

## Boîte à outils pour le remplacement du bilan comparatif des médicaments sur papier par sa version électronique – Annexes

<b>Annexe A – Qu’est-ce que le bilan comparatif des médicaments et pourquoi est-il important? .....</b>	<b>2</b>
Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) .....	2
Le processus de bilan comparatif des médicaments .....	2
Ressources pour en savoir plus sur le bilan comparatif des médicaments .....	3
<b>Annexe B – À quoi ressemble le BCM électronique? .....</b>	<b>4</b>
<b>Annexe C – Résultats du sondage en ligne et des entrevues au téléphone .....</b>	<b>10</b>
La situation actuelle du bilan comparatif des médicaments .....	10
Type de BCM électronique utilisé.....	11
Où utilise-t-on le BCM électronique?.....	11
Fonctions du BCM électronique.....	11
Ressources pour l’adoption et le maintien du BCM électronique.....	12
Formation relative au BCM électronique .....	12
Évaluation du BCM électronique.....	12
Succès perçu de l’adoption du BCM électronique.....	12
Facteurs favorables au succès de l’adoption de BCM électronique.....	13
Facteurs qui motivent l’adoption du BCM électronique (n = 79) .....	13
Facteurs propices au succès de l’adoption du BCM électronique (n = 69).....	14
Facteurs qui nuisent au succès d’une migration vers le BCM électronique .....	15
Facteurs dissuasifs d’une transition vers le BCM électronique (n =114) .....	15
Facteurs qui nuisent à l’adoption du BCM électronique (n = 81) .....	15
Quelles stratégies peut-on utiliser pour faciliter la transition entre le système papier et le BCM électronique? .....	17
Stratégies d’adoption mentionnées au cours des entrevues téléphoniques au Canada .....	17
<b>Annexe D – Étapes de la transition vers le BCM électronique.....</b>	<b>19</b>
Quelles sont les étapes d’une transition vers le BCM électronique?.....	19
<b>Annexe E – Caractéristiques et fonctions idéales du BCM électronique .....</b>	<b>21</b>
<b>Annexe F – Mesure des résultats du bilan comparatif des médicaments .....</b>	<b>24</b>
<b>Mesure des résultats.....</b>	<b>24</b>
Mesure des résultats en soins de courte durée de SSPSM .....	25
Mesure des résultats en soins à domicile de SSPSM .....	25
Mesure des résultats en soins de longue durée de SSPSM.....	26
<b>Comment faire la surveillance et les rapports au sujet du BCM électronique?.....</b>	<b>26</b>
<b>Comment évaluer le taux d’adoption du BCM électronique et son efficacité? .....</b>	<b>27</b>
Évaluation du taux d’adoption (conformité).....	27
Évaluation de l’efficacité : sécurité des patients et qualité des soins .....	27
<b>Annexe G – Analyse de rentabilisation du BCM électronique .....</b>	<b>29</b>
<b>Comment évaluer les répercussions du BCM électronique sur les coûts de l’organisation? .....</b>	<b>29</b>
Modèle d’économies annuelles nettes .....	29
Justification des bilans comparatifs des médicaments réalisés par les pharmaciens .....	30

## Annexe A – Qu'est-ce que le bilan comparatif des médicaments et pourquoi est-il important?

### Bilan comparatif des médicaments (BCM)

- Il s'agit d'« un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments soient systématiquement communiqués à travers les interfaces de soins ». (ISMP Canada, 2013)
- Il « nécessite une analyse systématique et exhaustive de tous les médicaments pris par les patients (connue sous le sigle de MSTP) pour s'assurer que les médicaments ajoutés, modifiés ou cessés soient évalués attentivement ». (ISMP Canada, 2013).
- Il « représente une des composantes de la gestion des médicaments et permet de fournir les renseignements permettant aux prescripteurs de prendre des décisions adéquates pour le patient ». (ISMP Canada, 2013).

### Comment le bilan comparatif des médicaments est-il effectué?

#### *Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)*

---

*Le MSTP est le point de départ du bilan comparatif des médicaments.*

---

La première étape consiste à créer le MSTP. ISMP Canada (2012) explique ainsi la façon dont est créé le MSTP :

- utilisation d'un processus systématique d'entrevue avec les patients et leur famille (et d'autres proches aidants);
- analyse d'au moins une autre source de renseignements fiable dans le but d'obtenir et de valider tous les médicaments pris par le patient (avec ou sans ordonnance, par exemple médicaments en vente libre, vitamines et produits de phytothérapie);
- documentation complète comprenant le nom, la dose, la voie d'administration et la fréquence du médicament.

#### *Le processus de bilan comparatif des médicaments*

*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (septembre 2011, p. 11) décrit un processus en trois étapes pour le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée :

1. **Créer un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) complet et précis** des médicaments du patient, y compris leur nom, leur dose, leur voie d'administration et leur fréquence. Cette étape doit comprendre : un processus d'entrevue systématique avec les patients et leur famille et la vérification avec au moins une autre source fiable de renseignements.
2. **Effectuer le bilan comparatif des médicaments** : Servez-vous du MSTP pour rédiger les ordonnances à

l'admission ou comparez le MSTP aux ordonnances de médicaments au moment de l'admission, du transfert ou du congé; identifiez et corrigez les différences ou les divergences.

