

L'engagement du pharmacien dans le développement et l'implantation d'un suivi systématique de la clientèle MPOC en établissements de santé.

Marie-France Beauchesne, Bernadette Tardivel

Résumé

Objectif : Cet article décrit l'expérience du pharmacien dans le cadre du développement et de l'implantation d'un suivi systématique pour la clientèle ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Mise en contexte : Le développement d'un plan de gestion de l'épisode de soins pour la clientèle ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique a débuté en octobre 2004 à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Un an plus tard, le suivi systématique de la maladie pulmonaire obstructive chronique a été implanté. Le pharmacien fait partie de l'équipe de soins qui est appelée dans tous les cas pour effectuer de l'enseignement, évaluer la pharmacothérapie et proposer des ajustements à la médication des patients participant à ce suivi. Jusqu'ici, l'évaluation de l'impact de ce projet semble démontrer une diminution de la durée moyenne de séjour des patients ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique dans notre établissement.

Conclusion : Le pharmacien est un acteur clé dans le suivi systématique de la maladie pulmonaire obstructive chronique en établissements de santé.

Introduction

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) diagnostiquée touche environ 3,9 % de la population canadienne âgée de plus de 35 ans¹. Cette maladie chronique est la seule dont les taux de mortalité et de morbidité continuent de croître¹. Dans les années 2000 et 2001, la MPOC était la septième cause d'hospitalisation chez l'homme, et le risque de réhospitalisation était d'environ 40 %¹.

Afin de diminuer la morbidité associée à la MPOC, on a développé et implanté un plan de gestion d'épisodes de soins pour les patients atteints de la MPOC à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM). Cet article décrit l'expérience du pharmacien en établissements de santé dans le développement et l'implantation de ce plan de gestion, communément appelé suivi systématique pour les patients MPOC (SS MPOC) hospitalisés à l'HSCM. Le SS MPOC est un modèle d'intervention destiné à l'équipe interdisciplinaire, qui a été établi afin de répondre aux problèmes présentés par le patient. Il est élaboré pour des patients définis, doit être basé sur des pratiques reconnues et vise à obtenir des résultats vérifiables. Le SS doit être défini dans des limites de temps et doit permettre l'évaluation de la

qualité des soins et de l'utilisation des ressources². Les objectifs du SS MPOC de l'HSCM sont multiples, soit la diminution de la durée moyenne de séjour, qui était de 9,7 jours en moyenne dans les années 2003-2004 (donnée interne), la prévention de la réhospitalisation par l'auto-gestion de la MPOC par le patient et l'amélioration de la qualité de vie ainsi que de la satisfaction des patients.

Méthodologie

À l'automne 2004, la direction générale de l'HSCM a ciblé la clientèle MPOC pour l'implantation d'un suivi systématique. Ce projet est également appuyé par d'autres instances, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)³ et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal⁴. En octobre 2004, un sous-comité de travail a été formé afin d'élaborer une stratégie de développement et d'implantation de ce projet. Ce comité était alors composé d'un pneumologue responsable du SS MPOC, d'un inhalothérapeute, de l'infirmière pivot du réseau en MPOC, de l'infirmière gestionnaire de l'épisode de soins, de l'assistante-infirmière chef de l'unité de pneumologie, du chef de service de pneumologie et de la conseillère à la direction des soins infirmiers. Cette dernière était responsable de piloter le projet. On devait utiliser un outil de travail commun destiné à différents types de patients (ex : pour les patients ayant eu un accident cérébro-vasculaire), remis par la direction générale de l'HSCM, pour réaliser la grille de cheminement des interventions multidisciplinaires. L'étape suivante consistait en la définition des critères d'inclusion et d'exclusion des patients ciblés. En effet, toute personne étant admise à l'HSCM pour une MPOC exacerbée ne peut automatiquement être admise au programme de SS MPOC, puisque d'autres facteurs doivent être pris en considération, comme l'état clinique du patient (un patient instable qui risque d'être admis aux soins intensifs n'est pas accepté au SS MPOC à son admission à l'HSCM). Par la suite, on a élaboré les priorités de soins et de traitements. Par exemple, l'une des priorités de

Marie-France Beauchesne, Pharm.D., est pharmacienne à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et professeure agrégée de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, chaire pharmaceutique AstraZeneca en santé respiratoire

Bernadette Tardivel, Inf., B.Sc, est infirmière pivot, réseau MPOC, au Département de pharmacie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

soins est l'observance du traitement médicamenteux. Ensuite, chaque priorité de soins et de traitement a été associée à un résultat visé au moment du congé soit, par exemple, que le patient « comprenne sa médication ».

