

Bilan comparatif des médicaments : Projet-pilote d'implantation aux soins à domicile

Lise Grenier

Résumé

Objectif : Développer un modèle d'organisation des soins permettant la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments dans le cadre des soins à domicile.

Mise en contexte : À l'automne 2010, les quatre Centres de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale se sont réunis afin de parler du bilan comparatif des médicaments. À la suite de cette rencontre, un projet-pilote a été créé pour implanter cette pratique auprès des usagers des soins à domicile.

Résultats : Seize usagers ont participé au projet-pilote. Le meilleur schéma thérapeutique possible a été élaboré pour chacun d'entre eux, les divergences ont été détectées et l'information obtenue a été communiquée au médecin de famille et au pharmacien de l'utilisateur. Cet exercice a demandé aux acteurs de ce projet deux heures trente de travail en moyenne pour chaque usager. La majorité des divergences rencontrées étaient liées au comportement de non-adhésion des usagers.

Discussion : Le projet-pilote a permis la réalisation du meilleur schéma thérapeutique possible adapté aux soins à domicile, mais la résolution des divergences nécessaires à l'achèvement du bilan comparatif des médicaments n'a pu être menée à terme. Le processus actuel est remis en question en ce qui concerne les objectifs recherchés, l'amélioration de la communication et de la sécurité.

Conclusion : Le projet-pilote a convenu à la population ciblée, mais ne s'est pas fait au moment critique d'un changement de médication. Établir la liste des médicaments d'un usager sans analyse ne vaut pas l'investissement en temps requis.

Mots-clés : bilan comparatif des médicaments, soins à domicile, pratique organisationnelle requise

Introduction

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) consiste à réaliser l'histoire pharmacothérapeutique complète d'un usager et à comparer les informations obtenues avec d'autres sources afin d'identifier et de résoudre les divergences. Une divergence est définie par l'Institut

pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) comme un écart entre la liste des médicaments que le patient prend et celle obtenue d'autres sources. Ainsi, ce processus permet de documenter un nombre important de divergences¹. La résolution de celles-ci vise des soins de santé plus sécuritaires et prépare l'utilisateur à fournir une information juste au soignant suivant¹.

Cet article présente les étapes d'implantation et de réalisation des BCM pour les soins à domicile. Les objectifs retenus par l'ensemble des centres de santé et des services sociaux (CSSS) de la Capitale-Nationale et par l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Bridgid's sont de développer un modèle d'organisation des soins permettant la réalisation du BCM dans le cadre des soins à domicile, d'uniformiser les outils de travail, d'évaluer le temps requis à l'élaboration du BCM, de déterminer et de valider les mesures de performance, de rassembler des information sur les obstacles, de formuler des recommandations et finalement de favoriser une culture qui valorise la participation des usagers.

Méthodologie

Population à l'étude

Dans la phase préparatoire, la population cible a été définie comme exposée à un risque élevé de subir un événement indésirable d'origine médicamenteuse. Il fallait aussi prendre en compte la nécessité d'un repérage spécifique que la gestion des médicaments faisait partie des soins. Lors d'une demande de services de soins à domicile, le procédurier ne prévoyait pas ce mode de triage. Étant donné l'absence d'éléments permettant d'identifier notre population cible à partir du guichet d'accès aux soins à domicile, la sélection des usagers sera définie comme l'ensemble des usagers requérant les soins de l'infirmière premier évaluateur. Cette dernière intervient auprès d'une population complexe, ayant un profil gériatrique, par exemple en perte d'autonomie liée au vieillissement, encore inconnue du service des soins à domicile et consommant cinq médicaments ou plus.

Les critères d'inclusion dans la population à l'étude se résumaient à l'inscription des quinze premiers usagers

Lise Grenier, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne, adjointe clinique au Département de pharmacie, CSSS de la Vieille- Capitale

confiés à l'infirmière premier évaluateur et pour lesquels on prévoyait plus d'une visite à domicile, exception faite des cas de soins palliatifs. Les territoires de trois centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été choisis. De plus, un de ces territoires est aussi l'hôte du projet-pilote du Dossier santé Québec. Voulant bénéficier de cette nouvelle technologie de l'information, nous avons entrepris des démarches pour avoir accès au Dossier santé Québec. Malheureusement, cet accès nous a été refusé.

Nous avons donc convenu que l'infirmière premier évaluateur produirait une liste complète de tous les médicaments de l'utilisateur en réalisant une histoire de la médication prescrite ou non, consommée de façon régulière ou au besoin. Ceci correspond à l'élaboration du meilleur schéma thérapeutique possible¹. Trois infirmières devaient chacune réaliser hebdomadairement et pendant cinq semaines le meilleur schéma thérapeutique possible pour un usager, une fréquence estimée optimale pour la durée du projet. À la demande des membres du comité du « BCM pour les soins à domicile », quelques usagers participant au projet novateur « Habitation vivre chez soi » se sont ajoutés à la cohorte. Finalement, seize usagers ont participé au projet-pilote.