3. **Documenter et communiquer** tous les changements relatifs aux ordonnances de médicaments au patient, à sa famille ou à son aidant et au prochain prestataire de soins de santé.

### ***Ressources pour en savoir plus sur le bilan comparatif des médicaments***

Les ressources suivantes pourraient être utiles aux personnes qui peuvent ne pas être prêtes à adopter le bilan comparatif des médicaments électronique ou qui veulent obtenir des renseignements généraux au sujet du bilan comparatif des médicaments :

***Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*** a créé les trois troussees suivantes pour les différents types de soins :

[Trousse En avant! pour le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée](#)

[Trousse En avant! pour le bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée](#)

[Trousse En avant! pour le bilan comparatif des médicaments en soins à domicile](#)

Les deux autres troussees d'outils suivantes peuvent aussi être utiles (*disponibles en anglais seulement*) :

[Medications at Transitions and Clinical Handoffs \(MATCH\) Toolkit for Medication Reconciliation](#)

Trousse créée par Gleason, Brake, Agramonte et Perfetti (2012), pour le compte de l'unité de recherche et de qualité en soins de santé du département américain des services de santé et des services sociaux.

[MARQUIS: Medication Reconciliation Implementation Manual](#)

Guide rédigé à l'intention de la Society of Hospital Medicine par les chercheurs de l'étude MARQUIS (2011).

## Annexe B – À quoi ressemble le BCM électronique?

Nous allons donner ici quelques exemples d'outils et de processus faisant partie du BCM électronique. Ces exemples sont tirés d'interfaces utilisateurs et de systèmes du Canada et d'autres pays.

La figure ci-dessous montre un écran d'un outil de BCM électronique utilisé dans des hôpitaux du ministère des Anciens combattants. L'outil comporte une matrice qui montre les médicaments en cours et ceux qui ont été cessés chez les patients hospitalisés et chez les patients vus en clinique externe, de même que les médicaments non prescrits par un hôpital du Ministère. Le professionnel de la santé qui utilise cet outil indique (en sélectionnant ou en tapant des noms de médicaments) toute divergence entre les listes de médicaments. Des onglets situés dans la partie inférieure gauche (Figure B1) renvoient à un éventail de rapports et de notes électroniques concernant le problème de santé qui affecte le patient. On voit donc qu'il est possible d'intégrer le BCM électronique et d'autres types de systèmes d'information sur la santé, dont le dossier du patient et des dossiers et rapports d'hôpitaux, afin d'aider le professionnel dans ses décisions. Cet outil de BCM électronique est intégré à l'un des systèmes de DSE les plus complets et les plus intégrés du monde.

**Figure B1.** Saisie d'écran d'un outil servant au bilan comparatif des médicaments illustrant la matrice utilisée à cette fin au moment de l'admission – Image utilisée avec la permission de Boockvar et coll. (2011)

The screenshot displays a software window titled "Reminder Dialog Template: MEDICATION RECONCILIATION--ADMISSION". The interface is divided into several sections:

- Top Left:** A menu bar with "File", "Edit", "View", "Action", "Tools", and "Help". Below it, a patient identifier "7B2 GEN 7" and "Provider: HC" is visible.
- Left Panel:** A table with three sections: "Inpatient Medications", "Non-VA Medications", and "Outpatient Medications". Each section lists medication names and dosages. For example, under "Inpatient Medications", there is "prednisONE TAB Give: 10MG PO DAILY".
- Right Panel:** A text area containing the following text:

OUTPATIENT MEDICATIONS FOR THE LAST 90 DAYS  
PLEASE NOTE: The label 'Expired' or 'Suspended' does NOT mean the provider has discontinued this medication. The patient may be intended to be taking this medication.

Computer is the source for the following medication list:

ACTIVE:

FUROSEHIDE 40MG TAB Sig: TAKE ONE TABLET BY MOUTH DAILY

EXPIRED:

ACETAMINOPHEN 325MG TAB Sig: TAKE TWO TABLETS BY MOUTH EVERY 6 HOURS WHEN NEEDED FOR PAIN OR FEVER

ATORVASTATIN CALCIUM 80MG TAB Sig: TAKE ONE TABLET BY MOUTH EVERY DAY FOR CHOLESTEROL

DEXAMETHASONE ELIXIR 0.5MG/5ML Sig: TAKE 1 TEASPOONFUL BY MOUTH EVERY 12 HOURS
- Bottom:** A navigation bar with buttons for "Visit Info", "Finish", and "Cancel". Below this, there is a status bar with the text "<No encounter information entered>" and a legend "\* Indicates a Required Field".

