° 1)	31 (26,1 %)
Choix de médicament incorrect (PRP n° 2)	22 (18,5 %)
Médicament sans indication valable (PRP n° 8)	16 (13,4 %)
Ne prend pas ou ne reçoit pas un médicament (PRP n° 7)	12 (10,1 %)
Dose trop faible (PRP n° 3)	11 (9,2 %)
Dose trop forte (PRP n° 4)	8 (6,7 %)
Effet secondaire (PRP n° 5)	7 (5,9 %)
Interaction médicamenteuse (PRP n° 6)	6 (5,0 %)
Autre PRP (PRP n° 10)	5 (4,2 %)
Médicament pris au mauvais moment (PRP n° 9)	1 (0,8 %)

Valeurs présentées en moyenne ± écart-type ou nombre (%)

**Tableau III : Description des activités du pharmacien**

Activités	Durée moyenne de chaque activité par patient (minutes)	Nombre moyen d'exécutions de chaque activité par patient (N)
Visite à domicile	71,6 ± 29,6	2,3
Recherche d'information scientifique	34,8 ± 22,4	1,7
Revue de dossier	30,9 ± 17,5	1,4
Réunion d'équipe interdisciplinaire	28,7 ± 6,6	0,9
Rédaction et mise à jour du plan de soins pharmaceutiques	28,2 ± 13,7	2,1
Rédaction de notes pharmaceutiques	15,6 ± 4,8	1,0
Réunion informelle	15,4 ± 13,7	1,5
Rédaction de notes au dossier	15,1 ± 8,2	4,7
Contact téléphonique au pharmacien	11,9 ± 10,7	1,5
Contact téléphonique au médecin	9,4 ± 7,9	1,0
Contact téléphonique au patient	9,1 ± 4,4	2,0

Activités	Durée totale moyenne de chaque activité par patient (minutes)	Temps de chaque activité par patient (%)
Visite à domicile	167,9	32,9
Rédaction de notes au dossier	71,5	14,0
Recherche d'information scientifique	58,8	11,5
Rédaction et mise à jour du plan de soins pharmaceutiques	58,7	11,5
Revue de dossier	44,0	8,6
Réunion d'équipe interdisciplinaire	25,4	5,0
Réunion informelle	23,0	4,4
Contact téléphonique au patient	18,5	3,6
Contact téléphonique au pharmacien	18,2	3,6
Rédaction de notes pharmaceutiques	15,6	3,0
Contact téléphonique au médecin	9,0	1,8

Valeurs présentées en moyenne ± écart-type, nombre ou %

**Tableau IV : Résolution des problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP)**

Nombre moyen de PRP par patient à l'entrée de la cohorte	4,6 ± 2,3
Durée moyenne du suivi (mois)	3,3 ± 1,4
Nombre moyen de PRP à la fin du suivi par patient	2,8 ± 1,4
Nombre moyen de PRP résolus par patient	1,7 ± 1,5
Proportion de PRP résolus (IC 95 %)	37,5 % (26,7-48,3)

Valeurs présentées en moyenne ± écart-type ou intervalle de confiance à 95 %

### Résolution des problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP)

Le tableau IV contient les principales données menant au calcul de la proportion de PRP résolus. Au bout d'un suivi moyen de 3,3 mois, la moyenne des PRP résolus était de 37,5 %.

### Discussion

Cette étude permet de constater qu'une partie de la population âgée et en perte d'autonomie comporte plusieurs problèmes reliés à la pharmacothérapie, qui ne semblent pas être pris en charge par les services pharmaceutiques actuellement offerts. Ces patients tendent à avoir un accès limité à des soins pharmaceutiques. Il faudra rendre accessibles les services requis et mieux définir la contribution des soins pharmaceutiques sur le maintien et l'amélioration de la santé chez cette population cible. L'approche populationnelle, proposée par la réforme actuelle du système de santé, a justement comme défi de passer d'une logique de prestation des services à une logique de responsabilité à l'égard des besoins de la population sur le territoire<sup>9</sup>.

La description de la cohorte a permis de faire ressortir plusieurs indices de la perte d'autonomie et de la fragilité qui caractérise notre population. Les patients ont un score moyen du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) de -19,4, comportent en moyenne plusieurs comorbidités et sont utilisateurs de plusieurs produits médicamenteux et naturels.

