

Évaluation de l'impact clinique de l'implantation du bilan comparatif des médicaments à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Isabelle Couture, Maude Blanchet, Marie-Ève Moreau-Rancourt

Résumé

Objectif : Évaluer s'il y a eu amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux usagers de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus à la suite de l'implantation du bilan comparatif des médicaments en 2008.

Mise en contexte : Depuis le projet clinique de 2008, aucune étude n'a été réalisée à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus afin de déterminer si les efforts investis ont permis d'améliorer les soins prodigués aux usagers.

Résultats : Une augmentation de 95 % des divergences intentionnelles recensées et une réduction de 28 % des divergences non intentionnelles ont été observées comparativement au projet de 2008 ($p < 0,0001$). Quant au potentiel de gravité des divergences non intentionnelles, une augmentation de 69 % de celles à potentiel non significatif, une réduction de 40 % des divergences non intentionnelles à potentiel significatif et une augmentation de 175 % de celles à potentiel sérieux ont été notées.

Discussion : Les améliorations relevées en 2010 proviennent notamment du fait que les médecins décrivent plus fréquemment leurs interventions et qu'ils obtiennent plus souvent le profil pharmacologique provenant de la pharmacie du secteur privé. D'un autre côté, le pourcentage plus élevé de divergences non intentionnelles à potentiel sérieux en 2010, comparativement à 2008, peut s'expliquer par la subjectivité de l'attribution d'un potentiel de gravité à une divergence.

Conclusion : L'implantation du bilan comparatif des médicaments à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus a permis d'améliorer la sécurité des soins offerts aux usagers.

Mots clés : bilan comparatif des médicaments, divergences, histoire pharmacothérapeutique, potentiel de gravité

Introduction

Actuellement, environ 7000 Américains décèdent chaque année d'erreurs médicales directement liées à leur médication et 1,5 million d'usagers sont annuellement victimes d'une erreur médicamenteuse coûtant chacune environ 8000 dollars à l'État¹. Selon un article paru dans le *Pharmactuel* en août 2009, les accidents liés

à l'utilisation de médicaments se situent au deuxième rang des événements indésirables évitables les plus fréquents². Pour leur part, Forster et coll. ont observé que 27 % de ces accidents pouvaient être la conséquence d'une anamnèse pharmacothérapeutique incomplète réalisée à l'admission³. En 2009, Schnipper et coll. rapportaient que jusqu'à 67 % des usagers hospitalisés avaient au moins une divergence non expliquée entre leurs ordonnances émises à l'admission et leur anamnèse pharmacothérapeutique, alors que Pippins et coll. ont observé que 75 % des événements iatrogènes liés aux médicaments se produisaient au départ de l'hôpital de l'usager^{4,5}. En pratique, il a été démontré que le bilan comparatif des médicaments (BCM) augmentait la détection et la prévention d'accidents ou d'incidents liés à la médication et qu'il pouvait diminuer le nombre d'effets indésirables évitables liés aux médicaments. De plus, il permet de réduire la fréquence des consultations médicales et des réadmissions à l'hôpital en rapport avec des erreurs médicamenteuses^{6,7}.

En octobre 2008, un projet-pilote prospectif de quatre jours a été réalisé au Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) afin d'évaluer précocement les retombées cliniques de l'implantation du BCM. À la suite de ce projet, les médecins se sont sentis plus interpellés, et le formulaire de BCM a été modifié afin de servir d'ordonnance, ce qui permet une meilleure intégration des équipes médicales⁸.

L'étude présentée avait pour objectif principal d'évaluer s'il y a eu amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux usagers de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) à la suite de l'implantation du BCM en 2008⁸. Les objectifs secondaires avaient pour but de décrire les divergences décelées, d'évaluer le risque associé aux divergences non intentionnelles et de décrire les

Isabelle Couture, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne à l'Hôpital général de Montréal au Centre universitaire de santé McGill. Lors de la rédaction de cet article, Isabelle Couture était candidate à la maîtrise en pratique pharmaceutique à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Maude Blanchet, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Marie-Ève Moreau-Rancourt, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

principales sources, les types ainsi que les classes de médicaments le plus souvent impliqués dans les divergences non intentionnelles. Les résultats obtenus ont été comparés à ceux du projet de 2008.

