Recherche originale

Transitions de soins pharmaceutiques chez les personnes âgées : une évaluation de la mise en place

Medication transitions of care for older adults: an implementation evaluation

Sara Khalilipalandi[1], Mylaine Breton[1], Cyril Breuker[2], Benoît Cossette[1,3]

Résumé

Contexte : Les transitions de soins pharmaceutiques entre l'hôpital et la communauté menées par un pharmacien ont été associées à une diminution des hospitalisations. Peu de données sont disponibles sur les conditions optimales de leur implantation.

But de l'étude : L'étude vise à analyser l'implantation d'une intervention de transition de soins pharmaceutiques chez les aînés à risque de problèmes liés aux médicaments dans un contexte canadien. L'objectif est de décrire les principales caractéristiques de l'intervention et d'en identifier les facilitateurs et les barrières à l'implantation.

Méthodes : Un devis d'étude de cas unique comprenant des entrevues individuelles (n = 10 entrevues) et une analyse de documents a été privilégiée. Le cadre conceptuel d'implantation de Damschroder a guidé l'analyse.

Résultats : Les principales caractéristiques de l'intervention sont la collaboration interdisciplinaire et la clarté de rôles des professionnels impliqués, le temps dédié à l'intervention et la bonification des mécanismes de communications interdisciplinaires. Les facilitateurs de l'implantation incluent la disponibilité des leaders et champions cliniciens, la perception et la collaboration des professionnels. Les barrières comprennent la difficulté d'intégration de l'intervention aux soins usuels à l'égard du temps et des ressources, l'adoption et le manque d'expertise à l'utilisation d'un dossier médical électronique et la difficulté d'accès à certains patients pour les suivis.

Conclusion : L'analyse des caractéristiques principales de l'intervention ainsi que des facilitateurs et barrières à son implantation démontre la faisabilité de cette intervention de transition de soins et les enjeux associés à son intégration aux soins usuels dans le système de santé canadien.

Mots-clés : Transition de soins ; Médicaments ; Pharmacien ; Aînés ; Implantation.

Abstract

Background: *Pharmacist-led transitions of care between hospital and community settings have been associated with decreased hospitalizations. Little data is available on the optimal conditions for their implantation.*

Purpose of research: *The study aims to analyze the implementation of a pharmacist-led transition of care intervention among older adults with drug-related problems. The objectives are to describe the main characteristics of the intervention and to identify the facilitators and the barriers to its implementation.*

Methods: *A single case study design including individual interviews (n = 10 interviews) and document analysis was preferred. Damschroder's conceptual implementation framework guided the analysis.*

Results: *The main characteristics of the intervention are the interdisciplinary collaboration and clarity of the involved professional's roles, the time dedicated to the intervention and the improvement of interdisciplinary communication mechanisms. The implementation facilitators include the availability of leaders and clinical champion, as well as the perception and collaboration of professionals. The Barriers include the limitations in integrating the intervention into routine care in terms of time and resources, the adoption and lack of skills in using an electronic medical record and the difficult access to some patients for follow-ups.*

Conclusions: *The analysis of the main characteristics of the intervention, the facilitators and the barriers to its implementation demonstrate the feasibility of this pharmacist-led transition of care intervention and the issues associated with its integration into routine care in the Canadian health system.*

Keywords: *Care transitions; Drug; Pharmacist; Older adults; Implementation.*

[1] Département de sciences de la santé communautaire – Faculté de médecine et des sciences de la santé – Université de Sherbrooke – Sherbrooke (Québec) – Canada.
[2] Université de Montpellier – Inserm – CHU de Montpellier – Montpellier – France.
[3] Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS – Sherbrooke (Québec) – Canada.

Correspondance : B. Cossette
benoit.cossette@usherbrooke.ca

Réception : 11/11/2020 – *Acceptation :* 28/03/2022

Introduction

Les événements indésirables médicamenteux contribuent à 10-30 % des hospitalisations chez les aînés [1, 2], dont plus de la moitié est évitable [3]. En 2017, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié trois domaines d'action prioritaires pour réduire les problèmes liés aux médicaments : la polypharmacie, les situations à haut risque et les transitions de soins [4]. Pour réduire les hospitalisations associées aux problèmes liés aux médicaments chez les aînés, plusieurs organisations de santé ont suggéré des interventions lors des transitions de soins [5].

Plusieurs études ont été menées sur les transitions de soins. Une méta-analyse d'essais randomisés menés aux États-Unis a montré une réduction de 32 % des réadmissions pour les transitions de soins menées par les pharmaciens [6]. Les auteurs rapportent que la majorité des études évaluaient l'implication du pharmacien hospitalier alors que le rôle des pharmaciens communautaires et le degré de leur implication ne sont pas bien définis [6]. Une revue systématique a proposé que les interventions multicomposantes incluant le bilan comparatif des médicaments à l'admission, l'enseignement aux patients, la revue des médicaments au congé, l'intervention après le congé et la collaboration pharmacien-médecin pouvaient améliorer la transition de soins de l'hôpital au communautaire [7]. Une revue systématique sur le rôle des pharmaciens communautaires dans les trajectoires de soins a rapporté que l'accès au dossier médical des patients et l'intégration des pharmaciens aux suivis représentaient des limites à leur implication, et que les mécanismes d'amélioration de la collaboration des pharmaciens hospitaliers et communautaires restent à évaluer [8]. Dans une étude récemment menée au Canada, évaluant le transfert d'une ordonnance de départ bonifiée et du sommaire d'hospitalisation du pharmacien hospitalier au pharmacien communautaire, les défis rapportés incluent l'intégration de l'intervention aux soins usuels et la non-disponibilité au congé du sommaire d'hospitalisation [9, 10]. Finalement, les auteurs d'une autre revue systématique suggèrent d'évaluer, en contexte, le processus de l'intervention réalisée par les pharmaciens communautaires pour améliorer leur implication [11].

