



Le must de la formation continue

Médecine Hygiène

Médecine et Hygiène

## L'assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux : pour une maîtrise concertée de l'efficacité des médicaments en gériatrie

**Auteur :** M. Ruggli M. Buchmann R. Nyffeler S. Robert J.-F. Locca O. Bugnon

Numéro : 2501  
Sujet: Pharmacologie

**Le service d'assistance pharmaceutique d'EMS reprend les méthodes de travail des cercles de qualité médecins-pharmaciens mais en élargissant le cercle aux responsables infirmiers et administratifs. Le service est depuis 2002 évalué à l'échelle de tout un canton (Fribourg). Les premiers résultats en termes de transparence, de satisfaction des intervenants et de la maîtrise des coûts sont d'ores et déjà positifs. Dans son travail, le pharmacien-conseil vise le consensus et la participation de tous les intervenants. Par l'analyse des données de prescriptions, il identifie les priorités de rationalisation. Pour toute augmentation significative des coûts des médicaments, il distingue les facteurs de choix (prix) et d'intensité des traitements (volume) et animera la réflexion jusqu'à la définition et l'application d'un meilleur consensus thérapeutique. Même si la maîtrise des coûts est un défi pour demeurer dans les limites du forfait accordé, l'attention première de tous demeure la qualité de vie des résidents.**

### Définition de l'assistance pharmaceutique en gériatrie

Dès 1994, une expérience pilote d'assistance pharmaceutique d'établissements médico-sociaux (EMS) s'est développée dans le canton de Fribourg. Les résultats obtenus<sup>1-4</sup> ont montré que le pharmacien pouvait apporter ses compétences spécifiques pour un meilleur usage des médicaments en collaboration avec les médecins, le personnel infirmier et la direction administrative. Ce service s'inscrit tout à fait dans la démarche de travail en réseau de proximité par analogie avec le concept des cercles de qualité médecins-pharmaciens en médecine de premier recours, développé d'ailleurs en parallèle par la même équipe de praticiens.<sup>3,5</sup> La littérature internationale relate aussi d'autres études en gériatrie ambulatoire (dont les EMS) confirmant le besoin et l'impact positif d'un service pharmaceutique aussi bien au niveau de la sécurité et de l'efficacité des médicaments, que de celui de la formation des équipes soignantes.<sup>6-15</sup>

### Une convention tarifaire qui incite à la transparence et à la qualité

Le projet pilote fribourgeois s'est rapidement élargi en 2001, car il offrait une solution aux négociations en cours entre l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA) et les assureurs-maladie. En effet, une augmentation du coût

des médicaments d'environ 10% par année entre 1998 et 2001 avait conduit, pour environ 80% des résidents, à un dépassement du forfait médicament octroyé par les assureurs. Une nouvelle convention tarifaire pour les médicaments en EMS fut finalement conclue dès 2002 entre l'AFIPA et santésuisse, avec la participation de la Société des pharmaciens du canton de Fribourg. Cette convention, très novatrice, a introduit les éléments suivants :

I Un forfait journalier unique de CHF 7. pour les médicaments (LS et HL) et un forfait journalier de CHF 2. pour le petit matériel de soins (LIMA), accordés aux conditions suivantes :

comptabilisation uniforme ;

imputation des excédents de charges au bilan ;

versement de 60% des éventuels excédents de recettes dans un pot commun géré par l'AFIPA et santésuisse.

I Un forfait journalier supplémentaire de CHF 1. par résident (indépendant du prix et du volume des médicaments livrés) accordé pour le paiement du pharmacien conseil en charge de l'assistance pharmaceutique aux conditions suivantes :

pharmacien ayant suivi la formation postgraduée de la Société suisse des pharmaciens (SSPh) donnant droit à un Certificat de formation complémentaire FPH d'assistance pharmaceutique d'EMS et d'autres institutions de soins ;

pharmacien enregistré auprès de la Direction de la Santé publique et des assureurs ;

respect d'un cahier des charges officiel,<sup>16</sup> comprenant entre autres la collaboration avec les autres intervenants et la réalisation d'un rapport d'assistance pharmaceutique analysant la prescription et proposant des mesures d'optimisation pharmaco-économique des thérapies.

I Chaque EMS déclare annuellement son résultat en matière de médicaments, documenté par le rapport d'assistance pharmaceutique du pharmacien-conseil. En cas d'excédent de recette, l'EMS concerné peut conserver 40% de l'excédent à titre d'incitation positive pour la démarche de rationalisation. En cas de déficit systématique et répété, l'avis d'un pharmacien expert indépendant pourra être demandé par la commission paritaire AFIPA-santésuisse.