Les patients de la cohorte avaient en moyenne 4,6 ± 2,3 problèmes reliés à la pharmacothérapie. L'approche utilisée lors de cette étude pour exercer des soins pharmaceutiques fut une démarche de revue du dossier en profondeur et de revue d'utilisation systématique du profil médicamenteux d'un patient. Les principaux problèmes détectés étaient directement reliés à cette démarche. Le besoin d'un nouveau médicament a été le problème le plus fréquemment identifié dans la cohorte. La revue de dossier a permis d'obtenir les diagnostics et les valeurs de laboratoire disponibles, qui sont des données utiles, voire essentielles pour détecter ce type de problème. Il faut préciser que l'accès à tous les diagnostics des patients suivis par des médecins qui n'exerçaient pas au CLSC, n'a pas été possible. Toute l'information des dossiers médicaux du CLSC n'a pu être validée avec les médecins traitants des

patients. Cette démarche a donc permis de mieux connaître le patient grâce au travail en équipe interdisciplinaire et aux visites à domicile, notamment. Cette meilleure connaissance du patient a aidé à mieux cerner ses besoins, à individualiser le traitement et à l'impliquer davantage dans l'application du plan de soins pharmaceutiques.

Une approximation de la durée nécessaire à la prestation de soins pharmaceutiques chez des personnes âgées en perte d'autonomie se dégage du tableau III. Lorsque la durée moyenne totale de chaque activité est additionnée, nous obtenons une durée de 510,6 minutes ou 8,5 heures de travail par patient, en moyenne. Concrètement, on peut dire que l'équivalent d'une journée de travail par patient doit être consacré pour appliquer une démarche de soins pharmaceutiques. Ce résultat provient du travail d'une résidente en pharmacie, qui a d'abord dû se familiariser avec le milieu de pratique et avec la démarche de soins pharmaceutiques développée dans ce milieu. Un pharmacien expérimenté aurait sans doute pu réaliser le même travail, mais de façon plus efficace.

En matière d'efficacité, les activités qui nécessitent le moins de temps semblent avoir un meilleur impact sur la résolution des PRP. Les entretiens téléphoniques avec les médecins et l'envoi de note SOAP sont des interventions plus habituelles et en général bien perçues. Les communications avec les médecins, qu'elles soient orales ou écrites, se doivent d'être claires et succinctes. Un suivi étroit des suggestions formulées doit être effectué, afin que les PRP ne soient pas seulement adressés au médecin, mais bien résolus. Les visites à domicile, bien que demandant passablement de temps, demeurent essentielles pour l'évaluation initiale des patients et pour la création d'un lien de confiance.

La durée limitée du suivi des patients est un autre facteur qui peut expliquer le taux de résolution obtenu. En effet, beaucoup de PRP, soit 57 %, ont été adressés soit au médecin, soit au patient, mais le changement n'a pas encore eu lieu. Pour d'autres PRP, le changement est amorcé, mais il n'est pas complété et le PRP ne peut donc pas être qualifié de résolu.

Tel qu'expliqué au paragraphe précédent, la durée de l'étude constitue une première limite, bien que la durée du suivi ait été en moyenne le double de celle prévue initiale-

ment. Un suivi de trois mois et demi reste néanmoins très court lorsqu'il s'agit de solutionner des problèmes médicamenteux et d'avoir une quelconque influence sur la santé de personnes âgées. Le faible nombre de patients participant à l'étude représente une autre limite pour l'analyse des résultats. Cela diminue la validité interne de l'étude en augmentant la variabilité des résultats. Finalement, une autre limite de cette étude est l'absence d'un groupe témoin ne recevant pas les services du pharmacien. Une étude comparative aurait permis d'obtenir des résultats encore plus intéressants et d'effectuer une comparaison avec les services que reçoivent actuellement les personnes âgées en perte d'autonomie.