L'expérimentation d'une intervention de transitions de soins pharmaceutiques au Québec (Canada) amène l'opportunité d'en évaluer l'implantation. L'objectif général de cette étude est de décrire les principales caractéristiques de ce modèle de transitions de soins chez les aînés à risque de problèmes liés aux médicaments dans un contexte canadien et d'identifier les facilitateurs et les barrières à son implantation.

Intervention à l'étude : transitions de soins pharmaceutiques chez les aînés

L'intervention de transitions de soins (ci-après nommée *l'intervention*) a été réalisée de septembre 2018 à août 2019 dans la région de Magog, au Québec, par les pharmaciens et les médecins d'un hôpital, de huit pharmacies communautaires et deux cliniques de premières lignes nommées « groupes de médecine de famille » (GMF). *L'intervention* détaillée a été publiée précédemment [12]. En bref, les patients aînés de 65 ans et plus à risque de problèmes liés aux médicaments étaient recrutés lors d'un séjour hospitalier par le pharmacien hospitalier, qui développait un plan initial de soins pharmaceutiques en collaboration avec le médecin de l'hospitalisation. Ce plan de soins était transféré au congé de l'hôpital, par dossier médical électronique (DME) et télécopie, au médecin de famille ainsi qu'au pharmacien communautaire, qui assurait un suivi dans la semaine suivant le congé, puis mensuellement pendant six mois. Le plan de soins pharmaceutiques, adapté de l'étude Pellegrin *et al.* [13, 14] et hébergé dans le DME, était accessible et mis à jour par les cliniciens de tous les milieux participant à l'étude. Le sommaire d'hospitalisation, complété et transféré dans le cadre des soins usuels uniquement au médecin de famille était transféré au pharmacien communautaire dans le cadre de *l'intervention*. Le bilan comparatif des médicaments était déjà transféré dans le cadre des soins usuels.

Deux journées de formation étaient offertes aux cliniciens de l'étude. Au lancement de l'étude, la formation portait sur la pharmacothérapie gériatrique, la communication interdisciplinaire et les outils de collecte de données. La deuxième journée, offerte trois mois plus tard, était consacrée principalement à des discussions de cas réels de patients dans une perspective d'optimisation des processus de *l'intervention*.

Matériel et méthodes

Une méthodologie de recherche qualitative de type « étude de cas unique », comprenant des entrevues individuelles et l'analyse des documents a été retenue.

Les pharmaciens et médecins impliqués dans *l'intervention* ont été invités à participer aux entrevues en priorisant, pour les médecins, ceux ayant suivi le plus de patients. Dix entrevues semi-dirigées, d'une durée de vingt-cinq à cinquante minutes, ont été réalisées avec deux pharmaciens hospitaliers, cinq pharmaciens communautaires et trois médecins de famille. Huit entrevues ont été menées face à face et deux entrevues *via* une application de visioconférence.

Une lecture attentive des documents portant sur le processus de *l'intervention*, les formulaires complétés et les comptes-rendus des rencontres nous a permis de mieux comprendre le processus et le contexte de *l'intervention* et d'enrichir les résultats.

Analyse des données

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Une première étape de codage des données a été effectuée en appliquant une approche déductive et inductive à l'aide d'un arbre de codage basé sur le cadre conceptuel de l'implantation de Damschroder [15]. Ce cadre conceptuel est une synthèse des théories existantes sur l'implantation d'une innovation et comprend cinq domaines soit : 1) les caractéristiques de *l'intervention*, 2) le processus de l'implantation, 3) les caractéristiques des professionnels, 4) les contextes internes et 5) externes à l'organisation de *l'intervention*. Il est bénéfique pour analyser l'implantation de *l'intervention* puisqu'il prend en compte la nature transitoire, multiniveau et la dynamique de l'implantation d'une intervention complexe en santé comme notre *intervention*.

La technique de double codage a été utilisée avec un membre de l'équipe de recherche afin d'augmenter la crédibilité de l'analyse. Deux premières entrevues ont été cocodées et les codes contradictoires ont été discutés jusqu'à l'obtention d'un consensus. Puis, après avoir modifié l'arbre de codage, les thèmes ont été regroupés et catégorisés et les données ont été réanalysées dans NVivo® (v. 12). Les autres entrevues ont été codées progressivement selon l'arbre de codage mixte et de façon itérative et évolutive en comparaison constante des données.

En deuxième étape, le traitement des données a été effectué en pratiquant un texte narratif sous la forme de synthèse des données répondant aux objectifs et ce texte a été développé progressivement de façon cohérente, au-delà des codes initiaux pour chaque entrevue. Les discussions régulières dans l'équipe de recherche, la comparaison des données des diverses entrevues, des documents disponibles et les matrices élaborées par NVivo® (v. 12) comme la fréquence du verbatim nous ont menés à avoir une compréhension plus approfondie sur l'implantation de *l'intervention* et à développer un texte plus cohérent.