I Le pot commun est utilisé en premier lieu pour compenser les déficits d'EMS accueillant des résidents plus chers. Le niveau du pot commun sera par ailleurs considéré comme un indicateur de l'adéquation des forfaits aux besoins des EMS.

I Comme le système de financement des médicaments est forfaitaire dans les EMS, le pharmacien-conseil peut négocier avec l'industrie pharmaceutique des conditions commerciales particulières analogues à celles en vigueur dans les hôpitaux.

Un encadrement du projet a été mis en place par la Société des pharmaciens du canton de Fribourg pour les pharmaciens-conseils afin de transposer au mieux et le plus rapidement possible les résultats de recherche dans leur pratique.<sup>17</sup> Et alors que les rapports d'évaluation du projet n'ont pas encore fait l'objet de publication scientifique, il est d'ores et déjà possible d'affirmer que deux ans plus tard l'expérience est vécue, de manière générale, très positivement par tous les partenaires sur le terrain et que les résultats économiques sont également impressionnants : les coûts des médicaments

dans les EMS fribourgeois (environ 2000 résidents) ont baissé de l'ordre de 7% entre 2001 et 2003 (Bugnon O., rapports d'impact 2002 et 2003 à l'intention des partenaires à la convention tarifaire) alors que dans le même temps les coûts en ambulatoire avaient augmenté de près de 11% et que les projections de l'AFIPA prévoyaient une hausse de 20%. L'augmentation des coûts de l'ordre de 10% par année de 1998 à 2001 a donc été stoppée net, générant même un excédent de recettes pour 80% des résidents. Les prochaines étapes devront encore consolider ces premiers résultats, en améliorant encore par exemple la formation interdisciplinaire des équipes, notamment en psychogériatrie et dans le traitement de la douleur. Des résultats pilote avaient par exemple démontré qu'une formation interdisciplinaire au sein d'un EMS avait eu comme conséquence une augmentation de la prescription de morphine et... dans le même temps, une diminution de près de 50% de la prescription de somnifères !<sup>2</sup>

Le cahier des charges que doit obligatoirement remplir un pharmacien-conseil d'un EMS fribourgeois constitue donc un mandat de l'institution pour atteindre les buts suivants :<sup>16</sup>

I Assurer le respect des exigences de police sanitaire quant à l'usage des médicaments à l'intérieur de l'établissement (notamment des stupéfiants, des locaux et installations de la pharmacie d'institution).

I Veiller à la sécurité (y compris la prévention des erreurs médicamenteuses), à l'efficacité et à l'économicité (choix et volume) de l'usage des médicaments à l'intérieur de l'établissement, en collaboration avec les autres intervenants de l'établissement (direction, médecins, équipes de soins). Ceci correspond de fait à l'animation d'un système qualité sur l'usage des médicaments.

I Assister l'établissement pour son approvisionnement en médicaments et autres produits pharmaceutiques, afin de lui assurer un assortiment suffisant et adéquat, de manière rationnelle et aux meilleures conditions.

A noter qu'un deuxième canton (Valais) emboîte en 2004 le pas des Fribourgeois en testant de manière pilote une convention tarifaire qui conserve un modèle de type ambulatoire pour la délivrance et la facturation des médicaments aux résidents des EMS (donc sans pharmacie d'établissement et sans forfait). Expérience à suivre !

## Une méthode de travail consensuelle et participative

Le pharmacien-conseil récolte dans son système informatique de gestion de la pharmacie toutes les données concernant la consommation en médicaments de l'EMS dont il est responsable. Il peut ainsi établir des rapports d'expertise :

I Un rapport annuel faisant le bilan de l'année passée et proposant des objectifs pour la suivante.

I Un rapport intermédiaire à six mois évaluant, sur quelques indicateurs, la probabilité d'atteinte des objectifs convenus et proposant les éventuelles mesures correctives à mettre en place.

I Une liste des médicaments de premier choix (plus flexible qu'un formulaire d'hôpital).

La méthode de travail est celle des cercles de qualité médecins-pharmaciens<sup>3,5</sup> mais le cercle s'élargit en faisant place aux responsables infirmiers et administratifs, à raison de deux à trois séances par année. Le pharmacien-conseil facilite par ses analyses et ses propositions la détermination d'un consensus de médicaments de premier choix qui est

signé par tous les responsables puis communiqué à tous les services de l'institution. Les priorités de rationalisation concernent les classes de médicaments dont le « poids économique » (tableau 1) est le plus lourd ainsi que celles dont les coûts prennent l'ascenseur sans raison évidente.

