

Le bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé : Passer du mythe à la réalité

My-Lan Pham-Dang, Marie-Claude Poulin

Résumé

Objectif : L'objectif de cet article est de permettre au pharmacien en établissement de santé de se familiariser avec le concept du bilan comparatif des médicaments.

Mise en contexte : Depuis que le bilan comparatif des médicaments est devenu une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada, les professionnels de la santé s'inquiètent sérieusement quant à sa mise en œuvre. En effet, le bilan comparatif des médicaments représente une importante initiative en matière de sécurité des patients. C'est un processus qui vise à prévenir les événements indésirables liés à la médication, résultant par exemple d'une omission, d'une duplication ou d'une défaillance dans la transcription d'un médicament, qui survient à un moment de transition au début, en cours ou à la fin d'un épisode de soins. On le fait au début de l'épisode de soins, en comparant les médicaments pris avant l'admission avec ceux qui sont prescrits à l'établissement de santé.

Conclusion : Le bilan comparatif des médicaments favorise le travail interdisciplinaire et nécessite un changement des processus en vigueur. Certes, c'est une activité qui exige beaucoup de temps et d'efforts de la part de tous, mais qui bénéficie non seulement au patient mais aussi à l'équipe de travail.

Mots clés : bilan comparatif des médicaments, pratique organisationnelle requise, gestion des risques, amélioration de la qualité, sécurité des patients, événement indésirable lié à la médication, incident médicamenteux, accident lié à la médication

Introduction et mise en contexte

Selon le rapport américain *To Err Is Human*¹, les événements indésirables évitables liés à la médication sont parmi les types d'événements qui arrivent le plus souvent aux patients hospitalisés. Une étude canadienne a démontré que, parmi les événements indésirables (EI) évitables, les accidents liés à l'utilisation de la médication correspondent au deuxième type d'EI le plus fréquent². De plus, on note que près de 50 % des patients ont eu au moins un accident lié à la médication, impliquant les ordonnances émises à l'admission à l'hôpital³. Afin d'illustrer la problématique décrite dans ces études et la ma-

nière dont le processus du bilan comparatif des médicaments (BCM) peut y remédier, nous vous proposons le scénario suivant :

Un homme âgé de 61 ans, souffrant d'un syndrome coronarien aigu, se présente à l'urgence de l'hôpital avec des douleurs musculaires. Il a souffert, il y a environ trois mois, d'une pneumonie. Le patient indique que les médicaments sont dans le sac qu'il a apporté avec lui. L'infirmière examine les flacons et transcrit les informations dans le dossier du patient. Celui-ci est ensuite examiné par un urgentologue puis est vu par un cardiologue, qui décide de l'admettre à l'étage. Le patient rencontre une pharmacienne, qui lui demande de voir ses flacons et qui le questionne sur la façon dont il prend ses médicaments. Elle obtient en outre de la pharmacie la liste des médicaments actifs depuis les six derniers mois :

*Aspirine 8 mg par voie orale une fois par jour
Oxazepam 30 mg par voie orale au coucher au besoin si insomnie
Nitro sublinguale, 1 vaporisation au besoin si angine
Atorvastatine 40 mg par voie orale une fois par jour
Enalapril 5 mg par voie orale une fois par jour
Oméprazole 20 mg par voie orale une fois par jour
Furosémide 40 mg par voie orale une fois par jour
Clarithromycine 500 par voie orale deux fois par jour*

Elle compare cette dernière aux médicaments qui sont dans le sac. Elle remarque que la prise de clarithromycine a été interrompue deux mois auparavant et que le flacon d'atorvastatine est absent. Elle demande une explication au patient, qui répond que « ceux-là lui donnent des douleurs ». Elle explique que ces effets sont probablement dus à une interaction avec la clarithromycine et qu'il peut poursuivre son traitement à l'atorvastatine une fois qu'il aura interrompu la prise de clarithromycine.