En troisième étape, les thèmes plus pertinents ont été identifiés, les conclusions ont été élaborées et les arguments ont été développés par la discussion en groupe et en comparaison avec les données et la littérature.

Résultats

Objectif 1 : Décrire les principales caractéristiques de *l'intervention*

L'intervention s'appuie sur trois caractéristiques principales, donc cinq thèmes essentiels pour son implantation, reliées entre elles et alignées avec trois domaines du cadre conceptuel de l'implantation de Damschroder (figure 1).

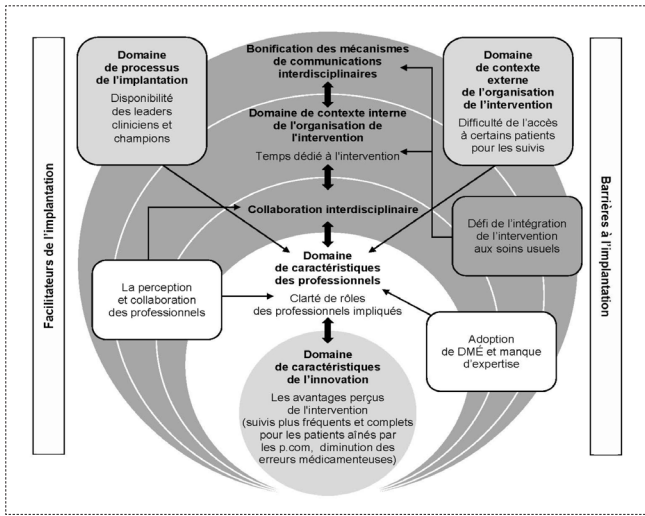


Figure 1 : Caractéristiques principales de l'intervention de transition de soins pharmaceutiques chez les aînés, les facilitateurs et barrières à son implantation.

Collaboration interdisciplinaire et clarté des rôles des professionnels

L'intervention s'appuie sur une collaboration interdisciplinaire entre les pharmaciens hospitaliers, les pharmaciens communautaires et les médecins ainsi que la clarté de rôles. Ces deux thèmes très reliés sont regroupés et présentés comme une caractéristique. Ils s'alignent avec les

définitions de deux construits du cadre conceptuel suggérant les relations et collaborations dans le domaine de contexte interne de l'organisation de l'intervention ainsi que l'identification individuelle des professionnels relatifs à celle-ci dans le domaine de caractéristiques des professionnels. Les rôles propres et le degré de l'engagement des professionnels impliqués ont été rapportés comme étant clairs et bien définis. Par exemple, le pharmacien hospitalier (noté PH dans les verbatim) avait pour responsabilité de développer le plan de soins pharmaceutiques initial et d'identifier les objectifs thérapeutiques en collaboration avec le médecin hospitalier (noté MD dans les verbatim) et de le transférer aux pharmaciens communautaires (noté PC dans les verbatim) afin qu'ils réalisent le premier suivi et les suivis mensuels après le congé des patients sélectionnés, pendant six mois :

« *Mon rôle, c'était de participer à l'élaboration d'un plan de soins en collaboration avec le médecin de l'hospitalisation… Ensuite, la communication avec le pharmacien communautaire… pour tout transmettre…* » (PH1)

La modalité de suivi variait d'en présence à la pharmacie, à domicile ou par téléphone, en fonction de la santé des aînés. La majorité des suivis étaient téléphoniques comme demandé par les patients ou en raison des enjeux de déplacement du patient à la pharmacie ou du pharmacien à domicile. Les suivis à domicile étaient réalisés pour le premier suivi de certains patients avec enjeux de mobilité ou financier :

« *Je suis allée à domicile pour mes trois premiers patients parce que c'étaient des patients vulnérables qui ne pouvaient pas se déplacer.* » (PC3)

Le pharmacien communautaire réalisait des suivis plus fréquents et plus complets par rapport aux soins usuels chez les aînés vulnérables nécessitant des suivis complexes. Ces suivis plus réguliers lui permettaient de s'investir de façon proactive pour détecter les problèmes liés aux médicaments, informer les patients sur leur médication et ajuster ou changer les médicaments au besoin, en collaboration avec les médecins. Il devenait comme un « pharmacien de famille ». Ceci contrastait avec les rôles principaux usuels du pharmacien communautaire de distribuer les médicaments et de répondre aux questions des patients lorsque sollicité. Les pharmaciens ont rapporté avoir été informés sur les rôles de chacun lors des formations. Ils ont jugé avoir les compétences nécessaires à la prise de décisions cliniques surtout en collaboration avec les médecins.

Les collaborations variaient dans leur nature entre les quatre groupes de professionnels.

Les pharmaciens hospitaliers contactaient les pharmaciens communautaires lors du congé de l'hôpital pour les informer de l'envoi du plan de soins, pour assurer des suivis si le patient présentait un problème aigu important ou pour répondre aux questions. Les pharmaciens communautaires ont apprécié le soutien de leurs collègues hospitaliers, notamment pour leur partage d'expertise sur la poursuite du plan de soins et les suivis à faire.

Les pharmaciens hospitaliers ont apprécié la collaboration avec le médecin de l'hospitalisation pour compléter le plan de soins, particulièrement pour la détermination des objectifs thérapeutiques.