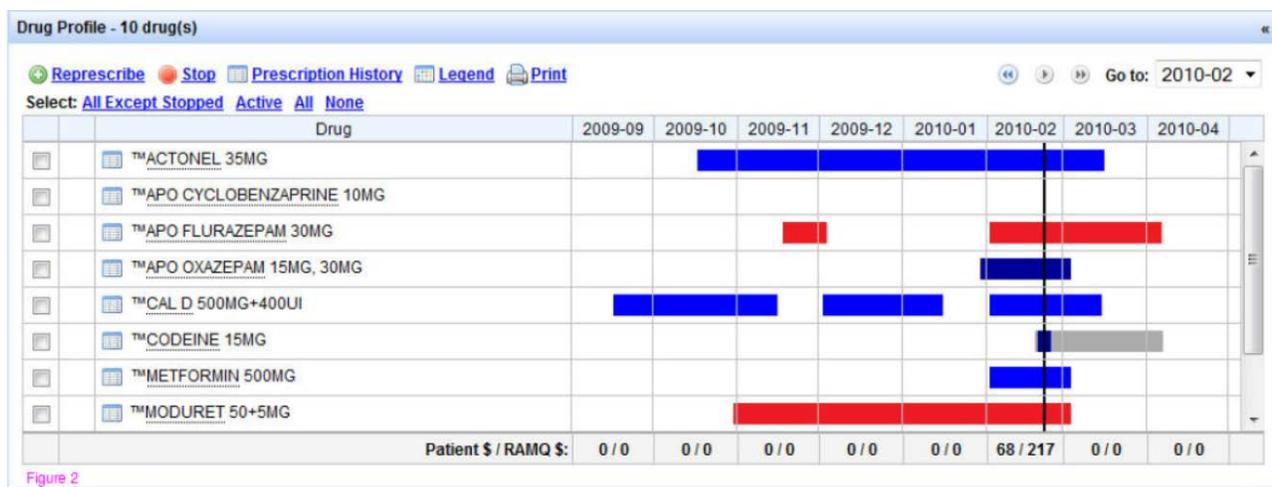
Voici une séquence d'écrans d'un autre système de BCM électronique qui affichent les médicaments repérés dans diverses sources électroniques utilisées pour la création d'une liste de médicaments avant l'admission. Cet exemple illustre les principes d'une bonne convivialité en permettant à l'utilisateur de cliquer simplement sur un bouton pour faire passer des médicaments de listes diverses à la liste de médicaments préalable à l'admission.

**Figure B2.** Outil de création d'une liste de médicaments préalable à l'admission (tiré de Turchin, A., Gandhi, T. K., Coley, C. M., Shubina, M. et C. Broverman. « The use of electronic medication reconciliation to establish the predictors of validity of computerized medication records », *Studies in Health Technology and Informatics*, vol. 129, partie 2, page 1022, tous droits réservés (2007), reproduit avec la permission d'IOS Press)



L'écran suivant (Figure B3) montre un profil pharmacologique dans lequel les médicaments en cours sont indiqués par une ligne verticale et qui contient l'information voulue sur les médicaments prescrits au cours des six mois précédents (reproduit avec la permission de Tamblyn et coll., 2012). Les écrans sont tirés d'un bilan des médicaments au congé et d'un module d'ordonnances; ils illustrent les caractéristiques avancées qu'on peut intégrer au BCM électronique (comme une ligne temporelle pour un historique des médicaments) :

**Figure B3.** Exemple de profil pharmacologique



La Figure B4 illustre les modules d'ordonnances et de bilan comparatif des médicaments au congé du même système, contenant les listes de médicaments comparées (figure reproduite avec la permission de Tamblin et coll., 2012) :

