

Programme de bilans comparatifs de médicaments à l'admission dans un département de médecine interne

ÉTUDE ANALYSÉE: **Zoni AC, Durán García ME, Jiménez Muñoz AB, et coll. The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department. European Journal of Internal Medicine 2012 Dec; 23(8): 696-700.**

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE:

1. **Évaluer l'impact du bilan comparatif des médicaments sur le nombre de divergences non intentionnelles entre la thérapie médicamenteuse à domicile et à l'admission dans un établissement de santé**
2. **Être en mesure d'utiliser des données portant sur la recherche évaluative des pratiques pharmaceutiques pour améliorer sa pratique professionnelle**

Objectifs de l'étude

Évaluer l'impact du bilan comparatif des médicaments sur le nombre de divergences non intentionnelles entre la thérapie médicamenteuse à domicile et à l'admission dans un établissement de santé. Établir le profil des patients à haut risque d'erreurs médicamenteuses liées à ces divergences non intentionnelles.

Plan de l'étude

Étude quasi expérimentale pré-post intervention sans groupe témoin. La phase préintervention est de trois mois, la phase intervention, de six mois, et la phase postintervention, de trois mois. L'équipe de recherche était composée de deux pharmaciens hospitaliers, de deux infirmières et de trois médecins des départements de médecine interne.

Lieu

Hôpital général universitaire Gregorio Marañón, situé à Madrid, en Espagne, pour un total de 1500 lits, avec plus de 7000 professionnels de la santé desservant un bassin de 450 000 personnes.

Participants

Ont été inclus dans l'étude les patients hospitalisés au département de médecine interne, admis durant plus de 24 heures et recevant trois ordonnances ou plus de médicaments. Ont été exclus les patients qui ne pouvaient pas communiquer et ceux qui avaient séjourné au préalable dans une autre unité de soins de l'hôpital.

Interventions

La phase préintervention comporte un historique médicamenteux de type « meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) », réalisé par l'infirmière. Les infirmières ont été formées en bilan comparatif de médicaments par deux

pharmaciens d'expérience. Les médecins prescrivent les ordonnances à l'admission sans consulter cet historique médicamenteux. Ils ne sont pas informés de la tenue de l'étude. Un pharmacien de l'équipe de recherche compare le MSTP de l'infirmière et l'ordonnance d'admission, identifie les divergences et prend contact avec le médecin au besoin.

La phase intervention comporte l'acquisition, la configuration et le déploiement d'un logiciel de gestion du bilan comparatif des médicaments (Aplicon). Le logiciel permet la saisie du MSTP, l'interface avec le prescripteur électronique utilisé au sein de l'établissement, le repérage des divergences et leur résolution par un intervenant. Le prescripteur peut apporter des modifications aux ordonnances initiales, basées sur la détection des divergences. En outre, le personnel soignant visé par l'étude a reçu une formation sur les principes du bilan comparatif des médicaments et sur les données de la phase préintervention. La phase postintervention comporte le recours au logiciel de bilan comparatif interfacé, sans pharmacien dédié à la gestion des divergences.

Mesures

La mesure principale est l'incidence cumulative des divergences non intentionnelles (nombre total de divergences non intentionnelles divisé par le nombre total d'ordonnances de médicaments). La mesure secondaire est la proportion de patients comportant au moins une divergence non intentionnelle.

Analyse

Les différences de proportions pour les variables catégorielles ont été comparées à l'aide du test de Chi carré, ou test de Fisher. Les différences de moyennes pour les variables continues ont été comparées à l'aide du test Mann-Whitney.

Résultats

Durant les phases préintervention et postintervention de l'étude, 190 patients ont été interrogés et 162 ont été inclus (80 patients préintervention et 82 patients postintervention), pour un total de 1959 ordonnances de médicaments (882 ordonnances préintervention et 1077 postintervention). Le nombre moyen de médicaments par patient était plus élevé après l'intervention (13 ordonnances contre 11, $p = 0,01$).

En ce qui concerne la mesure principale, l'incidence cumulative des divergences non intentionnelles est passée de 3,5 % à 1,8 % ($p = 0,03$). En ce qui concerne la mesure secondaire, la proportion de patients comportant au moins une divergence non intentionnelle est passée de 23,7 % (19/80 patients) à 14,6 % (12/82 patients). Cette différence n'était pas statistiquement significative.

Le type de divergence le plus fréquent était l'omission (2,6 % en préintervention contre 2,0 % après l'intervention), suivie de la voie d'administration combinée à la fréquence et à la dose (1,6 % contre 0,5 %). Les médicaments les plus impliqués dans ces divergences provenaient des classes thérapeutiques cardiovasculaires (27,5 %), psychotropes (15,8 %), ophtalmiques (15,8 %), hypolipémiants (11,7 %), antiplaquetaires et antithrombotiques (7,9 %). La majorité des suggestions proposées par les pharmaciens ont été acceptées par les médecins (86 %). Enfin, les patients asthmatiques avaient six fois plus de risques d'être la cible d'une divergence non intentionnelle que l'ensemble des patients.