Les communications entre les médecins de famille et les pharmaciens communautaires étaient généralement initiées par ces derniers et portaient principalement sur l'ajustement des médicaments. Ils communiquaient par DME, télécopie ou par téléphone en cas d'urgence et discutaient des cas complexes afin de choisir le meilleur traitement. Leur collaboration était importante. Les notes de suivis des pharmaciens étaient appréciées par les médecins qui acceptaient les recommandations des pharmaciens dans la majorité des cas. La documentation dans le plan de soins de l'évaluation de la pharmacothérapie, des recommandations de changements et des suivis par les pharmaciens communautaires permettaient aux médecins d'avoir un suivi en temps réel, pour s'assurer de l'adhésion au traitement et de la gestion des effets indésirables médicamenteux :

« *On va parler d'un patient pour un sevrage de somnifères ; ça a été très bien fait. Je recevais ceci chaque mois : le patient est rendu à tant de comprimés. Il va bien. Le sommeil est mieux. C'était très bien, vraiment bien.* » (MD2)

Temps dédié à l'intervention

Le temps dédié à *l'intervention*, aligné avec la définition de ressources disponibles dans le domaine de contexte interne de l'organisation de l'intervention du cadre conceptuel, était essentiel pour favoriser l'implication des pharmaciens, la prestation des soins usuels les occupant déjà à 100 % et l'intervention de transition de soins demandant un ajout du temps significatif. Un financement additionnel par la subvention de recherche était octroyé aux pharmacies participantes en fonction du nombre des suivis réalisés dans *l'intervention*. Plusieurs pharmaciens ont rapporté que cette rémunération supplémentaire était essentielle pour financer le temps consacré à *l'intervention* :

« *Il faut comprendre que ça prend quand même un certain temps pour faire des suivis. Et, je veux dire, le pharmacien propriétaire, s'il n'est pas rémunéré… (il ne peut pas*

participer)… son pharmacien est super occupé. Là, avec la rémunération, ça aide. » (PH1)

Les pharmaciens hospitaliers consacraient une moyenne de deux cent vingt-deux (222) minutes par patient, dont environ cent (100) à la rédaction du plan de soins pharmaceutiques [12]. L'envoi rapide du plan de soins à la pharmacie communautaire, avant le congé du patient, permettait au pharmacien communautaire de réviser le plan de soins et de planifier rapidement la première rencontre. Celle-ci durait en moyenne cinquante-deux (52) minutes par patient alors que les suivis mensuels subséquents en demandaient environ trente (30) [12]. Les données colligées sur le temps consacré à *l'intervention* ne permettaient pas de séparer le temps consacré aux soins usuels du temps additionnel requis par celle-ci. Les pharmaciens communautaires ont rapporté que le temps nécessaire pour *l'intervention* augmentait en fonction de la complexité du cas.

Bonification des mécanismes de communications interdisciplinaires dans les transitions de soins

Les pharmaciens et médecins ont rapporté que la bonification des mécanismes de communication entre les milieux hospitalier et communautaire est un élément clé de *l'intervention*. Sa nécessité pour l'implantation est alignée également avec le cadre conceptuel, suggérant des communications et réseaux dans le contexte interne de l'organisation de l'intervention. Ces communications, réalisées en continu avec une emphase sur le congé de l'hôpital, permettaient une meilleure gestion de la pharmacothérapie complexe des aînés. Ces communications étaient facilitées par les outils standardisés de partage d'informations cliniques : le plan de soins pharmaceutiques et le sommaire de l'hospitalisation.

Le plan de soins pharmaceutiques, développé et implanté pour *l'intervention* était au cœur des communications. Les cliniciens ont apprécié son format standardisé et le contenu complet et détaillé selon chaque pathologie, afin d'améliorer la gestion en continu de la pharmacothérapie. Tel que décrit par les cliniciens, le plan de soins rapportait les problèmes liés aux médicaments pour chaque patient, les changements complétés, en cours et prévus dans la pharmacothérapie et proposait les suivis à réaliser :

« *Je cherchais dans le plan de soins, donc tous les changements qu'il y a eu (tel changement, pour quoi le changement est fait)… et quoi suivre. En plus, c'était avec les cibles du médecin… c'est plus facile pour moi d'ajuster.* » (PC9)

Les objectifs thérapeutiques recommandés dans le plan de soins initial étaient flexibles selon l'évolution clinique des patients et selon le jugement des pharmaciens communautaires. Les répondants ont rapporté un manque d'uniformité dans le contenu des plans de soins qui variait en fonction de la complexité des cas et du pharmacien le complétant. Ceci s'explique par la nature exploratoire du projet qui donnait la latitude nécessaire aux pharmaciens pour modifier et faire évoluer le plan de soins durant le projet.

Le plan de soins pharmaceutiques, disponible sous forme de formulaire électronique via un DME accessible dans tous les milieux cliniques participants au projet, permettait de documenter en continu les changements de médicament. Le DME permettait également aux cliniciens d'accéder au dossier complet des patients et offrait une fonction de messagerie permettant d'éviter les télécopies. Les cliniciens ont apprécié utiliser le DME, tout en soulevant des défis tels que la double saisie des données dans le DME et dans le logiciel de la pharmacie non interfacée au DME.