## Conclusion

Cette étude démontre que des personnes âgées en perte d'autonomie, qui se retrouvent confinées à leur domicile, pourraient bénéficier de services pharmaceutiques accrus. Nous proposons, comme point de départ d'une démarche en soins pharmaceutiques pour des personnes âgées en perte d'autonomie, que soit entreprise une revue exhaustive des médicaments et de leur utilisation réelle par le patient, dans le cadre d'une visite à domicile par un pharmacien compétent. Cette approche permet d'intégrer un aspect d'éducation et de prévention concernant les problèmes reliés aux médicaments. Le pharmacien doit également miser sur le travail interdisciplinaire pour mieux connaître le patient et assurer une prise en charge concertée des problèmes médicamenteux réels. Parmi les interventions efficaces, notons que les communications courtes et précises avec les médecins permettent la résolution rapide de problèmes reliés aux médicaments, mais la résolution complète des problèmes importants nécessite un effort et un suivi soutenu.

En ce sens, les pharmaciens de plusieurs milieux de pratique doivent établir une communication constante et mieux définir l'offre de services requise pour les patients présentant des problèmes complexes et multiples. Cette offre doit être cohérente avec le projet clinique en construction des CSSS, tout en favorisant l'intégration des services dispensés par les pharmaciens comme partenaires du réseau local de services intégrés.

## Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier D<sup>r</sup> Johanne Monette, gériatre, ainsi que les pharmaciennes Louise Mallet, Pharm. D., et Claudine Laurier, Ph. D., pour avoir contribué à la mise en place de l'intervention pharmaceutique au sein du projet SIPA. Les auteurs aimeraient également remercier Maxime Daoust-Charest, B. Pharm, pour la traduction en version anglaise du formulaire de consentement. Enfin, nous tenons à souligner la collaboration de toute l'équipe du programme SIPA, au CHSLD-CLSC Nord de l'Île et Saint-Laurent, anciennement CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville.

Pour toute correspondance :  
Julie Patenaude  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
Département de pharmacie  
5400, boul. Gouin Ouest  
Montréal (Québec) H4J 1C5  
Téléphone : (514) 338-2222, poste 2666  
Télécopieur : (514) 338-3200  
Courriel : [j\\_patenaude@sympatico.ca](mailto:j_patenaude@sympatico.ca)

## Abstract

**Objective :** The purpose of this study is to determine the patient population that would benefit from pharmaceutical care services in a local community services center (CLSC), to describe the therapeutic recommendations of pharmacists within a multidisciplinary health care team setting, including the time necessary to carry out these recommendations and to estimate the percentage of drug related problems resolved by pharmacists.

**Methods :** Using a prospective cohort study design, patient drug related problems were identified as were the subsequent recommendations by pharmacists. A second evaluation of drug related problems was performed at the end of the study. Pharmacist required time was also documented.

**Results :** Twenty-six patients received pharmaceutical care for a mean time period of  $3.3 \pm 1.4$  months, and 37.5% of drug related problems were resolved. Per patient, mean number of drug related problems was  $4.6 \pm 2.3$ . Home visits were found to be the most time consuming task for pharmacists.

**Conclusion :** Over a period of 3 months, a systematic approach to providing pharmaceutical care in a CLSC was helpful in resolving over a third of drug related problems.

**Key Words :** CLSC, community health care center, pharmacist, pharmaceutical care, drug related problems.

## Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Québec, 2001. p. 1-46.
2. Hébert, R. Perte d'autonomie. Dans : Arcard, M et Hébert R. Précis pratique de gériatrie. 2<sup>e</sup> Éd. Edisem; 1997. p. 109.
3. Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos A, Tousignant P, Brunelle Y et coll. Care for Canada's frail elderly population : Fragmentation or integration? *Can Med Assoc J* 1997;157:1116-21.
4. Roberge A. Une pharmacienne en CLSC. *Pharmactuel* 1997;30(6):19.
5. Montcalm A. Un département de pharmacie « unifié ». *Pharmactuel* 2003;36:156-8.
6. Tassé M, Roberge A, Poirier R, Amendola L, Ainsley D, Goulet M. La prestation des soins pharmaceutiques et le virage ambulatoire : quelles sont les ressources en CLSC à la disposition du réseau de la santé? *Pharmactuel* 2002;35:86-90.
7. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *Revue de gériatrie* 1988;13:161-7.
8. Tassé M. A guide for pharmacists involved in home visit services. *CPJ/RPC* 2003; 136(3):32-6.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Résumé. Québec, 2004. p. 1-25. : <http://ftp.msss.qc.ca/publications/acrobat/ff/documentation/2004/04-009-07.pdf> (site visité le 2 mars 2005)