Les intervenants clés ont alors été ciblés en fonction des priorités de soins et des résultats visés. Ainsi, un comité opérationnel a été formé des membres mentionnés ci-dessus (comité de travail) en plus d'une ergothérapeute, d'une physiothérapeute, de l'infirmière chef de l'Unité de soins de pneumologie, d'une nutritionniste, d'une orthophoniste, d'une pharmacienne et d'une travailleuse sociale. C'est alors que chaque professionnel concerné a défini lui-même ses propres interventions à effectuer auprès des patients MPOC hospitalisés afin de répondre aux priorités de soins et de traitements pour atteindre les résultats visés dans le cadre du SS MPOC (ceux et celles notés dans la grille de cheminement). Les intervenants concernés ont tous collaboré à améliorer l'outil de travail, à définir les tâches et à adopter la grille de cheminement qui est utilisée aujourd'hui.

Avant d'implanter le SS MPOC, l'équipe a dû obtenir l'appui des pneumologues. De plus, les professionnels de la santé assignés aux mêmes tâches se sont rencontrés pour uniformiser les actions et l'enseignement prévus au sein du SS MPOC. Par exemple, l'inhalothérapeute, la pharmacienne et l'infirmière pivot en MPOC sont appelés à enseigner le rôle de la médication respiratoire. Le premier soignant à rencontrer le patient entreprend l'enseignement, tandis que les deux autres effectuent le renforcement de l'enseignement commencé. Il était ainsi primordial de s'entendre sur l'information véhiculée auprès du patient MPOC.

Avant d'implanter le SS MPOC, l'infirmière pivot du réseau MPOC a offert une formation à tous les membres de l'équipe soignante engagée dans le cadre du SS MPOC. Le contenu de la formation était adapté au rôle de chacun et comprenait, par exemple, des informations sur l'oxygénothérapie et la mesure de la saturation, les techniques de respiration, etc.

On a prévu un processus d'évaluation de l'impact de ce plan de gestion, comportant notamment le nombre de patients inclus dans le programme, l'âge moyen des patients, la durée moyenne de séjour et les écarts de soins (vs ce qui est prévu dans la grille de cheminement). De plus, on a rempli un questionnaire de satisfaction des patients lors d'un entretien téléphonique avec eux, un mois après leur congé de l'hôpital. On a envisagé en outre d'autres mesures de l'impact, dont l'évaluation de la qualité de vie des patients et de leur connaissances, ainsi que le taux de réadmission. Finalement, nous avons envisagé la tenue de séances de consultation (de type focus-group) des intervenants concernés et des patients inclus dans le SS MPOC.

Résultats

L'outil de travail final comporte tout d'abord les priorités de soins et de traitements établis, comme la dyspnée, par exemple. Ensuite, à chacune des priorités de soins correspond un résultat visé. Pour la dyspnée, il s'agit du retour progressif à la dyspnée de base. Les résultats visés ne sont pas de niveau élevé, puisque le plan de gestion prévoit une période d'intervention de sept jours, qui est la durée moyenne de séjour provinciale (donnée interne). Les critères d'inclusion et d'exclusion sont décrits par la suite, un exemple de critère d'inclusion étant la capacité du patient à comprendre les instructions. Au sein de la grille de cheminement, les interventions interdisciplinaires sont décrites pour chacune des étapes de soins qui sont exécutées sur une période de deux jours (ex : étape 1, jour 0-1). À chaque étape, nous retrouvons différentes sections, dont la l'éducation à la santé, la transition et la continuité, les consultations et l'évaluation.

Lorsqu'un patient MPOC se présente à l'urgence pour une exacerbation de sa MPOC, il est évalué par l'infirmière pivot du réseau en MPOC, qui vérifie si les critères d'inclusion et d'exclusion prévus par le plan de gestion sont respectés. Si le patient répond à ces critères, le pneumologue du patient est avisé, et ce dernier prescrit ou non le SS MPOC. À la suite de la prescription, les membres de l'équipe soignante sont automatiquement avisés de l'instauration du plan de gestion (téléavertisseur central), soit la personne responsable de l'admission, l'assistante infirmière chef de l'Unité de soins de pneumologie, l'infirmière pivot du réseau en MPOC, l'infirmière gestionnaire de l'épisode de soins (autrefois appelée infirmière de liaison), l'inhalothérapeute et le pharmacien. Les autres professionnels de l'équipe sont consultés seulement si on identifie des problèmes plus spécifiques associés à leur champ de pratique, en fonction d'une liste de problèmes qu'ils ont eux-mêmes établie. Par exemple, on consulte la nutritionniste si l'albumine du patient est basse, la physiothérapeute, pour un problème de mobilité, l'orthophoniste, pour un problème de déglutition, la travailleuse sociale, s'il y a un problème d'aide à la maison, etc. À chaque étape de deux jours, des interventions interdisciplinaires sont prévues afin d'atteindre les résultats visés. Les interventions initiales prévues pour le pharmacien sont illustrées dans l'encadré (Tableau I)

Tableau I : *Interventions initiales du pharmacien*

Étape 1 ; Jour 0-1
Compléter l'histoire médicamenteuse ;
Évaluer la gestion des médicaments à domicile ;
Valider l'ordonnance médicale ;
Suggérer au besoin des ajustements à la médication ;
Élaborer un plan de suivi pharmaceutique.