Le personnel infirmier joue un rôle particulièrement important dans l'application du consensus. Il est directement au front pour rappeler au médecin les décisions convenues mais aussi pour mesurer les succès obtenus voire les nouveaux problèmes à résoudre pour optimiser la qualité de vie des résidents et l'économicité globale de la prise en charge.

Ce sont quelques résultats extraits de trois EMS suivis depuis trois à neuf ans par le même pharmacien-conseil qui vont illustrer ci-après quelques réflexions globales du point de vue du pharmacien.

<b>Classe de médicaments</b> (selon classification de la LS et par ordre décroissant de leurs poids économiques respectifs)	<b>Poids économique</b> (% des coûts médicamenteux totaux exprimés en prix public)
• Antidépresseurs	11,5
• Neuroleptiques	9,0
• Inhibiteurs des pompes à protons	7,5
• Antihypertenseurs selon LS (principalement IECA, A2A et associations)	4,9
• Analgésiques	4,8
• Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	4,4
• Médicaments antiparkinson	3,9
• Diurétiques	3,9
• Laxatifs	3,7
• Vasodilatateurs, selon LS	3,1
• Antibiotiques	3,1
• Antiasthmatiques	2,9
• Tranquillisants	2,7
• Antidiabétiques	2,4
• Minéraux et vitamines	2,2
• Somnifères	2,1
• Médicaments anti-Alzheimer	1,9
• Anticoagulants	1,8
• Anticalciques	1,8
• Antiépileptiques	1,3

**Tableau 1. Classes de médicaments expliquant 79% des coûts médicamenteux en 2002 pour un total de vingt-trois EMS du canton de Fribourg (1242 lits).**

## Une évolution des coûts médicamenteux maîtrisée

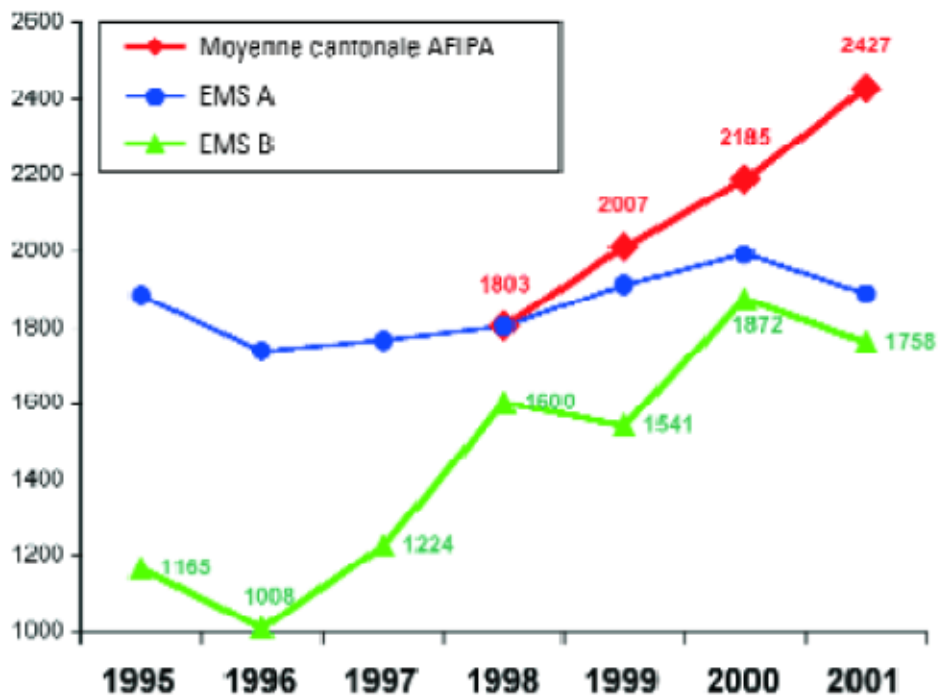
Les médicaments prescrits en EMS dans le canton de Fribourg sont financés par les assureurs sur un mode forfaitaire (tableau 2). La figure 1 montre l'évolution des coûts des médicaments annuels par résident de deux EMS suivis depuis 1995. Ceux-ci ont connu durant toutes ces années une situation favorable avec des excédents de recettes sur le forfait alloué. Une remarquable stabilité des coûts caractérise l'évolution de l'EMS A. Même si le forfait est toujours suffisant pour l'établissement B, la croissance des coûts est par contre très forte. Elle s'explique par le fait qu'en 1995, l'EMS était très faiblement médicalisé et que par conséquent les coûts étaient très bas. L'assistance pharmaceutique a pu par contre accompagner la modernisation et la médicalisation de l'établissement tout en maintenant la facture en médicaments parfaitement dans les limites budgétaires. Depuis que la réorganisation est en grande partie réalisée (1999), les coûts sont très proches de ceux de l'EMS A et demeurent assez stables.