Plusieurs pharmaciens communautaires ont apprécié recevoir le sommaire d'hospitalisation qui leur permettait de mieux comprendre l'évolution du traitement du patient à l'hôpital et de prévoir les suivis à réaliser. Avec les informations du plan de soins pharmaceutiques et du sommaire d'hospitalisation, les pharmaciens communautaires se sentaient mieux outillés à prendre les décisions cliniques, à ajuster les médicaments et à mieux gérer les risques, notamment pour le contrôle de la glycémie, la gestion de la douleur ou le sevrage de benzodiazépine.

Objectif 2 : Identifier les facilitateurs et les barrières à l'implantation de l'intervention de transition de soins

L'impact des facilitateurs et barrières à l'implantation de *l'intervention* et leur correspondance aux domaines du cadre conceptuel de Damschroder sont illustrés à la (figure 1). Les principaux facteurs sont décrits ci-dessous.

Facilitateurs

- *Disponibilité des leaders et champion clinicien*

Les pharmaciens ont apprécié la présence d'une gériatre et d'une pharmacienne spécialisée en gériatrie dans les formations notamment pour la présentation magistrale en pharmacothérapie gériatrique et pour les discussions de cas réels de patients pour échanger sur les meilleures pratiques. Leur présence, alignée avec la définition de l'implication des leaders dans le processus de l'implantation selon le cadre conceptuel, était un facteur enrichissant lors

des formations pour consolider les connaissances des professionnels impliqués sur la gestion de la pharmacothérapie complexe. Leur disponibilité durant le projet pour répondre aux questions cliniques des pharmaciens et partager leur expertise tout en tenant compte des préoccupations de ces derniers a également été soulignée. Ce soutien renforçait la confiance des pharmaciens, les aidait à jouer leur rôle et facilitait l'élaboration du plan de soins, des suivis après le congé et de la gestion des problèmes pharmacothérapeutiques des patients (figure 1) :

« *… le docteur X et Y, qui est un pharmacien spécialiste en gériatrie, ils étaient très présents ; si on avait besoin d'informations, on pouvait leur écrire et on avait de l'information.* » (PH1)

Les participants ont également souligné le rôle de champion qu'a joué une pharmacienne hospitalière par sa passion, son expertise en pharmacothérapie gériatrique, sa connaissance du milieu et des acteurs, indispensable pour coordonner les soins, et sa volonté de soutenir le processus d'implantation de *l'intervention*. Sa disponibilité pour répondre aux questions des pharmaciens afin de compléter les plans de soins ou de clarifier les suivis complexes encourageait les pharmaciens :

« *R est comme spécialiste en gériatrie, elle travaille là-dedans depuis de nombreuses années… Elle était un peu comme mon mentor à certains niveaux.* » (PH2)

- *Perception et la collaboration des professionnels*

Les participants ont rapporté que la perception et la collaboration des professionnels impliqués, définies comme les attributs personnels dans le cadre conceptuel, pour le partage d'informations, de savoir et d'expertise soutenaient les bonnes pratiques puisque chacun pouvait y apporter son expertise afin de valider les interventions à faire. Cette collaboration était présente entre les milieux hospitaliers et communautaires, mais également à l'intérieur de chacun des milieux :

« *Des fois, j'avais des questions [cliniques] : "Pour tel patient, je ne sais pas quoi faire."… Après, ils [les pharmaciens hospitaliers] ramenaient des dossiers et ils répondaient à mes questions.* » (PC9)

La proximité des établissements dans cette ville de petite taille et les liens déjà établis entre eux facilitaient la collaboration interdisciplinaire. La perception des professionnels à l'égard des bénéfices de *l'intervention*, soit l'amélioration des soins des patients aînés, facilitait également leur implication et les motivait à travailler au-delà des tâches prévues dans *l'intervention*. Par exemple, certains pharmaciens communautaires ont rapporté qu'ils réalisaient les suivis plus fréquents aux premiers mois après le congé, au besoin des patients plus fragiles ou ayant une pharmacothérapie complexe**.**

Barrières

- *Niveau d'intégration aux soins usuels à l'égard du temps et des ressources disponibles en pharmacie*

Le manque de temps a été rapporté par la plupart des répondants comme la principale barrière à l'implantation de *l'intervention*. Bien que les pharmaciens hospitaliers disposent de temps dédié pour cette *intervention*, la plupart ont rapporté que l'ajout de *l'intervention* aux tâches usuelles était un enjeu important du processus de la pharmacie (figure 1). Ceci est aligné avec la définition de compatibilité dans le contexte interne de l'organisation de l'intervention. Selon les pharmaciens hospitaliers, l'élaboration du plan de soins, incluant la détermination des objectifs thérapeutiques, en collaboration avec les médecins nécessitait plus de temps. Des imprévus et des conflits de tâches au moment du congé de l'hôpital les amenaient à retarder la préparation du plan de soins ou leur travail dans d'autres secteurs.