Variables à l'étude

Les variables étudiées sont le taux d'utilisateurs ayant au moins une divergence, le pourcentage de divergences découvertes selon le type, la gravité des divergences, le temps moyen nécessaire à l'établissement du meilleur schéma thérapeutique possible et le degré de satisfaction des infirmières premiers évaluateurs.

Collecte des données

De nouveaux outils de travail ont été mis en place afin de faciliter la collecte de données, et un formulaire du meilleur schéma thérapeutique possible a aussi été mis à l'essai. De plus, un formulaire de demande de consentement de la transmission du profil pharmaceutique de la pharmacie privée a été créé. Une démarche de travail a aussi été proposée et mise en œuvre, dont voici la séquence.

Avant la visite au domicile de l'utilisateur, l'infirmière premier évaluateur contacte l'utilisateur pour fixer un rendez-vous. Dès le premier entretien téléphonique, l'infirmière invite l'utilisateur à préparer la liste de ses médicaments (avec, au besoin, l'aide d'un proche) et à rassembler ses flacons, son pilulier, ses vitamines et ses produits de santé naturels avant leur rencontre. L'infirmière commence par obtenir le consentement verbal de l'utilisateur en vue d'obtenir son profil pharmaceutique de sa pharmacie. Ce consentement sera signé à la première visite². Le profil obtenu servira de référence de base pour bâtir le meilleur schéma thérapeutique possible.

Au moment de la première et de la deuxième visite à domicile, l'infirmière premier évaluateur explique à nouveau les raisons de l'entrevue portant sur les médicaments et la durée probable de celle-ci. Elle précise que l'entrevue a lieu afin d'obtenir le nom des médicaments et la façon dont l'utilisateur les consomme. Elle utilise un guide d'entrevue favorisant une approche systématisée. Si cela est possible, l'infirmière utilise plus d'une source d'information pour établir le meilleur schéma thérapeutique possible. En plus du profil pharmaceutique de la pharmacie, elle utilise le BCM au congé de l'hôpital s'il y a lieu, les flacons de médicaments ou le pilulier, le carnet de santé et, bien sûr, l'entrevue. Elle inscrit sur le formulaire du meilleur schéma thérapeutique possible la liste des médicaments prescrits, des médicaments en vente libre, des produits de santé naturels, des échantillons, etc. L'infirmière recherche les divergences entre les médicaments listés au profil pharmaceutique obtenu de la pharmacie privée ou des autres sources et ce qui est réellement consommé par l'utilisateur. Elle amorce la résolution des divergences avec l'utilisateur si cela est possible ou avec le pharmacien de l'utilisateur si cela s'avère pertinent, comme lorsqu'elle ne retrouve pas dans le profil un médicament encore actif et prescrit au besoin. Avant de quitter l'utilisateur, l'infirmière souligne l'importance de maintenir à jour sa liste de médicaments (culture de participation) et elle valide le consentement de l'utilisateur pour permettre la transmission de l'information consignée au formulaire du « Meilleur schéma thérapeutique possible » au pharmacien et au médecin de famille.

De retour au CLSC, l'infirmière premier évaluateur avise le pharmacien de l'utilisateur, le médecin ou l'infirmière de la clinique médicale qu'une liste à jour de la médication consommée par l'utilisateur leur sera transmise au moyen du formulaire « Meilleur schéma thérapeutique possible ». Elle précise les situations qui demandent une clarification et invite le médecin à les résoudre. Finalement, elle note au dossier de l'utilisateur les mesures prises et encode l'indicateur de performance dans le système informatique soit, intervention achevée au début des services, « Meilleur schéma thérapeutique possible » rempli.

À la visite suivante au domicile de l'utilisateur, l'infirmière premier évaluateur confirme la résolution des divergences le cas échéant, communique la liste des médicaments à jour à l'utilisateur ou à son proche aidant et s'assure que celui-ci comprend les changements qui ont été apportés à sa pharmacothérapie s'il y a lieu. Si tel est le cas, un autre indicateur de performance est encodé soit, BCM terminé au début des services.

Comme l'élaboration du meilleur schéma thérapeutique possible suppose une entrevue structurée et systématisée, il a fallu statuer sur la formation à offrir dans ce contexte d'histoire médicamenteuse la plus exhaustive et précise possible. Une pharmacienne d'expérience a

accompagné les infirmières dans cet exercice en présentant la démarche, en dirigeant l'entrevue une première fois puis en supervisant l'infirmière auprès de l'utilisateur suivant.