Cette maîtrise des évolutions des coûts soulève évidemment la question des moyens d'analyse et d'interventions avec des patients très âgés (en moyenne de l'ordre de 84 ans), souffrant de plusieurs pathologies cumulées imposant en moyenne la prise journalière de sept à huit médicaments différents.

<b>Niveaux de prise en charge infirmière : patients A (cas peu sévères) à D (très sévères)</b>				
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1991-1993	CHF 7.–	CHF 7.–	CHF 7.–	
1994-1998	CHF 6.–	CHF 7.–	CHF 10.–	
1999-2001	CHF 6.–	CHF 7.–	CHF 7.–	CHF 10.–
2002-2004	CHF 9.–	CHF 9.–	CHF 9.–	CHF 9.–

**Tableau 2. Montant et structure des forfaits journaliers pour les médicaments et le matériel LIMA dans le canton de Fribourg.**

NB. Dès 2002, le forfait journalier unique de CHF 9.– se répartit en CHF 7.– pour les médicaments (LS et HL) et CHF 2.– pour le matériel de soins LIMA. Le travail du pharmacien-conseil est financé parallèlement par un forfait supplémentaire de CHF 1.– par résident et par jour, donc indépendamment du prix et des volumes de médicaments livrés.



**Fig. 1. Evolution des coûts médicaments annuels par patient dans deux EMS en comparaison avec la moyenne cantonale.**

L'EMS A accueille 67 résidents alors que ce nombre est de 58 pour l'EMS B. Pour information, les coûts médicaments 2003 se montent à CHF 1900.- pour l'EMS A et de CHF 2097.- pour l'EMS B.

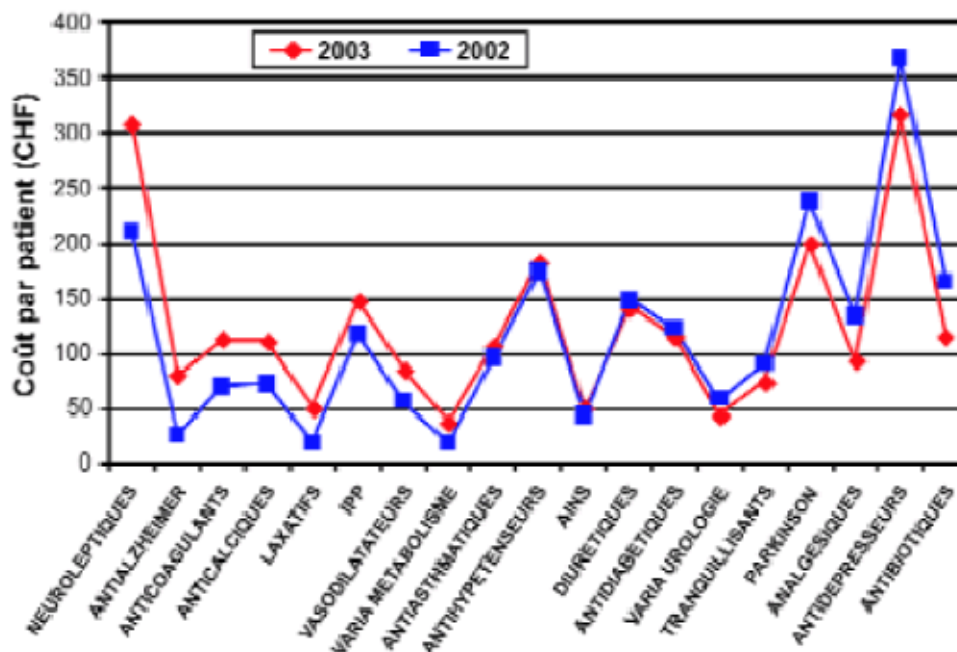
## Analyse des prix et des volumes pour comprendre les coûts

Afin de définir des priorités d'interventions, le pharmacien-conseil analyse tout d'abord les variations du coût par patient pour les principales classes thérapeutiques prescrites dans l'EMS (fig. 2). Toutefois pour comprendre les raisons d'une variation du coût par patient, il est nécessaire de distinguer l'influence de chacun de ses composants, à savoir le prix et le volume des médicaments :

I Le prix est fonction du choix des médicaments et des conditions commerciales d'achats.