My-Lan Pham-Dang, M.Sc., MHA, est formatrice pour l'ISMP Canada et conseillère en matière de sécurité et d'amélioration pour la campagne québécoise Ensemble améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé

Marie-Claude Poulin, B.Pharm., M.Sc., MBA, est chef de projet au Québec pour l'ISMP Canada et coordonnatrice à la gestion des risques et de la qualité-aspects professionnels au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Description de l'approche et discussion

Le BCM : une composante de la prestation sûre des soins

Le bilan comparatif des médicaments représente une importante initiative en matière de sécurité des patients. Cette activité a été choisie en 2005 par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) comme l'une des plus avantageuses en termes de vies sauvées et l'a incluse dans sa campagne *100 000 Lives*⁴. Depuis, le BCM a fait son entrée dans la campagne canadienne intitulée *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant !* (SSPSM) calquée sur la campagne américaine des *100 000 vies* de l'IHI et soutenue par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)⁵. Par la suite, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) s'y est engagé en devenant le centre de coordination pour le volet québécois jusqu'au mois d'août 2009. Cette action s'appelle Campagne québécoise *Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé* (EAPSSS) et est menée en collaboration avec la campagne canadienne⁶. Nous sommes actuellement à la phase II de la campagne, qui compte dix stratégies, dont plusieurs concernent en partie l'utilisation de médicaments. Pour ce qui est du BCM, la campagne québécoise comporte deux stratégies, soit le BCM en soins aigus et le BCM en soins de longue durée. Une troisième stratégie est également en développement, soit le BCM pour les soins à domicile. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) a développé les trousseaux de départ sur le BCM pour les campagnes canadiennes et québécoises et a accepté de diriger cette stratégie sur le plan national. À ce jour, 340 équipes canadiennes sont inscrites à la stratégie du BCM en soins de courte durée.

Depuis 2006, le BCM est devenu une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada. Plus spécifiquement, Agrément Canada émet les exigences suivantes⁷ :

1. « Établir un BCM à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client. »
2. « Établir un BCM avec le client au moment où il est acheminé et transféré, et transmettre le bilan au prochain prestataire lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme. »

Le processus pour la réalisation du BCM

Les pharmaciens d'établissement devraient s'intéresser et participer aux activités du BCM, car il vise à identifier et à prévenir les défaillances liées aux ordonnances émises soit à l'admission, au transfert ou au congé du patient. Les défaillances résultent souvent de problèmes de communication au sujet des médicaments à l'un de ces trois moments.

Le processus du BCM comprend quatre étapes soit :

1. La création d'une liste complète et précise des médicaments que le patient prend à son domicile;
2. L'établissement du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) ou d'une liste validée des médicaments pris à domicile;
3. La comparaison du MSTP avec les ordonnances;
4. La communication de la liste de médicaments mise à jour au patient (ou à ses proches) ainsi qu'aux soignants.
5. Une cinquième étape est suggérée dans le cadre de la campagne québécoise, soit la mesure des résultats de la mise en œuvre du BCM.

Le présent article se concentrera davantage sur le BCM à l'admission, mais il est important de noter que le congé du patient à l'hôpital représente souvent une situation problématique. Une étude démontre des écarts inexplicables de 49 % entre la liste des médicaments du patient avant son admission et les ordonnances émises au congé⁷. De plus, les divergences d'ordonnances au congé contribuent à augmenter les risques de réhospitalisation dans les 30 jours suivant le congé du patient⁸. Bref, le BCM est utile du début jusqu'à la fin de l'épisode de soins. La façon de procéder pour l'établissement du BCM au congé et au transfert est semblable à celle qui vous sera présentée dans cet article. Les lecteurs intéressés par la réalisation d'un BCM au transfert ou au congé sont priés de consulter la documentation pertinente⁸. La figure 1 schématise le processus aux trois étapes⁹.

Première étape : Procéder à une collecte de données pour établir une liste complète et précise des médicaments pris au domicile

Tout processus de bilan comparatif des médicaments devrait être conçu en fonction des besoins des professionnels et tenir compte des processus de travail de l'établissement. Toutefois, il y a des étapes nécessaires, dont l'obtention d'une anamnèse pharmacothérapeutique (HP) figurant en un seul endroit du dossier du patient. Dans une étude faite par Pippins et collaborateurs¹⁰, les EI évitables liés à la médication relèvent plus souvent de défaillances lors de l'entrevue visant à amasser des informations sur l'utilisation des médicaments que de défaillances au moment de la réalisation du bilan¹⁰. D'où l'importance d'une bonne HP. En effet, il a été démontré que 27 % des accidents liés à la prescription peuvent être attribués à des HP incomplètes au moment de l'admission¹¹. Une bonne HP à l'admission est un élément important de l'utilisation sûre des médicaments. Premièrement, l'anamnèse peut permettre de déceler la raison de l'admission du patient à l'hôpital, par exemple, un EI lié à l'utilisation d'un médicament ou à un manque d'obser-

Figure 1. Le bilan comparatif des médicaments de l'admission au congé



vance au traitement. Deuxièmement, la réalisation d'une bonne anamnèse permet d'éviter les défaillances issues d'HP incomplètes et pouvant conduire à l'interruption d'une pharmacothérapie appropriée ou au choix d'une thérapie pharmacologique inappropriée pendant et après l'hospitalisation. En effet, en perpétuant ces défaillances au congé, des préjudices substantiels peuvent affecter le patient et résulter en une réhospitalisation. Finalement, les systèmes de prescription électroniques ne sont pas nécessairement en mesure de déceler ces défaillances, d'où la nécessité d'une anamnèse complète et validée par un professionnel¹².