Méthodologie

Cette étude, réalisée de manière rétrospective, ciblait tous les usagers présents sur civière ou admis dans le CHA, toutes unités confondues, et pour qui un BCM avait été réalisé. Un échantillon, composé des usagers pour qui un BCM avait été enregistré dans le fichier historique durant les mois de mai, d'août, d'octobre et de décembre 2009, a été retenu afin de permettre l'observation éventuelle d'une évolution de l'implantation de cet outil dans le temps. L'échantillon a été sélectionné aléatoirement parmi tous les BCM enregistrés dans le fichier historique, au moyen d'un tri par ordre alphabétique des noms de famille pour chacun des mois ciblés. Un BCM sur trois a été sélectionné, selon l'approche probabiliste systématique, jusqu'à l'obtention d'un minimum de 30 BCM par mois. Par la suite, si, après une première analyse, un mois comptait un nombre insuffisant de BCM, une sélection d'autres BCM était entreprise selon la même méthode et à partir du dernier BCM retenu lors de la première sélection. Seuls les BCM complets et présents dans le dossier des usagers ont été pris en compte, c'est-à-dire ceux dont la section « analyse clinique », définie par une révision du statut de chaque médicament comparativement à la prise à domicile, était complètement remplie. Les deux critères d'exclusion étaient les suivants : un BCM rempli en clinique ambulatoire, puisque la médication prise à domicile n'y est pas prescrite, ainsi qu'un BCM réalisé à l'Hôpital du Saint-Sacrement, puisque que le chercheur principal n'œuvrait pas dans cet hôpital.

Les données ont été recueillies de manière rétrospective à l'aide des informations contenues dans le dossier médical des usagers, disponible au Service des archives de l'établissement. L'âge, le nombre de médicaments pris à domicile avant l'arrivée dans l'établissement, le délai avant la réalisation du BCM ainsi que le pointage obtenu sur le formulaire d'évaluation du risque de l'utilisateur ont été évalués pour chaque usager afin de pouvoir définir la population à l'étude. Ainsi, un pointage de dix ou plus indiquait que l'utilisateur présentait un risque plus élevé de subir un événement iatrogène lié à la médication. Le formulaire d'évaluation du risque permettait de cibler rapidement les usagers bénéficiant le plus de la réalisation d'un BCM, tel que l'avait initialement recommandé le personnel administratif du CHA⁸.

Toutes les divergences étaient notées et comparées aux informations obtenues lors de la réalisation de l'anamnèse pharmacothérapeutique à l'aide des ordonnances émises depuis l'arrivée de l'utilisateur dans l'établissement. Par la suite, la source, le type, les classes de médicaments associés aux divergences non intention-

nelles ainsi que le potentiel de gravité de chacune d'elles ont été évalués. Les définitions des variables à l'étude peuvent être consultées dans la référence suivante⁸.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel Excel de Microsoft. Les caractéristiques de base de la population à l'étude ont été décrites à l'aide de moyennes et d'écart-types. Des proportions ont permis de décrire les différents types de divergences ainsi que le potentiel de gravité, la source, le type et les classes de médicaments associés aux divergences non intentionnelles. Le calcul par usager des moyennes, des proportions et le taux de divergences intentionnelles non décrites et non intentionnelles ont été retenus afin de permettre une meilleure comparaison des résultats avec ceux obtenus lors de la réalisation du projet en 2008. De plus, un test de Fisher, avec une valeur p inférieure à 0,05 étant considérée comme statistiquement significative, a été réalisé afin de vérifier la signification statistique de la variation des différents types de divergences comparativement aux résultats obtenus en 2008. Le projet a été approuvé par le directeur des services professionnels du CHA.

Résultats

Au total, 248 BCM ont été analysés. De ceux-ci, 141 ont été inclus dans l'étude et 107 exclus. Parmi ces derniers, 102 étaient incomplets. Deux ne se trouvaient pas au dossier des usagers, un ne présentait pas de médicaments prescrits à domicile, un portait l'inscription « annulé » et un autre avait été réalisé dans un mois différent de ceux sélectionnés pour la collecte de données.

Population à l'étude

La moyenne d'âge des usagers inclus dans l'étude était de 72,7 ans. Ils consommaient en moyenne 11 médicaments à domicile avant leur arrivée dans l'établissement. Le pointage moyen de chaque usager, déterminé à l'aide de la grille d'évaluation du risque, était de 9, et le délai moyen avant la réalisation d'un BCM était de 2,9 jours après l'arrivée de l'utilisateur dans l'établissement⁸.