I Le volume de prescriptions dépend du type de patients ainsi que de l'attitude du médecin et de l'équipe soignante.

La figure 3 identifie les plus grandes variations 2002-2003 du *prix par unité galénique* (comprimé, ml, ampoule, patch) des principales classes thérapeutiques (= un indicateur du prix). La figure 4 quant à elle décrit les principales variations 2002-2003 du *nombre d'unités galéniques par patient* (= indicateur de volume).



**Fig. 2. Evolution 2002-2003 du coût par patient des principales classes thérapeutiques d'un EMS de 89 résidents.**

La dénomination des classes thérapeutiques suit la classification en index thérapeutiques (4 premiers chiffres) de la Liste des spécialités (LS) de l'OFSP.

## Zoom sur les neuroleptiques et les antidépresseurs

L'exemple des neuroleptiques et des antidépresseurs, très fréquemment prescrits dans les EMS, va permettre d'illustrer la méthode d'analyse du pharmacien-conseil. La figure 2 montre que dans l'EMS étudié le coût par patient des neuroleptiques augmente (de CHF 210. à CHF 309., soit +47,1%) alors que le coût par patient des antidépresseurs a diminué (de CHF 367. à CHF 317., soit -13,6%) entre 2002 et 2003. Comment interpréter ce constat et quelles propositions faire à l'équipe médicale et infirmière ?

Pour les neuroleptiques, les figures 3 et 4 montrent qu'il s'agit d'une augmentation du prix par unité galénique (+19%) et plus encore d'une augmentation de volume (+34%). L'analyse de détail montre que la cause principale de ceci est l'augmentation à la fois de la prescription et des dosages administrés d'olanzapine, un neuroleptique plus cher. Les récentes alarmes de pharmacovigilance d'avril et juillet 2004 concernant l'olanzapine et l'usage en général des neuroleptiques atypiques chez les patients âgés atteints de démences occupent déjà les débats au sein des cercles de qualité internes aux EMS. Il sera intéressant d'en mesurer les impacts en 2005.

Pour les antidépresseurs, la baisse du coût par patient (-14%) est atteinte principalement par une forte baisse du prix (-30%), en fait liée à l'introduction massive du générique de citalopram. Ce choix d'une alternative plus économique ne doit pas dispenser l'équipe de l'EMS d'une réflexion sur l'augmentation observée du volume de la prescription d'antidépresseurs (+25%).

Les mêmes analyses s'appliquent à tous les groupes thérapeutiques dont le poids économique est important et l'aboutissement du travail se traduit par l'adoption de consensus thérapeutiques auxquels adhèrent les médecins pratiquant dans l'EMS. Il donne aussi lieu à la mise au point d'une liste de médicaments spécifique à

l'établissement et annuellement mise à jour.

Le pharmacien agit bel et bien comme un expert modulant le message industriel naturellement axé, aussi, sur l'acquisition de parts de marché. Il en demeure néanmoins que c'est une équipe et un réseau de proximité qui vont permettre la réalisation sur un long terme des objectifs définis ensemble, toujours en premier lieu dans l'intérêt des résidents.