Résultats

Seize personnes ont reçu notre visite, dont quatorze aux soins à domicile et deux à « Habitation vivre chez soi ». Il s'agit de treize femmes et de trois hommes. L'âge des participants varie de 68 à 103 ans, pour une moyenne et une médiane superposables de 82 ans.

Les résultats présentés ont été analysés en fonction des mesures de qualité proposées par Agrément Canada, comme le pourcentage d'utilisateurs admissibles ayant bénéficié du meilleur schéma thérapeutique possible. De plus, tel que le proposent les documents d'ISMP Canada, des mesures de processus et de résultats ont été comptabilisées dans le présent projet et sont présentées au tableau I¹.

Mesures de processus

Tous les utilisateurs participant au projet ont accepté l'entrevue et la réalisation du meilleur schéma thérapeutique possible. Le temps moyen pour mener l'exercice à son terme a été de 150 minutes. Il a fallu 25 minutes à l'infirmière premier évaluateur pour prendre connaissance du dossier de l'utilisateur et pour établir le premier contact téléphonique. Au domicile, l'entrevue a demandé une moyenne de 50 minutes. Puis, l'achèvement du processus réalisé par l'infirmière premier évaluateur et par la pharmacienne désignée à ce projet a demandé 75 minutes. Il s'agissait de revoir l'ensemble des divergences décelées, de remplir le formulaire du « Meilleur schéma thérapeutique possible » et de communiquer l'information au pharmacien et au médecin de famille de l'utilisateur. La pharmacienne du projet apporte son soutien dans

l'identification des divergences requérant ses compétences : duplication, interactions médicamenteuses, doses et présence d'un effet indésirable potentiel.

Mesures de résultats

Pour les seize utilisateurs participant à l'étude, on a dénombré un total de 309 médicaments pour une moyenne de 19,3 médicaments par utilisateur. Le profil des médicaments de la pharmacie privée a servi de référence permettant la comparaison avec la consommation médicamenteuse réelle de l'utilisateur. Tous les meilleurs schémas thérapeutiques possibles présentaient au moins une divergence. Le tableau II présente une description des types de divergences.

En tenant compte des types de divergences proposés dans le document intitulé « BCM en soins à domicile, Trousse en Avant ! » de l'ISMP Canada¹, la pharmacienne du projet a détecté quinze divergences de type A6, plus précisément des interactions médicamenteuses inconnues de l'infirmière premier évaluateur. Le taux de divergences détecté s'élève à 30,4 %. Exception faite des interactions, le taux de divergences obtenu est de 25,6 %. La description des divergences est présentée dans le tableau III selon la classification de la gravité des erreurs médicamenteuses développée par Overhage et Lukes³. Des soixante-dix-neuf (79) divergences décrites, les interactions médicamenteuses non comprises, onze (14 %) sont classées sérieuses, et parmi celles-ci, sept (64 %) ont été détectées par la pharmacienne et quatre (36 %) par l'infirmière premier évaluateur. Les erreurs dites significatives (54,4 %) sont majoritairement (72 %) des situations de non-adhésion au traitement.

Discussion

La première étape de ce projet consistait à cibler une population où le risque d'une erreur médicamenteuse

Tableau I : Mesures de processus et résultats¹

Type de Mesure	Description	Mesure
PROCESSUS MESURE-1	% d'utilisateurs admissibles ayant eu un MSTP et dont les divergences ont été communiquées	16 utilisateurs = 100 %
PROCESSUS MESURE-2	Temps moyen pour mener le MSTP à terme	Infirmière : 120 min Pharmacien : 30 min Total : 150 min (2,5 h)
RÉSULTAT MESURE-3	% d'utilisateurs admissibles ayant au moins une divergence	16 utilisateurs = 100 %
RÉSULTAT MESURE-4	% de divergences identifiées selon le type	94/309 = 30,4 % (y compris les interactions médicamenteuses) 79/309 = 25,6 % (sans les interactions médicamenteuses)

MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible; % = pourcentage

Tableau II : Catégories de divergences

CATÉGORIES DE DIVERGENCES		Type de divergence (Code)	Nombre de divergences* n = 94	Nombre de divergences* n = 79
A	MÉDICAMENT	A1 Prend un médicament non prescrit	6 (6,4 %)	6 (7,6 %)
		A2 Cesse de prendre un médicament prescrit	18 (19,1 %)	18 (22,8 %)
		A3 Un MVL n'est pas pris selon l'indication	1 (1,1 %)	1 (1,3 %)
		A4 Allergie	0	0
		A5 Duplication	0	0
		A6 Interaction de médicaments	15 (16,0 %)	0
		A7 Forme pharmaceutique prise différente de l'ordonnance	0	0
B	DOSE	B1	4 (4,2 %)	4 (5,0 %)
C	VOIE D'ADMINISTRATION	C1	0	0
D	FRÉQUENCE	D1	35 (37,2 %)	35 (44,3 %)
E	AUTRES	E1 Ex. OPNA, effet indésirable médicamenteux	15 (16,0 %)	15 (19,0 %)