**Figure B4.** Exemple de module d'ordonnances

**Discharge reconciliation and prescribing module**

In Hospital List	Community List	Discharge Rx
<input checked="" type="checkbox"/> Atorvastatin 20mg PO qHS	<input checked="" type="checkbox"/> Atorvastatin 10mg PO qHS	<b>Prescribed</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Perindopril 2mg PO qAM	<input checked="" type="checkbox"/> Bisoprolol 5mg PO bid	Bisoprolol 5mg PO bid
<input checked="" type="checkbox"/> NTG spray 0.4mg SIL PRN	<input type="checkbox"/> Lisinopril 20mg PO qd	Cal-D 1 PO bid
<input checked="" type="checkbox"/> Clopidrogel 75mg PO qD	<input checked="" type="checkbox"/> NTG spray 0.4mg SIL PRN	Clopidrogel 75mg PO qD
<input checked="" type="checkbox"/> ECASA 81mg PO qD	<input checked="" type="checkbox"/> ASA 81mg PO qD	ECASA 81mg PO qD
<input type="checkbox"/> Heparin 5000U S/C q12h	<input type="checkbox"/> Calcium+Vitamin-D 1 PO bid	Gliclazide 40mg PO bid
<input checked="" type="checkbox"/> Ca+D 1 PO bid	<input checked="" type="checkbox"/> Hydrochlorothiazide 25mg PO qD	Ibuprofen 200mg PO tid
<input checked="" type="checkbox"/> Hydrochlorothiazide 12.5mg PO qD	<input type="checkbox"/> Glimpiptide 5mg PO qD	Levothyroxine 0.1mg PO qD
<input checked="" type="checkbox"/> Gliclazide 40mg PO bid	<input type="checkbox"/> Metformin 850mg PO tid with meals	Mometasone 50mcg Nasal spray 2 sprays qD
<input type="checkbox"/> Levothyroxine 0.1mg PO qD	<input type="checkbox"/> Rosiglitazone 8mg PO qAM	NTG spray 0.4mg SIL PRN
<input type="checkbox"/> Salbutamol 1 neb aerosol q6h PRN	<input checked="" type="checkbox"/> Levothyroxine 0.1mg PO qD	Perindopril 2mg PO qAM
<input checked="" type="checkbox"/> Ibuprofen 200mg PO tid	<input type="checkbox"/> Lorazepam 1mg PO qHS	Risedronate 35mg PO qSundays
<input type="checkbox"/> Codeine 30mg PO q4h PRN	<input type="checkbox"/> Diclofenac 1.5% to Right knee bid	Saline 2 spray qid PRN
<input checked="" type="checkbox"/> Lorazepam 0.5mg PO qHS PRN	<input type="checkbox"/> Omeprazole 20mg PO qD	Tylenol 500mg bid PRN
<input type="checkbox"/> Saline 2 spray qid PRN	<input checked="" type="checkbox"/> Salt-water-desalinated	Vitamin B12 100mcg IM qMonth
<input checked="" type="checkbox"/> Vitamin B12 100mcg IM qMonth	<input checked="" type="checkbox"/> Mometasone 50mcg Nasal spray 2 sprays qD	
<input checked="" type="checkbox"/> Risedronate 35mg PO qSundays	<input checked="" type="checkbox"/> Vitamin B12 100mcg IM qMonth	
		<b>Dose changes</b>
		<input checked="" type="checkbox"/> Atorvastatin 20mg PO qHS
		<input checked="" type="checkbox"/> Hydrochlorothiazide 12.5mg PO qD
		<input checked="" type="checkbox"/> Lorazepam 0.5mg PO qHS PRN
		<b>Discontinued</b>
		<input checked="" type="checkbox"/> Codeine 30mg PO q4h PRN
		<input checked="" type="checkbox"/> Diclofenac 1.5% to Right knee bid
		<input checked="" type="checkbox"/> Glimpiptide 5mg PO qD
		<input checked="" type="checkbox"/> Heparin 5000U S/C q12h
		<input checked="" type="checkbox"/> Lisinopril 20mg PO qD
		<input checked="" type="checkbox"/> Metformin 850mg PO tid with meals
		<input checked="" type="checkbox"/> Omeprazole 20mg PO qD
		<input checked="" type="checkbox"/> Rosiglitazone 8mg PO qAM

Buttons:

La Figure B5 illustre le module de communication au congé d'un système de BCM électronique (figure reproduite avec la permission de Tamblyn et coll., 2012) :

**Figure B5.** Exemple de module de communication au congé

**Discharge Communication Module**

Please select a reason for changing the dose:	Increase dose (effectiveness)	Simplify dose (adherence)	Lower dose (side effect)	Change dose (new evidence)	Other reason
<input checked="" type="checkbox"/> Atorvastatin 20mg PO qHS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hydrochlorothiazide 12.5mg PO qD	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lorazepam 0.5mg PO qHS PRN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PrintFax to:	
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Madeleine Houde	Pharmacie Hébert Ferlatte Pharmaciens Inc.
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Yves Bédard	Familiprix André Guimond Pharmacien

Please select a reason for stopping:	Not needed	Ineffective	Drug reaction	Simplify Tx	Other reason
<input checked="" type="radio"/> Codeine 30mg PO q4h PRN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Diclofenac 1.5% to Right knee bid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Glimepiride 5mg PO qD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Heparin 5000U S/C q12h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Lisinopril 20mg PO qD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Metformin 850mg PO tid with meals	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Omeprazole 20mg PO qD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Rosiglitazone 8mg PO qAM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Salbutamol 1 nebul aerosol q5h PRN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PrintFax to:	
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Madeleine Houde	Pharmacie Hébert Ferlatte Pharmaciens Inc.
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Bertha Fuchsman	Jean Coutu # 123 Claude Lachance
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Madeleine Houde	Pharmacie Hébert Ferlatte Pharmaciens Inc.
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Yves Bédard	Familiprix André Guimond Pharmacien
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Madeleine Houde	Pharmacie Hébert Ferlatte Pharmaciens Inc.
<input checked="" type="checkbox"/> Dr Yves Bédard	Familiprix André Guimond Pharmacien

Prescribed	
Bisoprolol 5mg PO bid	NTG spray 0.4mg S/L PRN
Cal-D 1 PO bid	Perindopril 2mg PO qAM
Clopidogrel 75mg PO qD	Risedronate 35mg PO qSundays
ECASA 81mg PO qD	Salnex 2 spray qid PRN
Gliclazide 40mg PO bid	Tylenol 500mg bid PRN
Ibuprofen 200mg PO tid	Vitamin B12 100mcg IM q1month
Levothyroxine 0.1mg PO qD	
Mometasone 50mcg Nasal spray 2 sprays qD	

← Back  Proceed

Les Figures B6 et B7 sont des exemples d'imprimés qui peuvent être générés à l'ordinateur et remis aux patients. Les rapports donnent un résumé des changements apportés aux médicaments des patients et proposent un plan journalier pour la prise des médicaments (d'après les résultats du BCM électronique).