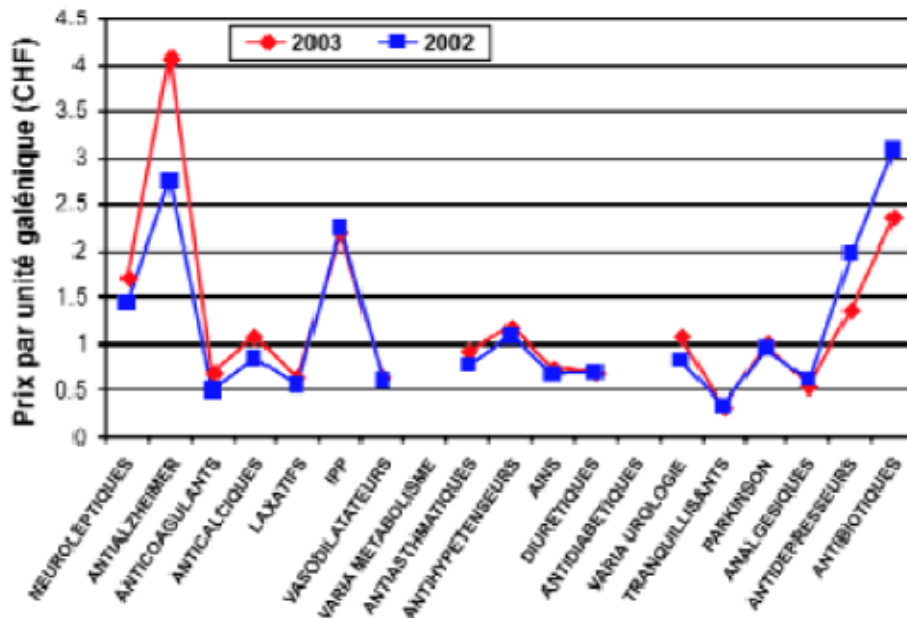


Fig. 3. Evolution 2002-2003 du prix par unité galénique des principales classes thérapeutiques d'un EMS de 89 résidents.

La dénomination des classes thérapeutiques suit la classification en index thérapeutiques (4 premiers chiffres) de la Liste des spécialités (LS) de l'OFSP.

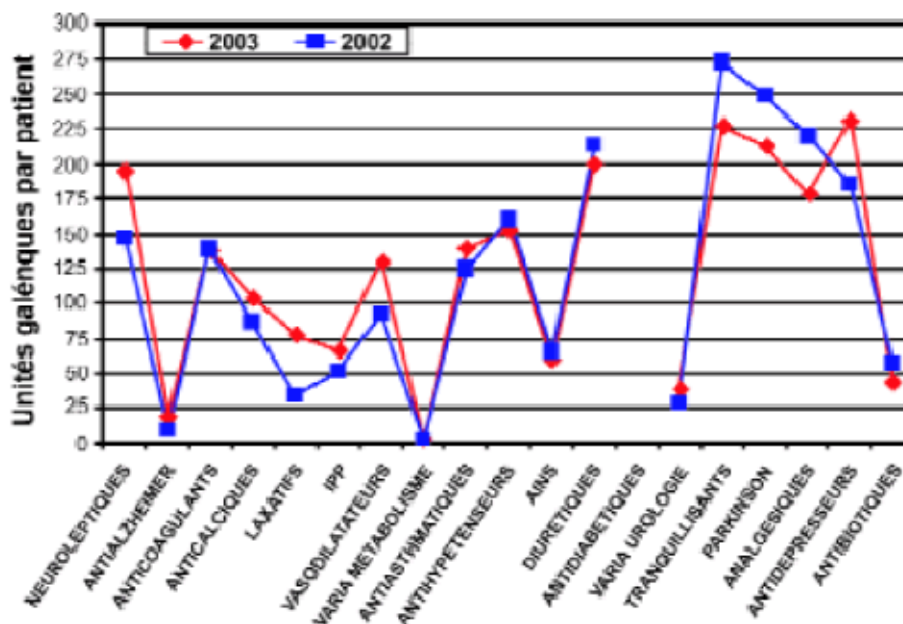


Fig. 4. Evolution 2002-2003 du nombre d'unités galéniques moyen par patient des principales classes thérapeutiques pour un EMS de 89 résidents.

La dénomination des classes thérapeutiques suit la classification en index thérapeutiques (4 premiers chiffres) de la Liste des spécialités (LS) de l'OFSP.

## Le point de vue des médecins

(Dr Richard Nyffeler)

Dans la foulée des cercles de qualité médecins-pharmaciens, l'assistance pharmaceutique dans les EMS s'est développée. En fait, elle existait de façon embryonnaire avant les cercles dans une ou deux institutions et c'est en voyant les bons résultats de ce travail que l'idée des cercles de qualité nous était venue. Depuis deux ans, grâce à un contrat liant les EMS et les assureurs, l'assistance pharmaceutique s'est généralisée dans tout le canton de Fribourg.

Ici aussi, les assureurs sont entrés en matière pour financer la qualité. D'ores et déjà, on peut affirmer que dans ces prochaines années, elle sera signe d'économie. En effet, nous avons pu démontrer que l'augmentation des coûts liée aux médicaments était nettement mieux contrôlée grâce à notre travail pluridisciplinaire et que lorsque des augmentations apparaissaient, soit elles étaient médicalement justifiées, soit leurs origines étaient rapidement décelées et les éventuelles corrections immédiatement mises en place.

