

Effets de l'histoire médicamenteuse et de la prescription d'appoint par le pharmacien

Texte rédigé par **Alexia Schott**, étudiante en 5^e année de pharmacie, Université de Lyon, et **Jean-François Bussièrès**, B. Pharm., M. Sc., MBA, FCSHP, chef du département de pharmacie et de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine, professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal.

Texte original soumis le 12 avril 2012.

Texte final remis le 8 mai 2012.

Révision : Nicolas Paquette-Lamontagne, B. Pharm., M. Sc., MBA, PMP.

Objectifs

Évaluer les retombées de l'histoire médicamenteuse et de la prescription d'appoint par le pharmacien.

Plan de l'étude

Essai contrôlé à répartition aléatoire avec trois groupes parallèles (soins usuels, histoire médicamenteuse par un pharmacien, histoire médicamenteuse et prescription d'appoint par un pharmacien).

Lieu

Hôpital de soins tertiaires de 750 lits en Nouvelle-Zélande.

Participants

L'étude a été réalisée au sein des unités de chirurgie. Ont été inclus tous les patients admis dans ces unités de novembre 2008 à mars 2009. Les patients ont été répartis de façon aléatoire entre les trois groupes, à partir d'une liste aléatoire générée par ordinateur, par blocs de 60.

Interventions

Le groupe « soins usuels » inclut la présence d'un médecin et d'une infirmière, et l'histoire médicamenteuse est réalisée par le médecin pré- ou post-chirurgie. Le groupe « histoire médicamenteuse par un pharmacien » inclut la présence décentralisée d'un pharmacien, tandis que le groupe « histoire médicamenteuse et prescription d'appoint par un pharmacien » inclut la présence décentralisée d'un pharmacien ayant le droit de prescrire toute ordonnance requise. Dans le cas de la prescription d'appoint, le pharmacien peut recourir à des protocoles préapprouvés par l'équipe médicale, précisant notamment les médicaments devant être cessés ou ajustés avant la chirurgie. Toutefois, les nouvelles ordonnances péri- ou post-chirurgie sont rédigées par le médecin.

Paramètres évalués

L'étude a comparé le nombre de doses de médicaments omises durant le séjour entre les trois groupes étudiés. De plus, elle a vérifié si la prescription d'appoint par le pharmacien pouvait réduire le nombre de médicaments, saisis à la feuille d'administration de médicaments, comportant une dose ou une posologie incorrecte, ainsi que le nombre de doses de médicaments omises en postopératoire. Les données ont été recueillies après le congé du patient par un assistant de recherche, à partir du dossier papier et électronique de chaque patient. Dans les trois groupes, on a comparé la liste active des médica-

ments aux données du dossier. De plus, on a établi le meilleur schéma thérapeutique à partir des données recueillies auprès du patient et de listes télécopiées par le pharmacien d'officine et le médecin de famille. Les données ont été analysées à l'aide de l'approche « intention de traiter ».

Résultats

Au total, 357 patients ont été recrutés, soit 118 dans le groupe « soins usuels », 119 dans le groupe « histoire médicamenteuse par un pharmacien » et 120 dans le groupe « histoire médicamenteuse et prescription d'appoint par un pharmacien ». Les trois groupes étaient comparables en ce qui concerne l'âge, le sexe, le temps médian en préadmission, le nombre médian d'admissions durant les 12 mois en préchirurgie et le nombre médian de médicaments pris régulièrement en préchirurgie. On a calculé les retombées de l'histoire médicamenteuse et de la prescription d'appoint par le pharmacien auprès de 109, 109 et 112 patients respectivement.

En comparant les trois groupes étudiés, le nombre moyen de doses de médicaments omises durant le séjour est respectivement de 3,21, 3,30 et de 1,7 ($p < 0,001$). De plus, le nombre moyen de médicaments documentés à dose incorrecte est respectivement de 0,48, 0,12, et 0,002 ($p < 0,001$), tandis que le nombre moyen de médicaments documentés à posologie incorrecte est respectivement de 0,29, 0,01 et 0,015 ($p < 0,001$). Les auteurs notent un nombre significativement moins élevé de doses omises pour les bêtabloquants et les statines chez les patients du troisième groupe.

Conclusion

Les auteurs concluent que le modèle reposant sur la réalisation d'histoires médicamenteuses assorties d'une prescription d'appoint par le pharmacien est plus efficace que la seule réalisation d'histoires médicamenteuses par un pharmacien ou les soins usuels sans pharmacien. Ils établissent également que ce modèle contribue à la réduction significative du nombre de doses omises de médicaments prescrits régulièrement dans les soins périopératoires.

Discussion

Il a été démontré que jusqu'à 47 % des patients subissent des omissions de doses régulières lorsqu'ils sont admis pour une chirurgie en établissement de santé. On reconnaît que les pharmaciens peuvent contribuer à réduire ce nombre d'omissions dans le cadre des soins

Suite à la page 22 ►



Avec le projet de loi 41 adopté en décembre 2011, les pharmaciens pourront plus que jamais participer au concept de « prescription d'appoint ».

► **Suite de la page 20**

pharmaceutiques prodigués en clinique de préadmission chirurgicale.