Bien que les caractéristiques de la population étudiée soient similaires durant les différents mois de collecte de données, les usagers du mois d'août étaient légèrement plus âgés, prenaient plus de médicaments et, selon le pointage obtenu à l'aide du formulaire d'évaluation du risque, présentaient un risque plus élevé de subir un événement iatrogène lié à leur médication si une divergence avait lieu. Cependant, le délai avant la réalisation des BCM était plus court. Les caractéristiques de la population à l'étude sont présentées au tableau I.

Divergences relevées

On a relevé au total 179 divergences intentionnelles décrites, 127 divergences intentionnelles non décrites et 184 divergences non intentionnelles. Tel que le présente

Tableau I : Caractéristiques de la population à l'étude

	Mai	Août	Octobre	Décembre	Total
Nombre de BCM complets	36	34	39	32	141
Âge moyen \pm E.T. (ans)	73,3 \pm 11,7	74,5 \pm 11,7	72,3 \pm 3,5	70,8 \pm 14,9	72,7 \pm 10,5
Délai moyen avant réalisation du BCM \pm E.T. (jours)	3,3 \pm 3,6	1,0 \pm 1,4	4,3 \pm 3,7	3,1 \pm 2,6	2,9 \pm 2,8
Nombre de médicaments moyen par usager \pm E.T.	9 \pm 4	15 \pm 6	9 \pm 5	10 \pm 7	11 \pm 6
Nombre de points moyen par usager \pm E.T.	9 \pm 4	12 \pm 4	8 \pm 4	8 \pm 4	9 \pm 4

BCM : bilan comparatif des médicaments; E.T. : écart-type

Tableau II : Types de divergences décelées et potentiel de gravité des divergences non intentionnelles selon le différents mois de la collecte de données en 2010

	Mai	Août	Octobre	Décembre	Total
Types de divergences (nombre)					
Intentionnelles décrites	41	44	51	43	179
Intentionnelles non décrites	39	27	33	28	127
Non intentionnelles	46	72	29	37	184
Taux de divergences par usager	2,4	2,9	1,6	2,0	2,2
Potentiel de gravité (nombre)					
Non significatif	20	39	12	19	90
Significatif	18	26	14	15	73
Sérieux	8	7	3	3	21
Vital	0	0	0	0	0

le tableau II, le plus grand nombre de divergences non intentionnelles ainsi que le taux de divergences par usager le plus élevé ont été observés au cours du mois d'août. Comparativement aux résultats obtenus lors du projet de 2008 (figure 1), une augmentation de 95 % des divergences intentionnelles décrites et une réduction de 28 % des divergences non intentionnelles ont été observées. Ces résultats sont statistiquement significatifs selon le test de Fisher ($p < 0,0001$). Pour ce qui est des divergences intentionnelles non décrites, il n'y a pas eu de variation importante entre les deux projets. Le taux moyen de divergences par usager est passé de 1,9 à 2,2 entre 2008 et 2010.

Sources des divergences non intentionnelles

En ce qui a trait aux sources des divergences non intentionnelles décelées en 2010, 69 % provenaient d'une anamnèse pharmacothérapeutique incomplète ou inadéquate à l'admission du patient comparativement à 91 % en 2008, ce qui représente une diminution de 24 %. Les autres sources de divergences notées étaient les erreurs de represcription (26 % *versus* 9 % pour les projets de 2010 et 2008 respectivement) ainsi que l'analyse erronée du profil pharmacologique provenant du secteur privé (5 %).