Mais l'obtention d'une liste précise des médicaments représente un effort considérable, puisque cela implique l'entrevue et la révision des flacons avec le patient et sa famille, la communication avec la pharmacie communautaire et les autres professionnels de la santé. En contrepartie, le temps alloué à la création d'une bonne HP permettra d'économiser du temps pour démêler les confusions et les conflits provenant de plusieurs anamnèses prises par plusieurs professionnels.

Deuxième étape : Établir le MSTP à l'aide de la liste obtenue

La réalisation du bilan n'est pas terminée avec l'obtention de la liste des médicaments. C'est probablement à l'étape de l'établissement du MSTP que les pharmaciens peuvent contribuer le plus significativement aux bienfaits du BCM. À cette étape, la liste obtenue est examinée pour l'identification des problèmes associés à la pharmacothérapie et l'établissement d'un traitement pharmacologique optimal pour le patient.

Après avoir parlé au patient de la pertinence de poursuivre la prise d'atorvastatine, tel que le mentionne l'ordonnance, la pharmacienne inscrit sur le formulaire de l'hôpital intitulé Bilan comparatif des médicaments, la liste des médicaments pris par le patient avant son admission et leur posologie. Elle indique qu'elle a effectué une entrevue avec le patient et qu'elle a contacté la pharmacie communautaire. Elle inscrit aussi que le patient ne prenait pas l'atorvastatine depuis un mois. Elle indique la réaction du patient après qu'il a reçu l'information sur l'association de la prise d'atorvastatine et de la clarithromycine. Cette liste correspond au MSTP.

Troisième étape : La comparaison du MSTP avec les ordonnances

La réalisation du bilan est un processus de double vérification qui comprend plusieurs étapes, dont la comparaison des ordonnances de même que des discussions avec les prescripteurs. On remarquera que certaines modifications correspondent à des changements thérapeutiques intentionnels (divergence intentionnelle), mais il existe d'autres changements qui ne sont pas intentionnels et qui pourraient être considérés comme des incidents liés à la médication (divergence non intentionnelle)¹³. Chaque fois que l'on constate une divergence, il est important d'en discuter avec le prescripteur et de la consigner au dossier du patient.

Le cardiologue réexamine le patient et rédige l'ordonnance d'admission :

*Aspirine 81 mg par voie orale une fois par jour
Oxazépam 30 mg par voie orale au coucher si insomnie
Nitro sublinguale, 1 vaporisation au besoin si angine
Atorvastatine 40 mg par voie orale une fois par jour
Enalapril 5 mg par voie orale une fois par jour
Oméprazole 20 mg par voie orale une fois par jour
Furosémide 40 mg par voie orale deux fois par jour
Métoprolol 12,5 mg par voie orale une fois par jour*

La pharmacienne compare les ordonnances au MSTP. Elle remarque que la posologie du furosémide a été modifiée et est passée d'une prise à deux prises par jour. Elle appelle le médecin aux fins de vérification. Elle a bien fait, car l'intention du médecin était de le prescrire une fois par jour. La pharmacienne inscrit la modification dans le dossier du patient. Un accident potentiel lié à l'utilisation des médicaments vient d'être évité.

Quatrième étape : La communication du MSTP au patient et aux autres professionnels

Dans le cas où le MSTP diffère de la liste initiale présentée par le patient, il importe d'aviser ce dernier des plus récents changements apportés à son traitement. Dans les cas de réalisation du bilan au congé, cette étape est cruciale. La communication des renseignements aux autres professionnels est également importante. Différents outils de communication ont été élaborés pour rendre celle-ci plus efficace¹⁴.