MVL = médicament en vente libre; OPNA = ordonnance potentiellement non appropriée

* : y compris les interactions médicamenteuses; + : sans les interactions médicamenteuses

liée aux divergences entre des sources d'information est élevé. Un de ces moments est celui où la médication d'un usager est changée. Parallèlement, la population âgée polymédicamentée, qui voit sa thérapie médicamenteuse modifiée au moment d'une hospitalisation, par exemple, est reconnue par Foster et ses collaborateurs comme une population exposée au risque de présenter des événements indésirables lors du congé de l'hôpital⁴. Mais comment, de façon reproductible, sélectionner les membres de la population à risque dans le contexte des soins à domicile? C'est pourtant par là qu'il faut commencer si l'on veut obtenir un dénominateur commun si cher à la statistique. Cette étape, *a priori* simple et élémentaire, reste aujourd'hui encore la plus laborieuse si l'on veut en arriver à un processus clair.

Le BCM est une pratique organisationnelle requise de communication et dans la définition du BCM aux soins à domicile, il est bien précisé de « s'assurer du transfert complet et exhaustif de l'information sur les médicaments aux interfaces de soins au moment où il y a un risque de divergences »⁵⁻⁶. Mais qu'est-ce qu'une interface de soins ? Une occasion d'améliorer la communication

au moyen du BCM dans un contexte de changements et, dans la situation qui nous préoccupe, de changements de médication⁵⁻⁶. Ajoutons à ceci le test de conformité d'Agrément Canada, qui se lit comme suit : « L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au début des services quand la gestion des médicaments fait partie des soins⁷. »

Dans ce projet-pilote, nous sommes au moment d'une interface de soins (usager en perte d'autonomie, nouvellement inscrit au service des soins à domicile), la gestion des médicaments fait partie des soins, mais il n'y a pas eu de changements récents dans la médication. Ceci explique pourquoi les divergences rencontrées sont majoritairement liées au comportement intentionnel de l'utilisateur plutôt qu'à des divergences liées à la transmission ou à la compréhension de nouvelles consignes à propos des médicaments. Le meilleur schéma thérapeutique possible n'est pas une valeur ajoutée dans ce contexte, puisque l'adhésion au traitement est déjà une préoccupation inhérente au travail actuel de tous les soignants, et les différentes approches pour améliorer cette situation sont d'un autre ordre. Il faut tenir compte de l'aspect

Tableau III : Gravité des divergences

Gravité ³	Nombre n = 79	Description
Potentiellement mortelles	0	Aucune
Sérieuses	11 (14,0 %)	Infirmières : Benzodiazépines (3 cas) : Prescription au besoin mais consommation régulière Atropine gouttes ophtalmiques (1 cas) : En main, mais pas au profil pharmacologique Pharmacienne : Effets indésirables potentiels (5 cas) : 2 quinine 300 mg : usage chronique par habitude, une toux avec un ARA, une ↑ récente de la dose de théophylline de 30 % sans dosage prévu, 1 arrêt nitroglycérine timbre avec ↑ de la consommation de nitroglycérine S/L Bisphosphonate (1 cas) : En mangeant le midi Glucosamine (1 cas) : Consommation dépendant du prix de vente par une personne sous anticoagulant
Significatives	43 (54,4 %)	Interruption sur ordre verbal d'un spécialiste à l'utilisateur (1 cas) : Prégabaline Abandon de médicaments par l'utilisateur (5 cas) : 1 antibiotique, 1 opioïde, 3 inhalateurs ↑ dose : Ordre téléphonique du médecin à l'utilisateur (3 cas) : 2 inhalateurs : Pulmicort ^{md} , Oxeze ^{md} , 1 sennoside ↑ dose par usager (2 cas) : 1 nitroglycérine S/L, 1 acétaminophène ↓ dose par usager (1 cas) : 1 Advair ^{md} Non-adhésion : (31 cas)
Mineures	25 (31,6 %)	Ajout volontaire d'un médicament par l'utilisateur (4 cas) : (Larmes artificielles (3), vitamines (1)) Médicaments inscrits au profil pharmacologique mais non utilisés (11 cas) : Laxatifs (4), acétaminophène (7) Médicaments pris au besoin non inscrits au profil : (10 cas)

ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, S/L : sous la langue, ↑ : augmentation, ↓ : diminution

cognitif, comportemental, social et environnemental de l'individu⁸⁻⁹.

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, un des moments critiques pour la population âgée est le retour à domicile après une hospitalisation où des changements sont souvent apportés dans la thérapie médicamenteuse¹⁰. Toutefois, cette population n'est pas systématiquement dirigée vers le service des soins à domicile. Faute de ressources, les demandes de soins à domicile à partir d'une demande de services interétablissements sont souvent consacrées à des techniques de soins, telles que perfusions, injections, sondes urinaires, soins de plaies complexes et pompes à pression.