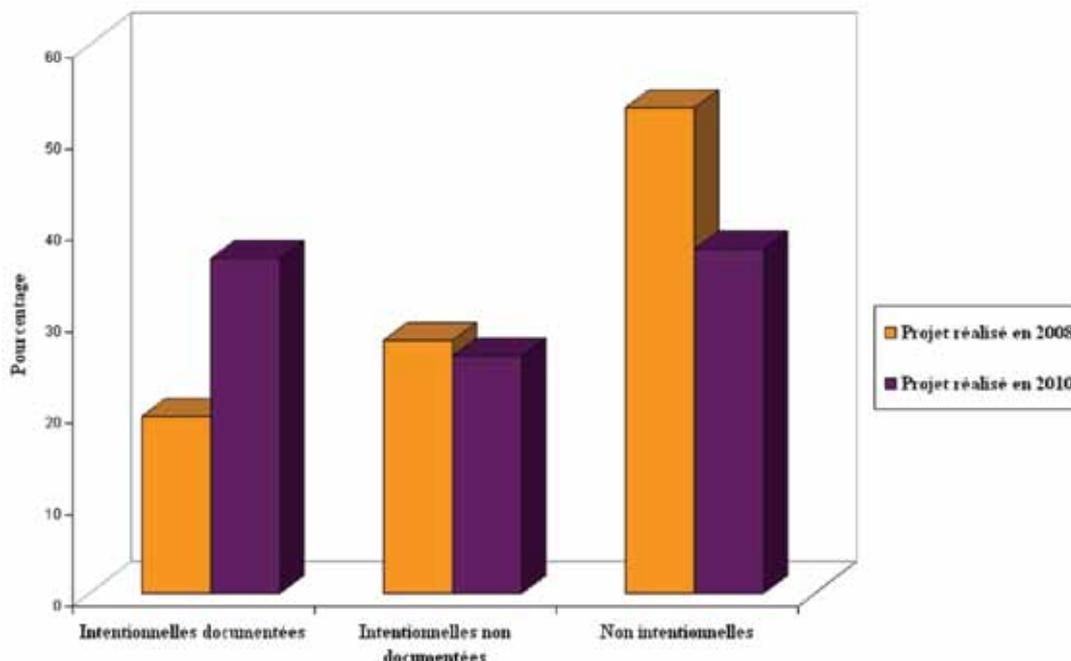
Types de divergences non intentionnelles

Bien que l'on ait noté une diminution de 18 % des omissions de represcription, soit 65 % comparativement à 53 % pour les projets de 2008 et de 2010 respectivement, ce type de divergences demeure le plus fréquent. De plus, on a pu observer une augmentation de 136 % (11 % en 2008 et 26 % en 2010) des divergences non intentionnelles à la suite d'une posologie inexacte ainsi qu'une augmentation de 100 % (4 % en 2008 et 8 % en 2010) de l'ajout de médicaments ne pouvant être justifié par l'état clinique de l'utilisateur.

Classes de médicaments impliquées dans les divergences non intentionnelles

En ce qui concerne les classes de médicaments le plus souvent impliquées dans les divergences non intentionnelles, notons les médicaments utilisés pour le traitement des maladies cardiovasculaires et les médicaments agissant sur le système nerveux central (SNC). Comparativement aux résultats obtenus en 2008, une amélioration a pu être notée en ce qui a trait aux médicaments cardiovasculaires (diminution de 19 à 14 %) alors qu'une détérioration a été observée pour les médicaments agis-

Figure 1 : Comparaison des différents types de divergences décelées lors des projets réalisés en 2008 et 2010



sant au niveau du SNC (augmentation de 14 à 22 %). De plus, sur un total de 40 divergences non intentionnelles liées à cette dernière classe de médicaments, 68 % étaient liées à l'utilisation d'une benzodiazépine.

Potentiel de gravité associé aux divergences non intentionnelles

Parmi les divergences non intentionnelles, 90 (49 %) présentaient un risque significatif pour l'utilisateur et 21 (11 %) auraient pu entraîner des effets sérieux pouvant altérer le fonctionnement quotidien de l'utilisateur. Cependant, aucune n'a mis la vie de l'utilisateur en danger. La collecte de données réalisée en 2010 ciblait quatre mois spécifiques, et le tableau II en présente une description détaillée. Comparativement aux résultats obtenus en 2008 (figure 2), une augmentation de 69 % et de 175 % des divergences non intentionnelles ayant respectivement un potentiel de gravité non significatif et sérieux, ont été notées contrairement à une diminution de 40 % des divergences non intentionnelles présentant un potentiel de gravité significatif. Aucune différence n'a été observée en ce qui concerne les divergences ayant un potentiel vital.

Discussion

Les résultats de cette étude démontrent qu'il y a eu amélioration de la qualité des soins offerts aux usagers de l'HEJ. Les observations importantes réalisées en 2010 contribueront certainement à faire progresser et à améliorer l'utilisation du BCM dans le CHA.