L'assistance pharmaceutique apporte aux patients gériatriques la garantie que leur traitement est analysé de façon pluridisciplinaire. Ceci est un gage de qualité quand on sait la multiplicité des substances utilisées chez la personne âgée.

En EMS, le pharmacien apporte aussi ses compétences dans la gestion du stock des médicaments. Il choisit en accord avec les médecins les médicaments ayant le meilleur rapport qualité-prix. Il conseille le médecin dans la prescription si cela est nécessaire. Les infirmières et infirmiers sont régulièrement formés afin d'assister le médecin dans le contrôle et le bien-fondé des choix thérapeutiques. Ils sont donc devenus des partenaires dans la décision médicale.

Volontairement, le pharmacien va limiter le choix des médicaments. Cela est d'autant mieux accepté que les médecins travaillant dans les homes sont les mêmes qui participent aux cercles de qualité médecins-pharmaciens et que les consensus décidés au sein des cercles sont également utilisés dans les homes.

La relation de proximité est maintenue. Le pharmacien du home est souvent l'animateur d'un cercle. Sans grands frais, sans nouvelle loi, sans contraintes, nous travaillons en réseau et mettons en place des structures de *disease management* au profit de nos patients et des agents payeurs.

Puisse le monde politique comprendre que c'est la voie à suivre, que les grandes HMO et autres structures lourdes seront des gouffres à millions où seuls les gestionnaires trouveront leur profit au détriment des soins et naturellement des patients. Chaque franc investi ailleurs que pour le patient est un franc qui potentiellement pourrait être galvaudé ! Les «grosses bastringues» à la mode US sont des usines à gaspillage. Elles ont malheureusement trop souvent la cote auprès des instances politiques.

## Le point de vue infirmier

(Serge Robert)

En janvier 2001, lors de la création du Réseau Santé de la Glâne, le nouveau directeur sollicita d'emblée la mise en place de l'assistance pharmaceutique pour l'ensemble des EMS du Réseau. Les débuts de la collaboration entre l'infirmier-chef et le pharmacien furent essentiellement consacrés à la collecte de données sur l'utilisation et la consommation des médicaments ainsi qu'à la gestion des médicaments et de leur approvisionnement. Dans ce cadre, nous avons rapidement introduit toute une série de génériques, ce qui exigea la mise en place d'un encadrement important des infirmières, afin d'éviter toute erreur médicamenteuse liée à la méconnaissance de ces nouveaux produits.

L'infirmière assure en effet auprès du patient toute une série d'activités lui apportant soutien, qualité de vie et soins particuliers, exigeant l'engagement de techniques et de médicaments dont la complexité augmente lorsque la personne âgée malade et dépendante en requiert un nombre important.

Sous la conduite du pharmacien-conseil, de nombreux colloques permirent de discuter, avec les infirmières et les médecins, les problèmes rencontrés par les équipes soignantes concernant soit les médicaments (incompatibilités, modalités d'administration, bon usage), soit la problématique des polythérapies.

Par ses compétences, son écoute, sa disponibilité, le pharmacien-conseil a su créer un climat de confiance permettant d'une part des échanges constructifs et fructueux et d'autre part de susciter l'introduction de changements importants dans la pratique professionnelle des infirmières. La sécurité dans la préparation de la médication en est fortement augmentée et systématisée, une collaboration professionnelle autour de l'optimisation du choix des médicaments, en terme de rapport qualité/prix, a été mise en place.

Concrètement, cela a passé par l'installation d'une pharmacie centrale de l'EMS, spacieuse, lumineuse, aérée, remplaçant des dépôts d'étage surchargés. Chaque médicament y est répertorié, bien visible sur des étagères comme dans une liste de médicaments remise à jour chaque année.

En parallèle, nous avons introduit dans chaque service un chariot à médicaments avec semainiers. La pharmacie centrale a un local ad hoc où l'infirmière de chaque service

dispose d'une demi-journée pour préparer au calme la médication hebdomadaire de chacun de ses patients.

La mise en place d'un magasin central pour le matériel de consommation pour l'ensemble du Réseau est également un élément d'optimisation de la gestion et de la maîtrise des coûts.

Certes, le projet est loin d'être achevé. Mais il n'aurait pu être réalisé sans qu'existe un projet réaliste et une volonté commune de la direction, des responsables d'étages et de l'ensemble du personnel infirmier.