Les usagers risquant de subir des événements indésirables dus aux médicaments, telle la personne âgée hospitalisée pour un diabète débalancé, une décompensation respiratoire ou pour un épisode d'insuffisance cardiaque, sont sous-représentés dans la population bénéficiant de soins à domicile au moment critique du retour à la maison, alors que la thérapie médicamenteuse a été modifiée.

Une autre difficulté a été la confusion, encore une fois, entourant l'interprétation de l'énoncé retrouvé dans le cahier de normes d'Agrément Canada, qui dit que « Le BCM est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Des preuves démontrent que le BCM permet de réduire les risques d'anomalies liées aux médicaments, telles que les omissions, les doubles prescriptions et les erreurs de dosages. Identifier les divergences diminue le risque de potentiels accidents ou événements indésirables liés à la médication⁷. »

Par ailleurs, qui d'entre nous maîtrise parfaitement les différences entre événements indésirables médicamenteux, effets indésirables médicamenteux et erreurs médicamenteuses? Pourtant, il existe une distinction d'importance majeure. L'événement indésirable médicamenteux est défini comme un préjudice non intentionnel résultant d'une intervention médicale liée à un médicament. Cette définition inclut les effets indésirables et les erreurs. Les effets indésirables médicamenteux, tels les effets secondaires, les allergies, les réactions toxiques ou l'idiosyncrasie, peuvent survenir lorsque des médicaments sont utilisés dans des conditions normales, et ils

se distinguent par leur caractère imprévisible. L'erreur médicamenteuse, quant à elle, survient au moment de la prescription, comme une mauvaise transcription, une double prescription ou une omission, et aussi lors des pratiques, des procédures ou de l'utilisation; incidents/accidents dans l'administration, procédures de distribution; étiquetage, emballage, information ou compréhension insuffisante, utilisation inappropriée, suivi inadéquat. L'erreur médicamenteuse est évitable, mais ne suppose pas d'emblée un effet indésirable.

En définitive, l'analyse du profil pharmacologique visant à individualiser la thérapie médicamenteuse par l'ajustement des doses, par l'adjonction d'une note explicative aux ordonnances potentiellement non appropriées, par la gestion des interactions, par la prise en compte des préférences de la personne pour une meilleure adhésion (choix de l'horaire, de la voie d'administration du médicament, ex. comprimé ou timbre) a été attestée comme une pratique « sécuritaire » qui diminue le nombre d'effets indésirables médicamenteux (chutes, fractures, pertes cognitives), de réhospitalisations, de consultations médicales, le taux de morbidité et de mortalité¹¹.

En contrepartie, l'étude de Hansen et coll. a démontré qu'il n'existe pas d'association entre les réadmissions à l'hôpital et le BCM visant la détection et la résolution des divergences¹². Bookvar et coll. concluent que les résultats de leur étude appuient en partie les organisations pour la sécurité des patients, qui affirment que les divergences médicamenteuses documentées sont une mesure d'efficacité du BCM¹³. Moins de 5 % des divergences causent des événements (non pas des effets) indésirables médicamenteux¹⁴. Une seule étude avec un pharmacien réalisant un BCM au congé de l'hôpital a démontré que la « réconciliation » médicamenteuse a réduit le nombre de visites médicales durant les 30 jours qui ont suivi l'hospitalisation, mais n'a pas réduit le nombre de réadmissions ni amélioré l'état de santé général des patients¹⁵. Donc, améliorer uniquement la justesse de la liste des médicaments ne réduit pas significativement les effets indésirables médicamenteux ni n'améliore l'état de santé des patients sans un processus de révision du profil médicamenteux (soins pharmaceutiques) réalisée en collaboration interprofessionnelle. L'obtention d'une liste exacte est un début (initiative), mais c'est insuffisant pour améliorer la sécurité et ce procédé est étonnamment complexe¹⁶.

Les termes « erreurs médicamenteuses » et « divergences » sont incomplets pour décrire les événements indésirables médicamenteux. Les divergences sont très fréquentes et causent rarement des effets nuisibles^{14,17-18}. Une mesure de qualité doit avoir un lien fort avec l'objectif de santé et doit cibler les patients exposés à un risque important. Une divergence n'est pas une mesure de santé, c'est le résultat de la communication¹³.

Tout ce que nous pouvons dire est que la communication est l'un des facteurs qui influencent la sécurité. Le manque de communication ne touche pas seulement les erreurs dans la liste des médicaments mais aussi le suivi médical à accorder de manière approfondie¹⁹. Le projet-pilote corrobore cette observation, car les divergences importantes et les interactions médicamenteuses significatives relevées résultent d'une étude critique de l'ensemble de la médication. Même s'il existe peu de données probantes portant sur les améliorations cliniques résultant du BCM, cette pratique est néanmoins une obligation imposée par nos organismes d'accréditation, et elle est même qualifiée de mesure de sécurité pour les usagers.