Cinquième étape : La mesure des résultats de la mise en œuvre du bilan

Dans le cadre de la campagne EAPSSS, les équipes colligent et acheminent leurs données sur les divergences et sur le pourcentage de BCM effectués au congé. De plus, avant le démarrage d'un projet pilote, il est important d'effectuer des mesures préliminaires pour l'obtention d'un portrait de la situation du moment. Il est important de noter que si aucune mesure n'est effectuée, les résultats du changement ne pourront être constatés de façon objective.

De plus amples informations sur la campagne québécoise EAPSSS et la stratégie du BCM sont disponibles sur le site du CHUM⁶. Il est également possible de s'inscrire à la Communauté de pratique du BCM¹⁴.

Conclusion

Le BCM favorise le travail interdisciplinaire et nécessite un changement des façons de faire. C'est le patient qui bénéficie le plus du BCM, car grâce à ce processus, des EI liés à la médication pourront être évités. Cela permet non seulement de diminuer la durée des hospitalisations mais aussi d'éviter des réhospitalisations. Il est d'ailleurs fort probable que ce processus permette de réaliser des économies financières considérables dans le système de santé.

Pour toute correspondance :

My-Lan Pham-Dang

ISMP Canada

3840, rue Saint-Urbain, Pavillon Olier 2-107

Montréal (Québec) H2W 1T8

Téléphone : 514 890-8112

Télécopieur : 514 412-7244

Courriel : my-lan.pham-dang.chum@ssss.gouv.qc.ca

Abstract

Objective: The purpose of this article is to allow the hospital pharmacist to become familiar with the concept of medication reconciliation.

Context: Since medication reconciliation services have become required organizational practice by the Canadian accreditation council, health professionals are worried about its practical application. Indeed, medication reconciliation represents an important patient-safety initiative. It is a process that aims to prevent adverse outcomes related to medication, resulting from, among others, an omission, a duplication, or a medication transcription problem that occurs during a transition point either at the beginning, during, or at the end of a period of hospitalization. Medication reconciliation is done at the beginning of an admission, where medications taken prior to admission are compared to those prescribed in the hospital.

Conclusion: Medication reconciliation practices favour a multidisciplinary approach and require changing the current process. It is certainly an activity that demands a lot of time and effort from all parties involved, but it is an activity that benefits not only the patient but also the participating work team.

Key words: medication reconciliation, required organizational practice, risk management, quality improvement, patient safety, medication-related adverse outcome, drug-related incident, medication-related accident.

Références

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, rédacteurs. To Err Is Human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press 2000. 287 p.
2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et coll. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004;170:1678-86.
3. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam VC, Shadowitz S, Juurlink DN et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med 2005;165:424-9.
4. 100 000 lives saved campaign. Site du IHI, <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm?TabId=6#TheFirstCampaignInitiative> (site visité le 2 avril 2009).
5. Institut canadien pour la sécurité des patients. Site de l'ICSP, <http://www.patientsafetyinstitute.ca/accueil.html> (site visité le 2 avril 2009).
6. Campagne québécoise : Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé! Site du CHUM, <http://www.chumtl.qc.ca/accueil/chum-interne1/eapsss-campagne.fr.html> (site visité le 2 avril 2009).
7. Agrément Canada. Site d'Agrément Canada, <https://www.cchsa.ca/Default.aspx> (site visité le 2 avril 2009).
8. Campagne SSPSM. Trousse En avant! Bilan comparatif des médicaments - Prévention des événements iatrogènes médicamenteux, http://www.saferehealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Pages/gsk.aspx (site visité le 2 avril 2009).
9. Barnsteiner JH. Medication reconciliation. Am J Nurs 2005;105(suppl 3):31-6. Reproduit du site de l'ISMP avec leur autorisation.
10. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK et coll. Classifying and predicting errors in inpatient medication reconciliation. J Gen Intern Med 2008;23:1414-22.
11. Dobrzanski S, Hammond I, Khan G, Holdsworth H. The nature of hospital prescribing errors. Br J Clin Govern 2002;7:187-93.
12. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells E. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ 2005;173:510-5.
13. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E et coll. Role of pharmacist counselling in preventing adverse drug events after hospitalization. Arch Intern Med 2006;166:565-71.
14. Campagne SSPSM. Communauté de pratique pour le bilan comparatif des médicaments, http://tools.patientsafetyinstitute.ca/layouts/login.aspx?ReturnUrl=%2fCommunities%2fMedRec%2f_layouts%2fAuthenticate.aspx%3fSource%3d%252fCommunities%252fMedRec&Source=%2fCommunities%2fMedRec (site visité le 2 avril 2009).