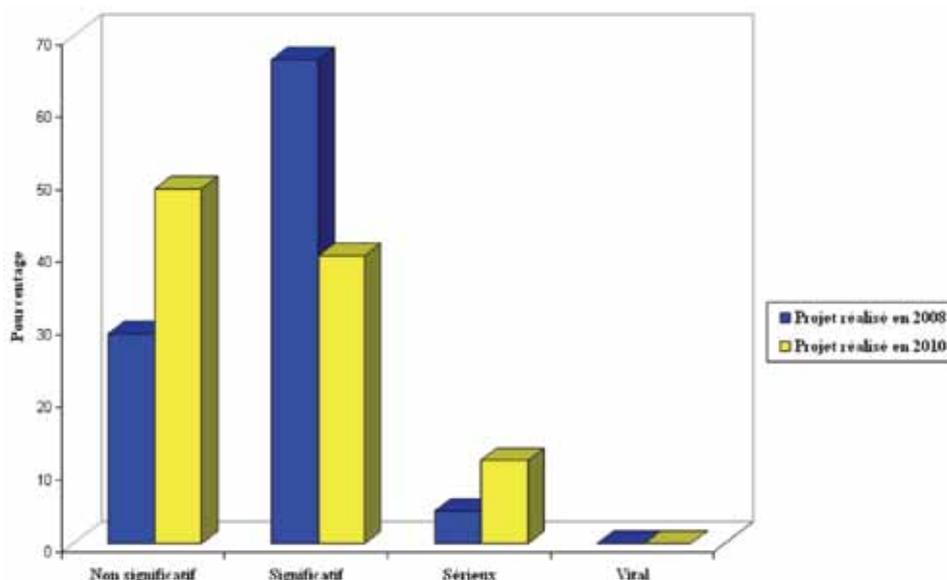
Parmi les caractéristiques principales de la population à l'étude, le délai de réalisation du BCM était en moyenne de 2,9 jours. Cependant, selon les recommandations de

la « Trousse En avant! Bilan comparatif des médicaments – Pour les soins de longue durée – Prévention des événements iatrogènes médicamenteux – Guide pratique », ce délai devrait être inférieur à 48 heures pour une prise en charge rapide des divergences et ainsi limiter les événements iatrogènes liés aux médicaments⁶.

Puisque le processus d'implantation du BCM à l'HEJ repose encore principalement sur les membres du département de pharmacie, un délai moyen de plus de 48 heures n'est pas surprenant. En effet, les pharmaciens des unités de soins ne sont pas présents de manière optimale, puisqu'ils ont plusieurs autres tâches cliniques et qu'ils sont souvent dans l'impossibilité de réaliser tous les BCM des nouveaux usagers admis étant donné le nombre important d'admissions. Un plus grand nombre de médecins devraient donc utiliser le formulaire du BCM à l'admission pour effectuer les ordonnances de l'utilisateur à son arrivée à l'urgence ou à l'étage afin d'optimiser le processus et d'améliorer la communication entre les divers professionnels de la santé. Cela permettrait, par le fait même, d'améliorer la qualité des soins prodigués aux usagers.

En effet, sur les 141 BCM inclus dans cette étude, seulement 11 avaient été remplis par des médecins, ce qui représente moins de 10 %. De plus, dès l'arrivée d'un usager à l'urgence, la collaboration des assistants techniques en pharmacie (ATP) ayant suivi la formation exhaustive portant sur le tri et la saisie des données ainsi que sur les techniques d'entrevue pour la confirmation des informations inscrites dans le profil pharmacologique provenant du secteur privé, contribue également à réduire le délai de réalisation du BCM. Par ailleurs, les retards dans l'ob-

Figure 2 : Comparaison du potentiel de gravité des divergences non intentionnelles décelées lors des projets réalisés en 2008 et 2010



tention des profils pharmacologiques à jour de la part du secteur privé peuvent constituer un handicap lorsque les anamnèses pharmacothérapeutiques sont réalisées par les ATP, puisque ces profils doivent être obtenus avant que le questionnaire standardisé soit administré à l'usager. Dans un article paru en 2003, on mentionne que la pénurie de pharmaciens, le salaire élevé des infirmières ainsi que leurs nombreuses tâches cliniques justifient la place des ATP⁹. Cela incite donc davantage à faire appel à ces derniers pour contribuer à réaliser l'anamnèse pharmacothérapeutique. Ce processus, bien qu'il soit déjà implanté à l'HEJ, devrait être davantage respecté malgré le manque de ressources humaines et les nombreuses autres tâches des ATP.