Les pharmaciens communautaires ont rapporté que les suivis de l'étude demandaient plus de temps que les suivis usuels notamment pour la révision du plan de soins, la détection des problèmes, l'ajustement des médicaments et l'enseignement aux patients aînés. Les pharmaciens devaient parfois ajouter des heures à leur horaire usuel. La double documentation des suivis dans le DME et dans le logiciel de la pharmacie demandait aussi un temps important et obligeait les pharmaciens à écourter leurs suivis. Un manque de personnel a également retardé les suivis dans certaines situations telles qu'un congé de maladie puisque les suivis de *l'intervention* étaient possibles seulement quand deux pharmaciens étaient présents à la pharmacie communautaire. L'organisation du travail était difficile dans certaines pharmacies en raison du nombre élevé des patients. Parfois, les pharmaciens commanditaires étaient trop chargés et étaient obligés de travailler une heure avant ou après leur horaire habituel pour compléter les suivis retardés de l'étude. En bref, les pharmaciens communautaires se sentaient plus chargés et débordés du fait que les suivis de l'étude n'étaient pas intégrés dans leur routine usuelle :

« *Moi, ça me tracassait beaucoup ; je trouvais ça le fun, mais, vu que ce n'était pas dans ma routine, ça me mettait un peu insécure.* » (PC3)

« *… À la pharmacie, à cinq heures moins cinq en plein milieu d'un rush, le patient se présente pour son suivi mensuel qui prend 15 minutes par patient, ce n'est pas trop optimal.* » (PC2)

- *Difficulté d'accès à certains patients et proches aidants pour réaliser les suivis*

La difficulté d'accès à certains patients pour réaliser les suivis, en lien avec les besoins des personnes dans le cadre conceptuel, a été rapportée par la majorité des pharmaciens communautaires. Certains patients ne répondaient pas au téléphone, ne retournaient pas les appels ou ne collaboraient pas aux suivis :

« *[Parfois], quand j'essaie de prendre rendez-vous avez des patients, ça fait une semaine que je les appelle et ils ne répondent pas au téléphone… c'est plus difficile*. » (PC9)

Les communications étaient également compliquées pour certains patients moins autonomes ou présentant une surdité ou un déficit cognitif mineur, et qui ne bénéficiaient pas de support de proches aidants. Plusieurs patients ne souhaitaient pas se déplacer une fois par mois à la pharmacie en raison de problèmes de mobilité ou financiers.

- *Adoption d'un nouveau DME et manque d'expertise*

Bien que le DME soit essentiel pour les communications dans *l'intervention*, les pharmaciens communautaires étaient peu familiers avec l'utilisation d'un DME. Ceci est défini comme la difficulté au niveau des attributs personnels selon le cadre conceptuel. Tous les pharmaciens ont utilisé le DME pour la première fois durant le projet :

« *[Omnimed], ce n'est pas tellement si compliqué que ça, mais il y a plein de petites spécificités auxquelles ça m'a pris du temps à m'habituer.* » (PH2)

Plusieurs répondants ont rapporté un manque d'habilités et de connaissances pour l'utilisation du DME au début du projet. La majorité était incapable d'y naviguer facilement et de remplir les formulaires associés au projet, et ce, malgré la formation reçue. Cette dernière, qui a été critiquée par plusieurs, était trop générale, courte et rapide et n'a pas été reprise pour les professionnels impliqués tardivement dans *l'intervention*.

Discussion

Cette étude décrit les principales caractéristiques d'une intervention de transition de soins menée par un pharmacien, implantée dans un contexte canadien, qui s'appuie sur la collaboration interdisciplinaire, la clarté de rôles des professionnels, le temps dédié à *l'intervention* et la bonification des mécanismes de communication interdisciplinaire. L'étude présente également les facilitateurs et les barrières à l'implantation en détaillant les informations à considérer pour améliorer l'implantation des transitions de soins pharmaceutiques entre l'hôpital et le communautaire, au niveau de l'intégration aux soins usuels ou de l'adoption d'un DME interfacé aux autres logiciels cliniques.

L'étude s'appuie sur l'importance de la collaboration interdisciplinaire et de la clarté de rôles des professionnels. De façon similaire aux constats d'une revue systématique, notre étude présente le développement du rôle et des compétences des pharmaciens pour les transitions de soins et leur intérêt pour s'impliquer dans *l'intervention*, en collaboration avec les médecins, afin d'assurer la continuité des soins [7]. Le rôle des pharmaciens hospitaliers pour réviser la pharmacothérapie et rédiger le plan de soins pharmaceutiques, en collaboration avec les médecins hospitaliers, ainsi le transfert de ce plan de soins aux pharmaciens et médecins du milieu communautaire facilitait pour ces derniers, la détection des problèmes liés aux médicaments après le congé.

L'étude relève également que le rôle défini des pharmaciens communautaires et leur implication aux suivis de transitions de soins leur permettaient d'assurer un suivi rapide dans la semaine suivant le congé de l'hôpital. Cet intervalle est critique à la détection des problèmes liés aux médicaments [16] afin d'apporter les ajustements nécessaires à la pharmacothérapie dans l'objectif d'assurer de meilleurs soins et de diminuer les réadmissions liées aux médicaments [6]. Le rôle des pharmaciens communautaires permettait d'augmenter la fréquence des suivis, de les adapter aux besoins des patients et de rendre plus complets les conseils aux patients, tel que mentionné dans une revue systématique [8]. L'étude présente la nécessité de suivis continus et adaptés à l'évolution des problèmes liés à la pharmacothérapie chez les des patients aînés ayant la pharmacothérapie complexe. La durée optimale des suivis réalisés par les pharmaciens communautaires après le congé reste à évaluer. Une étude a montré une réduction des réadmissions liées aux médicaments durant les douze mois de suivi post-congé [13].