**Figure B6.** Plan journalier de prise des médicaments destiné à un patient

Brian Baker		Sommaire des changements apportés à vos médicaments		Hôpital University Heights D <sup>r</sup> George Mitchells 24 juin 2013	
À faire	Médicament	Raison			
	Citalopram (40 mg)	Ce médicament a été remplacé par un autre pour faciliter le traitement de votre dépression.			
	St. John's Wort (300 mg)	Ce médicament peut avoir causé une interaction médicamenteuse et une réaction indésirable. Veuillez cesser de le prendre.			
	Metformine <del>Avant 500 mg</del> Maintenant 1000 mg	La dose de ce médicament a été augmentée pour mieux contrôler votre sucre sanguin. Prenez maintenant 2 comprimés au déjeuner et deux au souper.			
	Bupropion SR (150 mg)	Ce médicament vise à traiter votre dépression et remplace celui qui vous avait été prescrit.			
Aucun changement	Amlodipine (2,5 mg)	<p align="center"><b>Des questions au sujet de vos médicaments?</b></p> <p><b>Pour toute question au sujet de vos nouveaux médicaments ou des changements apportés à vos anciens médicaments, veuillez téléphoner à :</b></p> <p><b>Alison McCoy (pharmacienne)</b> <b>555-555-9876</b></p>			
Aucun changement	Aspirine (81 mg)				
Aucun changement	Digoxine (0,0625 mg)				
Aucun changement	Lévothyroxine (0,1 mg)				
Aucun changement	Métoprolol (12,5 mg)				
Aucun changement	Rabéprazole (40 mg)				
Aucun changement	Ramipril (10 mg)				
Aucun changement	Tamsulosin CR (0,4 mg)				
Aucun changement	Atorvastatine (20 mg)				
Aucun changement	Salbutamol (100 mg)				
Aucun changement	Lorazépam (0,25 mg)				

Figure B7. Plan journalier de prise des médicaments destiné à un patient (suite)

Brian Baker		Mon journal de médicaments				Hôpital University Heights D' George Mitchells 24 juin 2013	
À quel moment le prendre?	À quoi ressemble-t-il?	Comment s'appelle-t-il?	Combien faut-il en prendre?	Comment?	Pourquoi?	Commentaires	
<b>Le matin/ au déjeuner</b> 		<b>Amlodipine (2,5 mg)</b>	1 comprimé	Par la bouche	Pression sanguine		
		<b>Aspirine EC (81 mg)</b>	1 comprimé	Par la bouche	Prévenir les caillots		
		Bupropion SR (150 mg)	1 capsule	Par la bouche	Dépression		
		Digoxine (0,0625 mg)	1 comprimé	Par la bouche	Battements de cœur		
		Lévothyroxine (0,1 mg)	1 comprimé	Par la bouche	Thyroïde		
		<b>Metformine (500 mg)</b>	2 comprimés au déjeuner	Par la bouche	Sucre sanguin		
		Métoprolol (12,5 mg)	½ comprimé	Par la bouche	Pression sanguine		
		<b>Rabéprazole (40 mg)</b>	1 comprimé	Par la bouche	Hyperacidité		
		Ramipril (10 mg)	1 capsule	Par la bouche	Pression sanguine		
		Tamsulosin CR (0,4 mg)	1 capsule	Par la bouche	Débit d'urine		
<b>Le soir/au souper</b> 		<b>Metformine (500 mg)</b>	2 comprimés au souper	Par la bouche	Sucre sanguin		
<b>Le soir/au coucher</b> 		<b>Atorvastatine (20 mg)</b>	1 comprimé au coucher	Par la bouche	Cholestérol		
		Métoprolol (12,5 mg)	½ comprimé au coucher	Par la bouche	Pression sanguine		
<b>Au besoin seulement</b>		Salbutamol (100 mcg)	1 bouffée aux 4 heures si vous avez de la difficulté à respirer	Aspirer	Respiration		
		Lorazépam (0,25 mg)	1 comprimé au coucher si vous avez de la difficulté à dormir	Placer sous la langue	Sommeil		