L'obligation de maintenir un meilleur schéma thérapeutique possible à jour est un processus dynamique. La liste de médicaments change souvent et devient rapidement obsolète. Pour que la communication de l'information soit efficace, elle doit être à jour en temps réel⁶. Chaque établissement de santé tente la mise en place de programmes informatisés, qui ne répondent pas aux besoins en soins de première ligne, de telle sorte qu'il nous faut réaliser le meilleur schéma thérapeutique possible en faisant des retranscriptions à la main, en communiquant par télécopieur de nombreuses feuilles qui alourdissent les dossiers et qui sont même parfois contestées aux archives et dans les cliniques médicales. Les technologies de l'information sont indispensables à la réalisation du BCM, car il faut n'avoir qu'une seule source d'information fiable rapportant les ordonnances médicamenteuses pour ensuite la comparer à la consommation réelle de l'utilisateur. Les supports informatiques soutenant les professionnels de la santé pour la mise à jour du dossier des médicaments des usagers en temps réel ne sont actuellement pas disponibles (Dossier santé Québec, prescripteur électronique).

L'utilisateur lui-même est le seul trait d'union possible entre tous les professionnels de la santé de son cercle de soins. Aucun des usagers rencontrés ne s'est montré sensible à l'importance d'une liste de médicaments à jour en tout temps. À l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, seul un usager sur dix se présente à l'urgence avec une liste de médicaments à jour²⁰. Les usagers ont un rôle majeur à jouer dans les soins qu'ils reçoivent. Le degré de connaissance du patient ou de sa famille est essentiel. Les différents paliers de gouvernement ont une contribution à fournir quand il s'agit de sensibiliser l'ensemble de la population. Les établissements de santé de première ligne ont été tenus de passer à l'action avant la communication et la sensibilisation, tant auprès des usagers que des prescripteurs et des autres partenaires.

Élaborer un BCM pour les soins à domicile est un processus complexe et exigeant. Notre expérience a permis la réalisation et la communication du meilleur schéma thérapeutique possible, mais pas d'un BCM complet,

Figure 1 : Outil d'identification des usagers bénéficiant de soins à domicile nécessitant un BCM

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Cochez toutes les cases (facteurs de risque) se rapportant à l'utilisateur :

Bloc 1 : Formulaire DSIE	
DSIE remplie pour SOINS À DOMICILE	

Bloc 2 : Âge (ans)	
65-74	
75-84	
≥ 85	

Bloc 3 : Nombre de médicaments au congé de l'hôpital (sur la DSIE)	
5	
6	
7	
≥ 8	

Bloc 4 : Motif principal d'hospitalisation	
Fracture ou chirurgie orthopédique	
Insuffisance cardiaque	
Infarctus du myocarde	
Diabète débalancé ou nouvellement diagnostiqué	
Accident vasculaire cérébral	
Problèmes respiratoires (décompensation, infection)	
Confusion, <i>delirium</i>	

Bloc 5 : Médicaments de niveau d'alerte élevé prescrits au congé de l'hôpital	
Anticoagulant(s)	
Trois médicaments ou plus pour le traitement des maladies cardiovasculaires incluant : Antihypertenseurs, antiarythmiques, hypolipémiants, AAS ou autres antiplaquettaires, digoxine, diurétiques	
Médicaments pour le traitement du diabète	
Médicaments pour le traitement du cancer	
Médicaments anticonvulsivants	
Médicaments à index thérapeutique étroit : théophylline, lithium, clozapine (pour son suivi)	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	
Opioides	
Antidépresseurs dont la prise a débuté à l'hôpital	

DSIE : demande de services interétablissements; SAD : soins à domicile; BCM : bilan comparatif des médicaments. Si vous obtenez au moins un crochet dans chacun des blocs, un BCM doit être réalisé. Autorisation obtenue des CSSS pour reproduction.

puisque la résolution des divergences n'a pas été menée à terme faute de temps pour sensibiliser et mobiliser la communauté médicale de première ligne face aux impératifs qu'exige cette nouvelle priorité. Cette façon de faire nous mène à l'échec, car elle crée des incompréhensions, voire même des frustrations. N'oublions pas que nos partenaires du secteur privé sont peu sensibilisés au concept du BCM et qu'ils revêtent pourtant une importance capitale dans les soins et les suivis de première ligne. De plus, la résolution des divergences demande du temps, cet investissement doit être reconnu. Rémunérer le médecin de famille pour le temps accordé à la résolution des divergences rencontrées dans la réalisation du BCM est un moyen à envisager pour soutenir l'adoption et l'efficacité de ce processus.