Les mécanismes de communication interdisciplinaire ont été bonifiés par l'ajout du plan de soins pharmaceutiques et son partage par le DME ainsi que le transfert du sommaire d'hospitalisation aux pharmaciens communautaires. Deux revues systématiques ont conclu à l'importance du partage d'informations sur les changements dans la pharmacothérapie ainsi que sur l'évolution clinique et les diagnostics de l'hospitalisation afin de permettre aux pharmaciens communautaires d'être mieux outillés pour réaliser les

interventions de transitions de soins [7, 8]. Dans *l'intervention*, le plan de soins pharmaceutiques a été adapté de l'étude Pharm2Pharm qui a démontré une diminution des admissions liées aux médicaments [14]. La flexibilité laissée aux pharmaciens pour le compléter a permis d'identifier les éléments essentiels en prévision du développement d'une version améliorée incluant notamment une meilleure chronologie des modifications de médicaments et des alertes pour les nouveaux commentaires. Le DME a permis de documenter en continu tous les changements médicamenteux par tous les intervenants impliqués afin d'assurer la sécurité des soins aux patients, en concordance avec les conclusions des autres études [17, 18]. L'importance de l'intégration du DME aux soins usuels a été mentionnée dans ces études [17, 18]. L'accès au DME n'a pas soulevé d'enjeu pour la majorité des participants, contrairement aux conclusions d'une revue systématique [8]. Le principal enjeu lié à l'intégration du DME dans *l'intervention* provient de l'absence d'interface entre les logiciels cliniques qui diffèrent entre les organisations. Dans le cadre du projet, les pharmaciens ont eu à se familiariser avec l'utilisation d'un DME et à faire une double saisie des données cliniques dans ce DME et dans leur logiciel pharmacie. L'interface entre les logiciels cliniques et avec le dossier pharmaceutique provincial, le dossier santé Québec [DSQ] améliorerait grandement l'efficience des communications. Il n'y avait pas d'enjeu pour le transfert du sommaire d'hospitalisation au congé dans *l'intervention*, contrairement aux résultats de l'étude PROMT [9]. Cependant, le dépôt du sommaire d'hospitalisation dans le DSQ est l'une des avenues envisagées pour le rendre disponible aux pharmaciens communautaires dans le cadre des soins usuels. Les pharmaciens ont aussi mentionné que l'adoption du DME pouvait être complexe, ceci étant également rapporté dans une autre étude [18]. Une formation bonifiée incluant des apprentissages individuels et en groupes au sein des organisations pourrait permettre aux cliniciens de se familiariser plus rapidement avec l'outil.

La présence des leaders, cliniciens experts en gériatrie et de champion clinicien étaient d'importants facilitateurs pour soutenir *l'intervention* et coordonner les soins. Bien que la coordination des soins soit mentionnée comme une composante importante des interventions de transitions de soins dans la littérature [5, 17], notre étude est la première à identifier ces rôles facilitateurs. Les cliniciens experts qui contribuaient de façon significative dans les formations et le processus de l'implantation de *l'intervention* sont nommés comme les leaders [15]. Le rôle de champion, basé sur sa volonté de travailler de façon proactive afin de soutenir *l'intervention* est un élément essentiel dans ce processus [19].

Le cadre conceptuel de l'implantation de Damschroder a permis de structurer l'analyse et a facilité l'identification des facilitateurs et des barrières à l'implantation de *l'intervention* [15]. Ce cadre nous indique notamment que l'implantation réussie passe par la compatibilité de *l'intervention* aux processus de la pharmacie et aux valeurs des professionnels. Ainsi, nous avons observé des difficultés d'intégration de *l'intervention* aux soins usuels à l'égard du temps et des ressources en pharmacie, malgré du temps dédié à *l'intervention* et de la rémunération additionnelle pour les pharmaciens. Ce défi n'est pas nouveau et il a été rapporté dans d'autres études [19]. La disponibilité de ressources (le temps, le financement, les ressources humaines) est un élément nécessaire pour renforcer le succès de l'implantation des interventions en santé [19]. Les pistes de solution pour ce défi incluent l'attribution d'une plage horaire spécifique au suivi de patients complexes, l'ajout de ressources pour intégrer *l'intervention* dans les tâches usuelles et une plus grande flexibilité dans les horaires. De plus, l'implication des proches aidants, les suivis à domicile [16] et l'utilisation de téléconsultations si le suivi face à face n'est pas possible [8] pourraient améliorer la qualité des suivis et en assurer l'accessibilité aux patients.

Forces et limites de l'étude

La triangulation des sources de données par des entrevues semi-dirigées avec deux groupes de professionnels impliqués [pharmaciens et médecins], travaillant dans divers milieux [hôpital et communautaire], ainsi que l'analyse des documents et l'utilisation du cadre conceptuel de l'implantation [15] pour le codage dans l'analyse étaient des forces de l'étude permettant d'identifier diverses perspectives et d'obtenir des résultats riches et fiables. Peu d'écarts ont été notés entre les points de vue des différents types de professionnels sur l'implantation de *l'intervention*. Chaque groupe a souligné davantage les facteurs liés à son expérience ce qui a permis d'approfondir les données.

L'implantation de *l'intervention* a été réalisée dans le contexte favorable, dont : un bassin de population bien défini et restreint, un seul centre hospitalier, un nombre limité [8] de pharmacies communautaires et des liens déjà établis entre les cliniciens des différents milieux. Ce contexte favorable limite la transférabilité des résultats notamment dans une grande région métropolitaine. D'autres analyses devront être réalisées pour évaluer l'adaptabilité de *l'intervention* aux besoins des patients et les perceptions de ces derniers.