En ce qui concerne la répartition des différents types de divergences entre les mois pour lesquels des BCM ont été analysés, aucune tendance n'a pu être mise en évidence entre eux. Cependant, on a observé un plus grand nombre de divergences non intentionnelles au mois d'août. Bien qu'il soit surprenant, ce résultat peut en partie être expliqué par une moyenne d'âge plus élevée, un pointage élevé obtenu au formulaire d'évaluation du risque de l'usager démontrant que ces usagers avaient probablement plusieurs antécédents défavorables avant leur arrivée dans l'établissement ainsi qu'un nombre moyen plus important de médicaments pris à domicile. En effet, il est logique de croire que le risque de divergence augmente en fonction du nombre total de médicaments prescrits, de la méconnaissance de la médication par l'usager ainsi que de son état clinique. De plus, bien que ce critère n'ait pas été évalué dans ce projet, un personnel réduit et probablement moins expérimenté peut être en cause dans l'augmentation des divergences durant la période estivale. La signification statistique de ce résultat n'a toutefois pas été établie.

Comparativement au projet de 2008, une amélioration des résultats a été notée en 2010, notamment en ce qui concerne les différents types de divergences. En effet, l'augmentation significative des divergences intentionnelles décrites peut être attribuée à une amélioration de la description des divergences par les médecins et, par conséquent, à une meilleure collaboration des équipes médicales. De plus, puisque les définitions des variables à l'étude étaient les mêmes pour les projets de 2008 et de 2010, il est étonnant d'observer une augmentation du taux par usager de divergences intentionnelles non décrites et non intentionnelles en 2010 étant donné la réduction significative du nombre de divergences non intentionnelles dans l'étude actuelle (taux de divergences moyen par usager de 2,2 en 2010 comparativement à 1,9 en 2008). En effet, tel que l'a mentionné la campagne « Soins de santé plus sécuritaires maintenant! » qui « vise à améliorer la sécurité des soins offerts aux patients au Canada par l'apprentissage, le partage et la mise en œuvre de stratégies qui ont permis de réduire les événements indésirables évitables », cette mesure est un excellent évaluateur de l'amélioration de la sécurité des soins prodigués aux usagers^{7,10}.

Cependant, puisque le projet réalisé en 2010 était une étude rétrospective, cela peut avoir influencé ce résultat étant donné un meilleur accès à l'information lorsque la collecte de données est réalisée de manière prospective telle qu'elle l'a été en 2008. De plus, puisque des rappels fréquents (rencontres individuelles des équipes médicales, présentation des résultats lors de la journée de la recherche du CHA, communication dans le journal de l'hôpital) ainsi que des séances d'information, présentées par le département de pharmacie, sur la pertinence d'un questionnaire exhaustif à soumettre aux usagers ont été réalisées depuis la présentation des résultats de 2008, une amélioration de la description des médica-

ments prescrits, de ceux en vente libre et des produits naturels pris avant l'arrivée dans l'établissement peut également avoir contribué à l'augmentation du taux de divergences (intentionnelles non décrites et non intentionnelles) dans l'étude actuelle.

Lorsque nous nous attardons aux sources des divergences non intentionnelles, nous pouvons aisément affirmer que l'anamnèse pharmacothérapeutique demeure toujours le principal problème. Toutefois, on note une grande amélioration depuis le projet de 2008. En effet, les médecins demandent plus systématiquement le profil pharmacologique à jour au secteur privé, ce qui favorise une meilleure information sur la médication prise par l'utilisateur. En contrepartie, un certain nombre de divergences non intentionnelles découvertes en 2010 étaient directement liées à une analyse erronée du profil pharmacologique. L'anamnèse pharmacothérapeutique doit donc être réalisée en collaboration avec l'utilisateur et non seulement sur la base d'une liste des médicaments prescrits à prendre à domicile, puisque cela peut favoriser la création de divergences.

En observant les différents types de divergences non intentionnelles obtenues en 2010, il s'est avéré que les omissions de prescription ont été réduites de 65 à 53 %, ce qui peut s'expliquer par la sensibilisation et l'encouragement des médecins à obtenir le profil pharmacologique à jour du secteur privé avant de prescrire la médication de l'utilisateur. Ainsi risquent-ils moins d'oublier de prescrire un médicament pris antérieurement à domicile par l'utilisateur. Toujours en ce qui a trait aux types de divergences non intentionnelles, un autre résultat important obtenu en 2010 concerne l'augmentation de 136 % (11 % en 2008 et 26 % en 2010) de la prescription de médicaments avec une posologie différente de celle prise à domicile par l'utilisateur.