## Annexe C – Résultats du sondage en ligne et des entrevues au téléphone

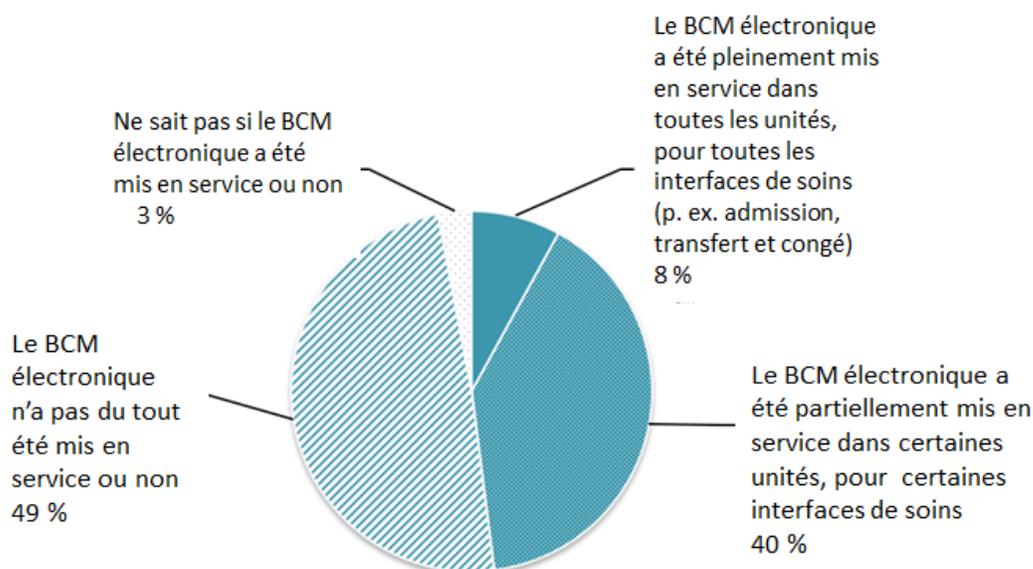
En vue d'inclure au présent guide l'information la plus récente, on a procédé à un sondage en ligne au sujet des processus de BCM électronique auprès d'un échantillon d'établissements répartis dans l'ensemble du pays. Le sondage a été réalisé en avril et en mai 2013. Au total, 2 799 personnes ont été invitées par un avis à y participer. Le sondage a été envoyé par courriel au moyen du serveur de liste d'ISMP Canada; 212 personnes l'ont rempli. L'annexe C présente également des résultats d'entrevues téléphoniques au sujet du BCM électronique menées auprès d'un sous-ensemble de répondants au sondage. Les personnes qui ont rempli le sondage et participé aux entrevues téléphoniques étaient des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des administrateurs du domaine de la santé, des professionnels de l'amélioration de la qualité et des professionnels des TI sur la santé, entre autres.

### *La situation actuelle du bilan comparatif des médicaments*

Comme le montre la Figure C1, 48 % des répondants affirmaient que le BCM électronique était partiellement ou complètement mis en service dans leur établissement.

Parmi les répondants qui déclarent ne pas établir actuellement le bilan comparatif des médicaments à l'aide de l'électronique, 61 % (n = 123) envisagent de le faire plus tard, et nombre d'entre eux prévoient le mettre en service au cours de la prochaine année (31 %) ou dans deux ans (19 %).

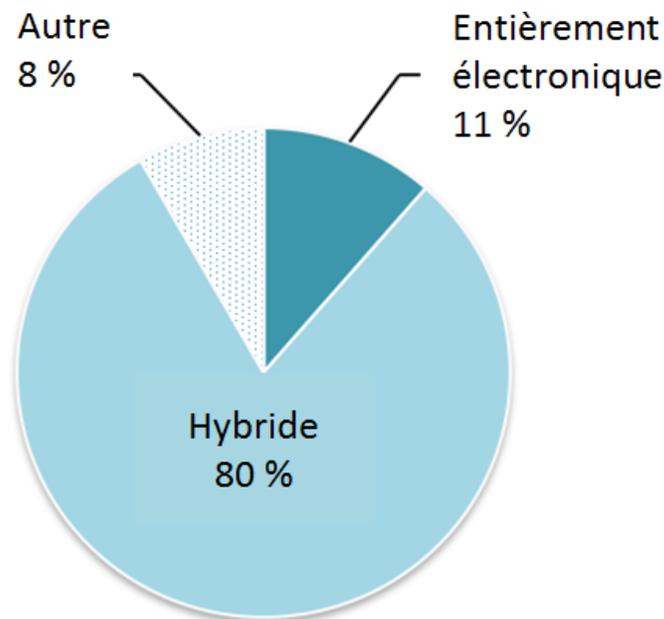
**Figure C1.** Ampleur de la mise en service du BCM électronique (n = 250)



## Type de BCM électronique utilisé

Les répondants qui ont déclaré utiliser une forme ou une autre de BCM électronique ont aussi mentionné procéder avec une forme de bilan entièrement électronique, hybride ou autre. Comme le révèle la Figure C2, la forme hybride prédomine.

Figure C2. Type de BCM électronique adopté (n = 96)



La catégorie *Autre* comprenait : un « copier-coller » de la liste des médicaments du DME, l'utilisation d'un bilan comparatif des médicaments sur support papier dans certains services, l'utilisation d'un bilan comparatif des médicaments hybride dans de petits hôpitaux communautaires, l'utilisation du BCM électronique dans les gros hôpitaux de soins de courte durée, l'utilisation d'un système provincial d'information sur les médicaments, et les établissements où le bilan comparatif des médicaments électronique n'est pas encore mis en service.

## Où utilise-t-on le BCM électronique?

Les répondants ont mentionné que le BCM électronique est utilisé dans diverses installations au Canada, au moment de l'admission, du transfert ou du congé des patients dans les établissements de soins de courte et de longue durée, mais aussi pour les soins ambulatoires, en milieu clinique ou autre (pour les soins à domicile, les soins primaires, les transitions en cliniques externes et la réadaptation, notamment).

## Fonctions du BCM électronique

Les fonctions du BCM électronique accessibles aux répondants variaient grandement. Souvent, les participants au sondage mentionnaient que lorsqu'ils avaient accès à ces fonctions, ils ne les utilisaient pas complètement.

## Ressources pour l'adoption et le maintien du BCM électronique

La plupart des répondants ont mentionné qu'aucune ressource additionnelle (humaine ou financière, par exemple) n'était allouée à l'adoption ou au maintien du BCM électronique. De plus, très rares étaient ceux qui ont déclaré qu'une aide financière extérieure (sous forme, par exemple, de financement provincial ou fédéral) n'était accessible pour en soutenir le déploiement.