Quant à la satisfaction des infirmières premiers évaluateurs, elles disent avoir apprécié l'expérience. Elles reconnaissent d'abord que le temps investi est énorme et qu'il faudra restreindre d'autres soins infirmiers pour arriver à satisfaire à ces nouvelles exigences. Elles veulent donc avoir l'assurance que les avantages seront substantiels du point de vue de la sécurité des patients. Elles affirment que leurs compétences sont mal utilisées lorsqu'elles sont invitées à remplir le formulaire du meilleur schéma thérapeutique possible, tel qu'il est présenté dans ce projet-pilote. Elles apprécieraient, comme professionnelles de la santé, avoir accès à une liste des médicaments à jour, mais ne veulent pas jouer un rôle d'agent de recherche pour obtenir cette liste²¹.

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît souhaitable de poursuivre les travaux en favorisant d'abord les canaux interorganisationnels, notamment les transferts des usagers d'un établissement à un autre. La demande de services interétablissements devient le point de départ (interface de soins) pour repérer notre population cible nécessitant des soins à domicile²². À l'aide d'une grille, le personnel situé au point de chute de la demande de services interétablissements de soins à domicile précisera la présence ou non de facteurs de risque liés aux événements indésirables médicamenteux : âge, nombre de médicaments, motif principal d'hospitalisation et médicaments qui risquent davantage de produire des effets indésirables. Par exemple, certains médicaments ont une valeur prédictive sur l'apparition d'un effet indésirable médicamenteux, citons entre autres les anticoagulants, les analgésiques narcotiques et les médicaments pour le diabète^{12-13, 23-29}. En présence d'un résultat positif, une infirmière et une pharmacienne collaboreront à l'élaboration du meilleur schéma thérapeutique possible puis du BCM de cet usager. L'automne 2011 sera une période d'essai d'une grille de repérage présentée à la figure 1 afin de circonscrire plus efficacement une population cible².

Conclusion

Le projet-pilote d'implantation du BCM aux soins à domicile, tel que nous l'avons mené, a touché des populations vulnérables, mais ne s'est pas fait au moment critique du changement de médication. L'inventaire de la médication sans analyse ne vaut pas l'investissement de temps accordé pour assurer une amélioration de la sécurité des usagers. Le processus actuel ne facilite pas le continuum de soins étant donné l'ajout de formulaires, la multiplication des téléphones et des télécopies et l'incompréhension entourant tout ce remous. Un programme conjoint infirmière-pharmacien dans les groupes de médecins de famille est une des clés souvent retenue pour assurer un suivi efficace des changements intentionnels apportés à la médication prescrite à l'hôpital^{24-25,30}. Pour réussir, il faut donc renforcer les principes d'une approche multidisciplinaire et d'une collaboration interprofessionnelle.

La mise en œuvre d'un tel changement doit se faire à l'échelle nationale. Il existe une interdépendance indubitable entre les différents ministères de la Santé, fédéral et provincial, et les professionnels de la santé des secteurs publics et privés. Pour un BCM réussi, les échanges à tous les niveaux sont indispensables afin de coordonner les actions de chacun vers une priorité commune, si tel est le but visé. La notion de responsabilité partagée s'applique aussi au secteur gouvernemental. L'implantation des nouvelles technologies de l'information, l'intégration des rôles élargis qui tiennent compte du secteur privé, la rémunération des professionnels de façon à faciliter le déploiement des compétences de chacun sont des obstacles que l'on rencontre au quotidien.

Remerciements

Des remerciements sincères et remplis de cordialité aux différentes directions des CSSS de Charlevoix, de Portneuf, de Québec-Nord, de la Vieille-Capitale et de l'hôpital Jeffery Hale-Saint-Bridgid's. Un merci chaleureux aux infirmières premiers évaluateurs pour leur collaboration inestimable.

Déclaration de l'auteur

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Pour toute correspondance :
Lise Grenier, adjointe clinique
Département de pharmacie
CSSS de la Vieille-Capitale
Édifice Christ-Roi
900, boulevard Wilfrid-Hamel
Québec (Québec) G1M 2R9
Téléphone : 418 682-1711, poste 2322
Télécopieur : 418 682-1730
Courriel : lise.grenier@csssvc.qc.ca