Études à venir

Cette étude fournit des informations pour bonifier l'implantation de l'intervention de transition de soins pharmaceutiques dont l'évaluation se poursuit dans une seconde étude menée dans trois régions du Québec et impliquant les pharmaciens nouvellement ajoutés aux équipes interdisciplinaires des cliniques de première ligne. Cette seconde étude permettra de comparer l'implantation réalisée dans différents contextes et de recueillir les données nécessaires à l'élaboration d'un essai randomisé pour mesures l'impact de *l'intervention* sur les réadmissions dans un contexte canadien.

Conclusion

Cette étude décrit les principales caractéristiques d'une intervention de transitions de soins pharmaceutiques chez les aînés, et identifie les facilitateurs et barrières à son implantation. L'implantation de *l'intervention* s'appuie particulièrement sur l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire facilitée par la bonification des mécanismes de communication bidirectionnels entre les milieux hospitalier au communautaire. Cette communication bonifiée repose notamment sur l'utilisation d'un DME pour la documentation en continu d'un plan de soins pharmaceutiques.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Royal S, Smeaton L, Avery AJ, Hurwitz B, Sheikh A. Interventions in primary care to re-duce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. Qual Saf Health Care. 2006;15(1):23-31.
2. Thomas R, Huntley AL, Mann M, Huws D, Elwyn G, Paranjothy S, *et al.* Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Age Ageing. 2014;43(2):174-87.
3. Chan M, Nicklason F, Vial JH. Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. Intern Med J. 2001;31(4):199-205.
4. WHO. The third WHO global patient safety challenge: Medication without harm [Internet]. WHO. [Visité le 24/08/2020]. En ligne : http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/.
5. Coleman EA, Williams MV. Executing high-quality care transitions: A call to do it right. J Hosp Med. 2007;2(5):287-90.
6. Rodrigues CR, Harrington AR, Murdock N, Holmes JT, Borzadek EZ, Calabro K, *et al.* Effect of Pharmacy-supported transition-of-care interventions on 30-day readmissions: A systematic review and meta-analysis. Ann Pharmacother. 2017;51(10):866-89.
7. Ensing HT, Stuijt CCM, van den Bemt BJF, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, *et al.* Identifying the optimal role for pharmacists in care transitions: A systematic review. J Manag Care Spec Pharm. 2015;21(8):614-36.
8. Kooyman CDA, Witry MJ. The developing role of community pharmacists in facilitating care transitions: A systematic review. J Am Pharm Assoc JAPhA. 2019;59(2):265-74.
9. Guilcher SJT, Fernandes O, Luke MJ, Wong G, Lui P, Cameron K, *et al.* A developmental evaluation of an intraprofessional Pharmacy Comunication Partnership (PROMPT) to improve transitions in care from hospital to community: A mixed-methods study. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):99. DOI: 10.1186/s12913-020-4909-0.
10. McCarthy LM, Li S, Fernandes O, Cameron K, Lui P, Wong G, *et al.* Enhanced communication between inpatient and community pharmacists to optimize medication management during transitions of care. J Am Pharm Assoc. 2019;59(1):79-86.e1.
11. Nazar H, Nazar Z, Portlock J, Todd A, Slight SP. A systematic review of the role of community pharmacies in improving the transition from secondary to primary care. Br J Clin Pharmacol. 2015;80(5):936-48.
12. Cossette B, Ricard G, Poirier R, Gosselin S, Langlois M-F, Breton M, *et al.* Pharmacist-led transitions of care for older adults at risk of drug-related problems: A feasibility study. Res Soc Adm Pharm. 2020;S1551741120311128.
13. Pellegrin KL, Krenk L, Oakes SJ, Ciarleglio A, Lynn J, McInnis T, *et al.* Reductions in medication-related hospitalizations in older adults with medication management by hospital and community pharmacists: A quasi-experimental study. J Am Geriatr Soc. 2017;65(1):212-9.
14. Pellegrin K, Chan F, Pagoria N, Jolson-Oakes S, Uyeno R, Levin A. A statewide medication management system: Health information exchange to support drug therapy optimization by pharmacists across the continuum of care. Appl Clin Inform. 2018;9(1):1-10.
15. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering im-plementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for ad-vancing implementation science. Implement Sci IS. 2009;4:50.
16. Ensing HT, Koster ES, Dubero DJ, van Dooren AA, Bouvy ML. Collaboration between hospital and community pharmacists to address drug-related problems: The HomeCoMe-program. Res Soc Adm Pharm. 2019;15(3):267-78.
17. Dolan MA, Renfro CP, Ferreri SP, Shilliday BB, Ives TJ, Cavanaugh JJ. Community Pharmacist Preferences in Transition of Care Communications. J Pharm Pract. 2019;32(5):524-8.
18. Ferguson J, Seston L, Ashcroft DM. Refer-to-pharmacy: a qualitative study exploring the implementation of an electronic transfer of care initiative to improve medicines optimisation follow-ing hospital discharge. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):424.
19. Malham SA, Smithman M-A, Touati N, Brousselle A, Loignon C, Dubois C-A, *et al.* Explain-ing variation of implementation outcomes of centralized waiting lists for unattached patients: A comparative multiple case study in Quebec. J Health Organ Manag. 2019;33(5):563-87.