Bien que les médecins obtiennent le profil pharmacologique à jour du secteur privé, ils semblent omettre de questionner l'utilisateur afin de vérifier l'adhésion de ce dernier à son traitement. Il n'est pas rare que l'utilisateur ait une entente verbale avec un prescripteur concernant une variation posologique, qu'il ait décidé de son propre gré de changer la posologie sans en parler à un professionnel de la santé ou encore qu'il consomme régulièrement un médicament alors qu'il n'est prescrit qu'au besoin.

Le questionnement de l'utilisateur, de sa famille ou du personnel du centre d'hébergement est primordial. En outre, bien que la valeur absolue soit faible, il est surprenant de voir une augmentation de 100 % (4 % en 2008 et 8 % en 2010) des ajouts de médicaments ne pouvant être justifiés par le contexte clinique entre 2008 et 2010. Bien que la signification statistique de cette donnée n'a pu être évaluée dans cette étude, il n'en demeure pas moins préoccupant d'observer que plusieurs des interventions médicales ne sont pas expliquées dans les notes évolutives.

Pour ce qui est des classes de médicaments concernées par les divergences non intentionnelles, une réduction de 26 % (19 % en 2008 et 14 % en 2010) des divergences portant sur des médicaments agissant sur le système cardiovasculaire ainsi qu'une augmentation de 57 % (14 % en 2008 et 22 % en 2010) de celles concernant les médicaments du SNC ont été observées. L'une des hypothèses pouvant expliquer ce résultat est le fait que les médecins ont probablement porté une attention particulière aux médicaments agissant sur le système cardiovasculaire à la suite de différentes séances d'information les sensibilisant au fait qu'en 2008, la plupart des divergences touchaient cette classe de médicaments. De plus, il est rare d'observer en pratique clinique des initiatives personnelles de la part des utilisateurs en vue de modifier la teneur ou la posologie des médicaments de cette classe.

Quant à ceux agissant sur le SNC, la problématique principale observée se situait au moment de la prescription de benzodiazépines. En effet, dans plus de 50 % des cas, le médecin prescrivait la benzodiazépine telle qu'elle paraissait dans le profil pharmacologique provenant du secteur privé sans interroger l'utilisateur sur son adhésion au traitement. Par conséquent, la prescription de ces médicaments sans questions préalables posées à l'utilisateur a fort probablement contribué, en 2010, à l'augmentation importante des divergences non intentionnelles portant sur les médicaments agissant sur le SNC.

En dernier lieu, il est encourageant de constater que le pourcentage des divergences non intentionnelles dont le potentiel de gravité est significatif pour les patients était plus faible en 2010 comparativement à 2008. La sensibilisation des médecins à l'utilité du BCM ainsi qu'à l'utilisation des profils pharmacologiques provenant du secteur privé permettant de limiter les oublis peut expliquer en partie ces résultats.

Une hausse de 175 % des divergences à potentiel sérieux a été observée dans l'étude actuelle malgré une faible différence en valeur absolue. Bien que cette augmentation soit inquiétante, l'attribution d'un potentiel de gravité à une divergence non intentionnelle demeure subjective, puisqu'elle reflète l'analyse personnelle de l'évaluateur. Puisque chacun des pharmaciens engagés dans le projet de 2008 évaluait individuellement le potentiel de gravité de la divergence décelée et que, dans le projet réalisé en 2010, trois pharmaciens ont participé à cette analyse et mis leurs résultats en commun afin d'obtenir un consensus final sur le potentiel de gravité associé à chacune des divergences non intentionnelles découvertes, la hausse observée dans le projet actuel permet de penser que les résultats obtenus en 2008 n'étaient pas représentatifs de la réalité.

Parmi les limites de cette étude, notons le protocole de recherche rétrospectif, puisque des informations pertinentes pouvaient ne pas être inscrites dans les dossiers, ce qui rendait plus difficile l'analyse des données.