Références

1. Campagne québécoise : Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé. La Trousse «En Avant» août 2010. Bilan comparatif des médicaments en soins à domicile. ISMP Canada, Von Canada, CPSI-ICPS 2010;78.
2. Réalisation du bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé québécois. Guide produit par le groupe de travail sur le bilan comparatif des médicaments de l'Association des pharmaciens des établissements de santé (APES) du Québec, 2009;82.
3. Overhage JM, Lukes A. Practical, reliable, comprehensive method for characterizing pharmacists' clinical activities. *Am J Health-Syst Pharm* 1999;56:2444-50.
4. Foster 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.
5. Conrad D, SHN! Medication reconciliation in home care, pilot project, VON Canada, Oct. 2009;43.
6. ISMP Canada, BCM aux soins à domicile. Programme d'apprentissage virtuel sur le bilan comparatif des médicaments en soins à domicile : Série d'actions virtuelles, 5 séances d'apprentissage de 90 minutes chacune à l'automne 2010.
7. Programme QMentum. Normes;Soins et services à domicile. Agrément Canada, Février 2011;39.
8. Mayer C. La non-adhésion au traitement: une perspective psychologique et communicationnelle. Le conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie 2007 (août).
9. Hugues CM. Medication non-adherence in the elderly. *Drugs Aging* 2004;21:793-811.
10. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies. *Arch Intern Med* 2005;165:1842-47.
11. Hanlon TJ, Pieper CF, Hajjar ER, Sloane RJ, Lindblad CI, Ruby CM. Incidence and predictors of all and preventable adverse drug reactions in frail elderly persons after hospital stay. *J Gerontol* 2006;61A:511-5.
12. Hansen LO, Strater A, Smith L, Lee J, Press R, Ward N et coll. Hospital discharge documentation and risk of rehospitalisation. *BMJ Qual Saf* 2011;20:773-8.
13. Bookvar KS, Liu S, Goldstein N, Nebeker J, Siu A, Fried T. Prescribing discrepancies likely to cause adverse drug events after patient transfer. *Qual Saf Health Care* 2009;18:32-6.
14. Bookvar KS, Blum S, Kugler A, Livote E, Mergenhagen KA, Nebeker JR et coll. Effect of admission medication reconciliation on adverse drug events from admission medication changes. *Arch Intern Med* 2011;171:860-61.
15. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care. *Arch Intern Med* 2006;166:955-64.
16. Bayoumi I, Howard M, Holbrook AM, Schabert I. Interventions to improve medication reconciliation in primary care. *Ann Pharmacother* 2009;43:1667-75.
17. Varkey P, Cunningham J, Bisping S. National patient safety goal: Improving medication reconciliation in the outpatient setting. *JT Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33:286-92.
18. Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R, Hansen MA, Scheitel SM. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. *Qual Saf Health Care* 2007;16:90-4.
19. Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care* 2008;17:71-5.
20. Metras ME, Dupont I. L'importance d'une liste de médicaments conforme lors d'une hospitalisation. *Québec Pharmacie* 2011;58:37-9.
21. Lang A, Edwards N, Fleischer A. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *Int J Qual Health Care* 2008;20:130-35.
22. Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:556-57.
23. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E et coll. Patient safety: Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003;348:1556-64.
24. Setter SM, Corbett CF, Neumiller JJ, Gates BJ, Sclar DA, Sonnett TE. Effectiveness of a pharmacist-nurse intervention on resolving medication discrepancies for patients transitioning from hospital to home health care. *Am J Health-Syst Pharm* 2009;66:2027-31.
25. Willis JS, Hoy RH, Jenkins WD. In-home medication reviews: A novel approach to improving patient care through coordination of care. *J Community Health* 2011;36:1027-31.
26. Meredith S, Feldman P, Frey D, Giammarco L, Hall K, Arnold K et coll. Improving medication use in newly admitted home healthcare patients: A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1484-91.
27. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D et coll. Results of the medications at transitions and clinical handoffs (MATCH) study: An analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med* 2010;25:441-7.
28. 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: A cluster-randomized trial. *Arch Intern Med* 2009;169:771-80.
29. Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ* 2002;324:584-7.
30. Bailey AL, Moe G, Moe J, Oland R. Implementation and evaluation of a community-based medication reconciliation (CMR) system at the hospital-community interface of care. *Healthc Q* 2009;13:91-7.

Medication reconciliation: Implementation of a pilot project for home care

Abstract

Objective: To develop an organizational model of care allowing the implementation of medication reconciliation in the context of home care.

Context: During fall 2010, the four *Centres de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale* met to discuss medication reconciliation. Following this meeting, a pilot project was created to implement this practice for homecare patients.

Results: Sixteen patients participated in the pilot project. The best possible therapeutic scenario was developed for each patient, discrepancies were detected, and the information obtained was transferred to the patient's pharmacist and family physician. This exercise required on average 3.5h of work by project members per patient. The majority of discrepancies that were noted were related to patient non-compliance.

Discussion: In this pilot project, the best possible therapeutic scenario adapted to home care was developed, but the resolution of discrepancies necessary to finalize medication reconciliation was not completed. This calls into question the actual process with regards to its objectives, that is, improvement of communication and safety.

Conclusion: The pilot project was appropriate for the target population but was not done at the critical moment of a change in medication. To establish a patient's list of medications without further analysis is not worth the time invested.

Key words: medication reconciliation, home care, required organizational practices