De plus, au premier jour de suivi, le pharmacien peut entreprendre l'enseignement au regard des médicaments respiratoires et de leurs actions. Cet enseignement peut également être entrepris par l'infirmière pivot ou l'inhalothérapeute, qui ont reçu la formation requise pour effectuer les interventions éducatives auprès des patients MPOC.

Dans les jours qui suivent, le pharmacien et les autres membres de l'équipe (infirmière pivot du réseau MPOC, inhalothérapeute) doivent renforcer l'enseignement au regard des médicaments respiratoires et de leurs actions, des techniques liées aux dispositifs d'inhalation (enseignement commencé par l'inhalothérapeute) et des effets du tabagisme sur la santé. À la dernière journée, le membre de l'équipe soignante qui a commencé l'enseignement fait une évaluation des connaissances du patient (ex : le pharmacien évalue les connaissances sur la médication).

Finalement, au moment du congé du patient, le pharmacien doit évaluer la médication prescrite et suggérer des ajustements au besoin. Ensuite, il doit remettre au patient les conseils et l'horaire d'administration de la médication prescrite au moment du congé de l'hôpital. De plus, lorsqu'il le juge nécessaire, il élabore un plan de soins pharmaceutiques écrit (plan de transfert) et le transmet au pharmacien communautaire et parfois au médecin de famille du patient.

Statistiques préliminaires

Le plan de gestion a été implanté le 31 octobre 2005. Le nombre patients suivis entre le 1^{er} novembre 2005 et le 31 octobre 2006 était de 58 (sept patients ont été exclus, un pour manque de collaboration et six en raison de leur

état de santé), l'âge moyen de ces derniers était de 75 ans, et leur durée moyenne de séjour était de 8,9 jours. Si nous comparons ces données avec un échantillon de patients MPOC ayant été admis à l'HSCM à la même période de l'année précédente, nous constatons que, pour 197 patients hospitalisés, la moyenne d'âge était de 72,1 ans et la durée moyenne de séjour était de 10,5 jours. (Données internes) Les écarts observés jusqu'à présent dans les soins sont présentés aux tableaux II et III.

Discussion et conclusion

Depuis l'implantation du SS MPOC, l'équipe a constaté certains succès. Par exemple, les membres de l'équipe soignante apprécient que les problèmes pharmaceutiques soient identifiés dès l'admission des patients à l'urgence. De plus, les professionnels de la santé sont mieux outillés pour faire face à la dyspnée de ces patients (ex : techniques de respiration connues de tous). Ensuite, le patient bénéficie d'instructions uniformisées sur les techniques d'inhalation, peu importe le professionnel qui fait l'enseignement, diminuant ainsi les difficultés d'apprentissage. Les membres de l'équipe ont toutefois dû surmonter des difficultés, par exemple, le nombre de soignants concernés est élevé, et le personnel est parfois instable. Parmi les éléments gagnants identifiés par les membres de l'équipe soignante ayant participé à l'implantation de ce projet, citons, en particulier, la définition des interventions que chaque membre de l'équipe a inscrite personnellement dans la grille de cheminement et la participation intéressée de chacun d'eux, ce qui a grandement facilité le développement du SS MPOC.

Tableau II : *Écarts de soins (N=58 patients MPOC) – répartition par type*

Écart	Résultat : N (%)	Commentaire
Signification de l'expérience	31 (10,8)	Exemple de cette section : l'infirmière soignante doit avoir rempli le profil de santé avec la personne/famille
Activités	47 (16,4)	Ex : S'assurer que le patient s'assied au fauteuil deux fois par jour
Soins et traitements	19 (6,6)	Ex : S'assurer de la disponibilité d'un accès veineux
Éducation à la santé	57 (19,9)	Ex : Réviser la technique d'inhalation
Transition/continuité	15 (5,2)	Ex : Recommander le client au centre d'enseignement sur la MPOC
Examens diagnostiques	17 (5,9)	Ex : Faire un VEMS au jour 2
Consultations	14 (4,9)	Ex : Consultation en orthophonie non effectuée lors d'un problème de dysphagie
Évaluation	72 (25,2)	Ex : Le pharmacien n'a pas versé son plan de suivi pharmaceutique au dossier du patient
Aucun écart n'a été relevé	14 (4,8)	