En effet, les prescripteurs ne pouvaient être contactés pour qu'ils fournissent des explications sur les actes médicaux posés plusieurs mois auparavant. Cependant, le choix du protocole de recherche rétrospectif permettait d'éviter que le chercheur principal ait à évaluer sa propre intervention, ce qui aurait causé un biais considérable lors de l'analyse des données. De plus, bien que les BCM aient été préalablement classés par ordre alphabétique de noms de famille afin de permettre la sélection de l'échantillon, l'utilisation de la méthode aléatoire à intervalles fixes, ou approche probabiliste systématique, a permis de diminuer les biais de sélection.

Dans un autre ordre d'idées, malgré la participation de trois pharmaciens à l'attribution d'un potentiel de gravité pour toutes les divergences non intentionnelles décelées, cette action demeure très subjective et dépend du jugement clinique de chaque professionnel. Ainsi, une analyse supplémentaire effectuée par un médecin aurait pu permettre une classification plus objective des potentiels de gravité.

Conclusion

L'utilisation du BCM à l'HEJ a permis l'amélioration de la sécurité des soins offerts aux usagers, notamment par la réduction du pourcentage des divergences non intentionnelles. Cependant, une optimisation de son utilisation est nécessaire afin de réduire le taux de divergences par usager, de diminuer davantage le nombre de divergences non intentionnelles, mais aussi d'améliorer le délai de réalisation du BCM. Pour ce faire, la campagne de sensibilisation des différents acteurs du domaine a son utilité et doit être poursuivie à l'aide de conférences, de la diffusion écrite d'informations et de rappels fréquents. Une étude évaluant l'impact clinique de l'implantation du BCM de départ à l'HEJ en relation avec les réhospitalisations pouvant avoir été engendrées par des divergences non décelées sur les prescriptions de départ est actuellement en cours à l'HEJ.

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en lien avec le présent article.

Pour toute correspondance :
Isabelle Couture
Hôpital général de Montréal
1650, avenue Cedar
Montréal (Québec) H3G 1A4
Téléphone : 514 934-1934, poste 43321
Télécopieur : 514 934-8582
Adresse courriel : isabelle.couture@muhc.mcgill.ca

Références

1. Strunk LB, Matson AW, Steinke D. Impact of a pharmacist on medication reconciliation on patient admission to a veterans affairs medical center. *Hosp Pharm* 2008;43:643-9.
2. Pham-Dang M-L, Poulin M-C. Le bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé : Passer du mythe à la réalité. *Pharmactuel* 2009;42:204-7.

3. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N et coll. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004;170:345-9.
4. Schnipper JL, Hamann C, Ndumele CD, Liang CL, Carty MG, Karson AS et coll. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events. *Arch Intern Med* 2009;169:771-80.
5. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med* 2008;23:1414-22.
6. Trousse en avant : Bilan comparatif des médicaments. Prévention des événements iatrogènes médicamenteux. Guide pratique. Mai 2007;13. [en ligne] [http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20\(courte%20durée\)%20Trousse%20En%20avant.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20(courte%20durée)%20Trousse%20En%20avant.pdf) (site visité le 15 octobre 2009).
7. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimmon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006;166:955-64.
8. Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel* 2010;43:188-95.
9. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health-Syst Pharm* 2003;60:1982-6.
10. Campagne « Soins de santé plus sécuritaires maintenant! ». 2010. [en ligne] <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/pages/default.aspx> (site visité le 15 février 2011).

Abstract

Objective: To assess any improvement in the quality and safety of care delivered to users of the *Hôpital de l'Enfant-Jésus* following implementation of the medication reconciliation process in 2008.

Context: Since a clinical project in 2008, no study has been done at the *Hôpital de l'Enfant-Jésus* to determine if invested efforts resulted in improved care to users.

Results: Observed was an increase of 95% in detected intentional deviations and a decrease of 28% in non-intentional deviations as compared to the 2008 project ($p < 0.0001$). With respect to the severity potential of non-intentional deviations, observed was an increase of 69% in those with non-significant potential, a decrease of 40% in those with significant potential, and an increase of 175% in those with serious potential.

Discussion: The improvements observed in 2010 result mainly from the fact that physicians now describe their interventions more frequently and that they more often obtain patient pharmacological profiles from community pharmacies. On the other hand, the higher percentage of potentially serious non-intentional deviations in 2010 as compared to 2008 can be explained by the subjective nature of attributing a severity potential grade to a deviation.

Conclusion: The implementation of the medication reconciliation process at the *Hôpital de l'Enfant-Jésus* did improve safety of care to users.

Key words: medication reconciliation, deviation, medication history, severity potential