Cette étude contrôlée à répartition aléatoire met en évidence la réduction par un facteur de trois du nombre de doses de médicaments omises durant un séjour hospitalier, lorsque le pharmacien peut non seulement réaliser une histoire médicamenteuse et, surtout, corriger lui-même les écarts pour les médicaments requis. Si les auteurs utilisent le terme « histoire médicamenteuse » plutôt que celui de « bilan comparatif des médicaments », leur démarche s'apparente davantage au concept de « réconciliation médicamenteuse ». Ainsi, l'étude démontre clairement l'impact favorable du pharmacien clinique en préadmission, pour autant qu'il puisse corriger lui-même et sans délai les divergences documentées. Cela n'est pas étonnant, compte tenu du peu de temps dont disposent le personnel soignant, le pharmacien et le médecin dans un contexte de préadmission chirurgicale. En confiant au pharmacien le droit de prescrire, on maximise son impact et on s'assure que les doses requises sont administrées au patient. Cette étude comporte des limites (p. ex., relance téléphonique de patients pour confirmer le meilleur schéma thérapeutique), mais elle constitue un excellent exemple sur les plans méthodologique et rédactionnel.

Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2009-2010*, on note la présence de pharmaciens décentralisés dans les programmes de chirurgie ambulatoire dans seulement 15 % (19/130) des cas, comparativement à 62 % (88/142) en hospitalisation. Bien que ces données ne confirment pas la nature des activités réalisées, incluant le type d'intervention utilisé dans cette étude, force est de constater que peu de pharmaciens sont susceptibles de participer à des cliniques de préadmission chirurgicale au Québec.

Avec le projet de loi 41 adopté en décembre 2011, les pharmaciens pourront plus que jamais participer au concept de « prescription d'appoint », tel que décrit dans cette étude néo-zélandaise. Avec les meilleures preuves à l'appui, les pharmaciens et les décideurs seront à même de faire les meilleurs choix. ■

Référence

- **Marotti SB, Kerridge RK, Grimer MD.** A randomised controlled trial of pharmacist medication histories and supplementary prescribing on medication errors in postoperative medications. *Anaesth Intensive Care* 2011;39(6):1064-70.

Lecture suggérée

- **Kwan Y, Fernandes OA, Nagge JJ, Wong GG, Huh JH, Hurn DA, Pond GR, Bajcar JM.** Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Intern Med.* 2007 May 28;167(10):1034-40.

QUESTION DE FORMATION CONTINUE

- 8) Parmi les énoncés suivants portant sur un essai contrôlé à répartition aléatoire et évaluant les retombées de l'histoire médicamenteuse et de la prescription d'appoint par le pharmacien, lequel est faux ?**
- Il s'agit d'un essai contrôlé à répartition aléatoire avec trois groupes parallèles (soins usuels, histoire médicamenteuse par un pharmacien, histoire médicamenteuse et prescription d'appoint par un pharmacien).
 - L'étude est réalisée au sein des unités de chirurgie. Ont été inclus tous les patients admis dans ces unités de novembre 2008 à mars 2009.
 - Les patients ont été répartis de façon aléatoire entre les trois groupes à partir d'une liste aléatoire générée par ordinateur, par blocs de 60.
 - L'étude compare le nombre de médicaments administrés durant le séjour du patient entre les trois groupes étudiés.
 - Le nombre moyen de médicaments documentés à dose incorrecte est respectivement de 0,48, 0,12 et 0,002 ($p < 0,001$).

Répondez en ligne sur www.professionsante.ca, section *Ma FC en ligne*; rechercher *Québec Pharmacie*, décembre 2012/janvier 2013.

Vous avez jusqu'au 17 décembre 2013 pour répondre et obtenir 4 UFC.

Prophylaxie de la malaria: la situation de la République dominicaine

Dans l'article *Prophylaxie de la malaria*, écrit par Thanh-Thao Ngo et Frédéric Dugas, publié dans l'édition de juin 2012 de *Québec Pharmacie* (p. 21 à 28), on peut lire que la chimioprophylaxie contre la malaria est indiquée pour un voyageur à destination de Puerto Plata en République dominicaine.

Les CDC américains recommandent cette chimioprophylaxie en raison de la présence de la maladie dans les régions rurales du pays. Mais il n'y a eu aucun cas de malaria déclaré chez les voyageurs pour cette destination depuis plusieurs années et probablement jamais à ma connaissance.

L'Organisation mondiale de la santé ne recommande aucune prophylaxie contre la malaria pour les voyageurs qui séjournent à Puerto Plata et ne la recommandait pas en décembre 2011.

Le Québec est doté d'un comité d'experts sur la santé des voyageurs appelé Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs (CCQSV), qui fait partie de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Un de ses mandats est d'être à l'affût de tout ce qui se publie en santé des voyageurs, de l'analyser et d'en produire des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé du Québec qui pratiquent en santé des voyageurs.

Ces lignes directrices se retrouvent dans un Guide d'intervention en santé voyage que l'on peut consulter sur le Web (inspq.qc.ca/asp/fr/ccqsv.aspx?sortcode=1.50.51.53). Le guide est également disponible sur support CD auprès de l'INSPQ.

En terminant, je tiens à féliciter sincèrement les auteurs pour leur excellent article qui fait, par ailleurs, une très bonne revue de la prophylaxie contre la malaria. ■

Michel Frigon, MD, M. Sc.

Contrôle et surveillance des maladies infectieuses,
Direction régionale de santé publique
de la Capitale-Nationale,
Comité consultatif québécois sur
la santé des voyageurs,
Institut national de santé publique
du Québec