## Formation relative au BCM électronique

Les trois principales méthodes de formation des utilisateurs du BCM électronique mentionnées par les participants au sondage étaient :

1. une formation personnelle sur demande avec un champion clinique;
2. des services internes dans les unités;
3. une formation en classe avec un instructeur.

## Évaluation du BCM électronique

Environ la moitié des répondants qui avaient mentionné que le BCM électronique était utilisé dans leur organisation ont précisé qu'une évaluation de cet outil avait été faite ou était en cours. Les trois principales mesures du rendement utilisées comprenaient :

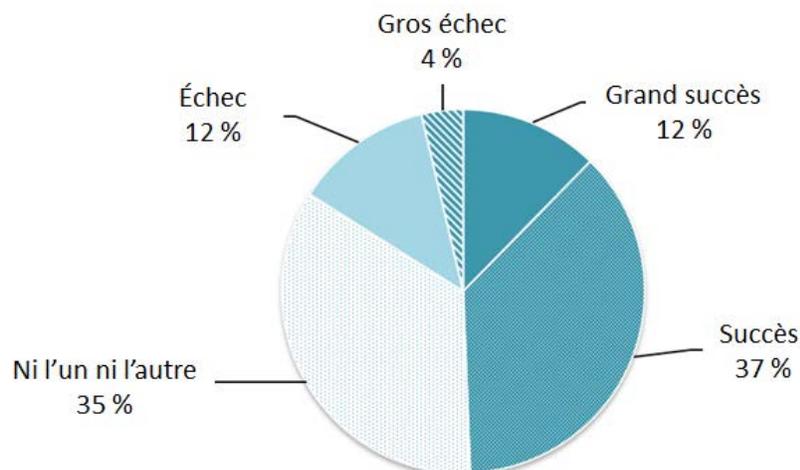
1. le nombre ou le pourcentage de patient pour qui un bilan avait été ou était fait;
2. la qualité de l'intervention;
3. la fréquence d'utilisation.

La fréquence des évaluations prévues était, selon le cas, mensuelle, trimestrielle ou annuelle.

## Succès perçu de l'adoption du BCM électronique

Nombre des participants qui avaient adopté le BCM électronique considéraient que sa mise en place était « un succès » ou un « grand succès » (Figure C3).

Figure C3. Succès perçu de l'adoption du BCM électronique (n=81)



## Facteurs favorables au succès de l'adoption de BCM électronique

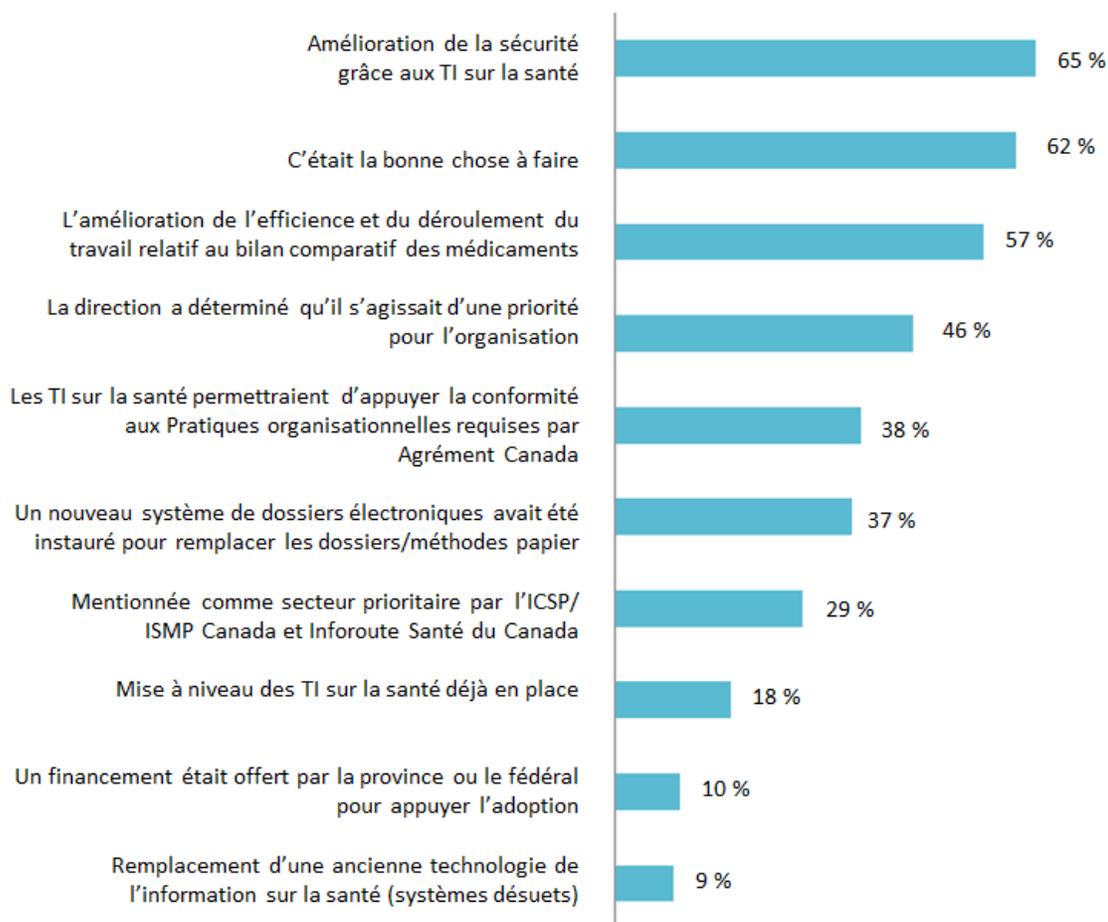
Les participants au sondage en ligne ont mentionné un certain nombre de facteurs qui motivent l'adoption du BCM électronique.