Tableau III: *Écarts de soins (N=58 patients MPOC) – répartition par catégories*

Intervenant/professionnel	171 (59,8)	Ex : Professionnel demandé au jour 1 et a rencontré le patient au jour 3
Personne/famille	58 (20,3)	Ex : Patient ne s'intéresse pas à l'enseignement qu'on lui prodigue
Établissement/administration	35 (12,2)	Ex : Patient n'a pu, de l'urgence, être admis à l'Unité de soins de pneumologie
Environnement/communauté	7 (2,4)	Ex : Patient en attente de convalescence (délai de disponibilité de lit)

Ce plan de gestion d'épisodes de soins pour les patients ayant une MPOC est une approche innovatrice qui vise l'amélioration de la qualité des soins et la réduction de la morbidité associée à cette maladie chronique. Le pharmacien est un acteur clé qui est consulté d'emblée lors de l'admission de chaque patient MPOC. Le pharmacien a un rôle d'évaluation et d'enseignement dans le cadre de ce plan de gestion.

Le pharmacien a jusqu'ici été en mesure d'assurer le suivi dans un délai raisonnable de la majorité des patients inclus dans le SS MPOC. Un pharmacien est libéré à temps complet à l'HSCM pour assurer le suivi des patients admis à l'Unité de soins de pneumologie de l'HSCM. Ainsi, le SS MPOC fait maintenant partie des soins pharmaceutiques prodigués par le pharmacien assigné à l'Unité de soins de pneumologie. Les autres membres de l'équipe soignante et les patients inclus dans le projet sont en général très réceptifs aux interventions du pharmacien. Toutes les interventions du pharmacien sont expliquées par écrit sur une feuille de consultation (destinée aux services professionnels), au même titre que les autres professionnels de la santé concernés, dans la section « consultation » du dossier médical du patient. Les interventions pharmaceutiques destinées à modifier la pharmacothérapie, et qui s'adressent plus spécifiquement au médecin, sont inscrites au dossier du patient, dans les notes sur l'évolution médicale. La charge de travail associée aux activités d'un pharmacien engagé dans un SS MPOC est estimée à environ trois à quatre heures par patient pour une période de suivi de sept jours. Nous avons observé 58 patients au cours d'une année, mais le nombre de candidats potentiels varie sans doute d'un établissement de santé à un autre.

Les données préliminaires indiquent que le projet a un impact positif sur la durée moyenne de séjour de la clientèle MPOC, malgré un âge moyen plus élevé des patients. Toutefois, l'évaluation est biaisée par le fait que le plan de gestion prévoit l'inclusion de patients qui ont une MPOC probablement moins grave. Ainsi, il sera difficile de déterminer l'impact réel d'un tel plan de gestion d'épisodes de soins. Toutefois, si les résultats démontrent une diminution significative de la durée de séjour (sans augmentation du taux de réadmission), ainsi qu'un niveau de satisfaction élevé de la part des patients, son implantation à long terme et dans d'autres établissements serait souhaitable.

Remerciements : Les auteurs désirent remercier les pharmaciens suivants pour leur engagement dans le SS MPOC de l'HSCM : Anne Fillion, Sophie Lecompte, Cécile Lecours, Laura Nenciu, Julie Patenaude, Michel Tassé.

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

Abstract

Purpose: This article describes a pharmacist's experience with the development and implementation of a systematic follow-up program for patients with chronic obstructive pulmonary disease at the Hôpital du Sacré-Cœur, Montreal.

Context: The development of a care plan for the episodic management of patients with chronic obstructive pulmonary disease began in October 2004 at the Hôpital du Sacré-Cœur of Montreal. A year later, the systematic follow-up of chronic obstructive pulmonary disease was implemented. The pharmacist was part of the healthcare team that delivered education, evaluation of pharmacotherapy, and proposed dosage modifications for the medications used by this patient population. Up to now, results seem to show a decrease in the average number of days of hospitalization in our establishment for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Conclusion: The pharmacist is a key player in the systematic follow-up of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the hospital setting.

Références

1. O'Donnell DE, Hernandez P, Aaron S, Bourbeau J, Marciniuk D, Hodder R, et coll. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie relativement au traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique – 2003. *Can Respir J* 2003;37A-65A.
2. King ML et al. Handbook for Development of a Caremap. The Toronto Hospital, March 2001. Note de l'auteur, svp modifier cette référence pour la suivante: Lefebvre H, Bouchard L, Pelchat D. Le suivi systématique de la personne/famille. *L'infirmière du Québec* 1999;6 :22-28.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Projet clinique Santé physique, Volet : maladies chroniques, document de travail version 1.0, Mai 2006.
4. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Vers un réseau de services intégrés destinés aux personnes atteintes de MPOC, mai 2002 (révision novembre 2006).