De plus, un véritable partenariat entre pharmacien-conseil, médecins et soignants a rendu possible une évolution progressive en réajustant régulièrement les objectifs thérapeutiques de l'année en cours par des évaluations régulières de l'usage des médicaments dans l'établissement. Ce partenariat est favorisé par la proximité des valeurs et des idées et un respect mutuel des rôles dans une perspective de complémentarité.

Certes, ce partenariat suppose la dépense de passablement d'énergie, d'où l'importance de laisser «du temps au temps». L'apprentissage du raisonnement sur l'optimisation de l'usage des médicaments est difficile pour certaines infirmières. D'autre part, comprendre et connaître des objectifs pharmaco-économiques ne signifie pas encore qu'ils soient systématiquement applicables au quotidien.

Reste maintenant à enraciner et consolider les acquis, à continuer de mettre en place une stratégie de suivi et d'autoévaluation.

**Bibliographie** : 1 Bugnon O, Buchmann M. Assistance pharmaceutique et gestion interprofessionnelle des coûts de la santé-une expérience fribourgeoise. Soins infirmiers 1996 ; 4 : 18-21. 2 Bugnon O, Buchmann M. Assistance pharmaceutique des homes médicalisés. Managed care et médicaments 1998 ; 3 : 13-7. 3 Bugnon O. Pharmaciens d'officine, maîtrise des coûts et qualité – Des paroles aux actes. Journal suisse de pharmacie 2002 ; 6 : 188-91. 4 Buchmann S, Krähenbühl JM, Nyffeler R, Buchmann M, Bugnon O. Physicians Acceptance of Pharmaceutical Medication Reviews in an Institution for Elderly. Poster and oral Communication, ESCP Congress 2003, Valencia. 5 Ruggli M, Nyffeler R, Duay B, Repond C, Buchmann M, Bugnon O. Efficiency improvement of primary care prescription by cooperating in quality circles physicians-pharmacists. FIP Congress Proceedings, 2004, New-Orleans. 6 Schweizer AK, Hughes CM. Nursing and residential care for the elderly in Northern Ireland : The contribution of the pharmacist. Pharm World Sci 2001 ; 23 : 195-9. 7 Cooper JW. Nursing home drug and nutritional therapy cost-savings by the consultant pharmacist. Nurs Homes Sr Citiz Care 1987 ; 36 : 6-8. 8 Denham MJ, Barnett NL. Drug therapy and the older person : Role of the pharmacist. Drug Saf 1998 ; 19 : 243-50. 9 Furniss L, Craig SK, Burns A. Medication use in nursing homes for elderly people. Int J Geriatr Psychiatry 1998 ; 13 : 433-9. 10 Gurwitz JH, Soumerai SB, Avorn J. Improving medication prescribing and utilization in the nursing home. J Am Geriatr Soc 1990 ; 38 : 542-52. 11 King MA, Roberts MS. Multidisciplinary case conference reviews : Improving outcomes for nursing home residents, carers and health professionals. Pharm World Sci 2001 ; 23 : 41-5. 12 Lau WM, Chan K, Yung TH, Lee AS. Outreach pharmacy service in old age homes : A Hong Kong experience. J Chin Med Assoc 2003 ; 66 : 346-54. 13 Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing-home residents and their drug use : A comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen district nursing home (BEDNURS) study. Eur J Clin Pharmacol 2003 ; 59 : 463-9. 14 Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Multidisciplinary medication review in nursing home residents : What are the most significant drug-related problems ? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. Qual Saf Health Care 2003 ; 12 : 176-80. 15 Strikwerda P, Bootsma-de Langen AM, Berghuis F, Meyboom-de Jong B. Drug therapy in a nursing home ; favorable effect of feedback by the pharmacist on family physician's prescribing behavior. Ned Tijdschr Geneesk 1994 ; 138 : 1770-4. 16 Service de la santé publique du canton de Fribourg. Cahier des charges pour l'assistance pharmaceutique d'EMS. 2002. 17 Ruggli M, Buchmann M, Burgy I, Bugnon O. Action Plan for the Dissemination of a New Pharmaceutical Service in Institutions for the Elderly. Oral Communication, FIP Congress Sydney, 2003.

Cet article vient de MedHyg.ch

[www.medhyg.ch](http://www.medhyg.ch)

L'adresse de cet article est :

[www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=24088](http://www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=24088)