Conclusion

Les auteurs concluent que l'implantation d'un outil informatisé intégré au prescripteur électronique peut être très utile pour élaborer un processus de réconciliation médicamenteuse. Il est essentiel d'y impliquer toute l'équipe soignante (infirmières, médecins, pharmaciens).

Discussion

Cette étude est intéressante parce qu'elle démontre la faisabilité d'utiliser un logiciel soutenant la démarche des bilans comparatifs de médicaments en établissement de santé. Les auteurs ne précisent toutefois pas en détail les fonctionnalités et les modalités d'utilisation et d'interface de cet

outil avec le prescripteur électronique. L'étude démontre une réduction statistiquement significative du taux de divergences de médicaments non intentionnelles dans une unité de médecine interne. Ces taux ressemblent à ceux rapportés dans plusieurs autres études nord-américaines.

L'étude comporte toutefois des limites : petite taille de l'échantillon, description insuffisante du logiciel utilisé, absence d'évaluation de l'impact clinique des divergences documentées, pas de comparaison économique des processus utilisés.

Au Canada, l'agence Agrément Canada a fait du bilan comparatif une de ses pratiques organisationnelles requises, et cette obligation a contribué à la priorisation de cette activité dans la majorité des hôpitaux canadiens. Différents scénarios de gestion de cette activité ont été évalués. Certains établissements ont embauché et formé du personnel en assistance technique en pharmacie, d'autres ont embauché et ajouté des pharmaciens ou du personnel en soins infirmiers afin d'assurer une réconciliation conforme. Certaines sociétés informatiques ont mis au point des modules informatiques afin de faciliter la saisie des renseignements et la détection des divergences (p. ex., module de comparaison des médicaments de différents logiciels [OACIS, CGSI TI]).

Bien que peu détaillée, l'expérience espagnole est intéressante parce qu'elle suggère l'utilisation d'un outil par le personnel en place et la capacité de limiter significativement le taux de divergences non intentionnelles à moins de 2 % des ordonnances. Avec le déploiement du Dossier de santé du Québec et des dossiers cliniques informatisés au sein des établissements de

santé, il paraît invraisemblable que cette technologie ne soit pas dotée d'un outil d'analyse visant à détecter rapidement les divergences. ■

LECTURE SUGGÉRÉE: Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, EtcHELLS EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: A systematic review. CMAJ 2005; 173(5): 510-5.

QUESTION DE



Répondez en ligne sur www.professionssante.ca, section Ma FC en ligne; rechercher Québec Pharmacie, septembre 2013.

Date limite : 16 septembre 2014. Donne 4 UFC.

9. Parmi les énoncés suivants concernant l'impact d'un programme de bilans comparatifs de médicaments à l'admission dans un département de médecine interne, lequel est vrai ?

- A L'incidence cumulative des divergences non intentionnelles est passée de 3,5 % à 1,8 %.
- B La proportion de patients faisant l'objet d'au moins une divergence non intentionnelle est passée de 53,7 % à 14,6 %.
- C Les médicaments les plus impliqués dans ces divergences proviennent des classes cardiovasculaires (47,5 %) et psychotropes (18,5 %).
- D Les patients asthmatiques avaient quatre fois plus de risques d'être l'objet d'une divergence non intentionnelle que l'ensemble des patients.
- E La majorité des suggestions proposées par les pharmaciens ont été acceptées par les médecins (76 %).

Gratuit! Dans ce numéro de Québec Pharmacie Répondez en ligne à www.Professionssante.ca

Approuvée pour

**1,5
UFC**

LEÇON DE Formation continue

Septembre 2013

N° de dossier CCEPP : 1065-2013-760-I-P • Valide jusqu'au 22 juillet 2014.

L'évolution de la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse – préparations spéciales d'opioïdes

Par Thuy Nguyen, B. Sc. (Pharm), Pharm D

Après avoir suivi cette leçon et répondu au test, les pharmaciens pourront :

1. décrire la prévalence de la douleur chronique et l'impact négatif qu'elle a sur les personnes qui en souffrent;
2. discuter de l'utilisation des outils d'évaluation des personnes souffrant de douleur chronique;
3. conseiller les patients sur l'utilisation responsable des opioïdes dont la préparation et le système de libération sont spéciaux.

Leçon publiée grâce à une subvention à visée éducative de:



Lire son
exemplaire
de Québec
Pharmacie ...



... et faire
sa formation
continue
en ligne

ProfessionSanté.ca