### Facteurs qui motivent l'adoption du BCM électronique (n = 79)

Comme le révèle la Figure C4, les plus importants facteurs de motivation de l'adoption du BCM électronique étaient les suivants :

1. l'amélioration de la sécurité grâce aux TI sur la santé;
2. c'était la bonne chose à faire;
3. l'amélioration de l'efficacité et du déroulement du travail relatif au bilan comparatif des médicaments.

**Figure C4.** Classement des facteurs de motivation de l'adoption du BCM électronique

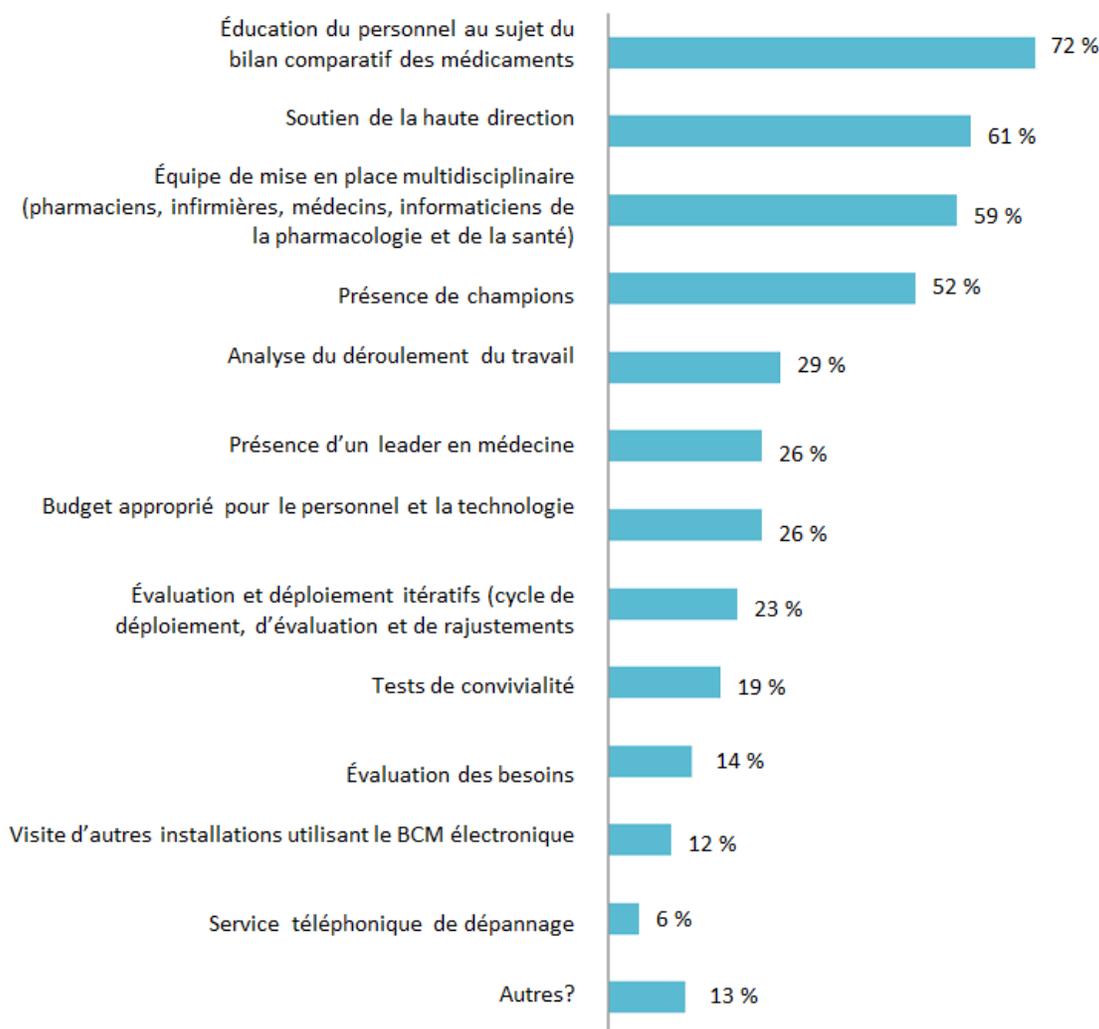


## Facteurs propices au succès de l'adoption du BCM électronique (n = 69)

Comme le montre la Figure C5, les facteurs les plus propices au succès de l'adoption du BCM électronique étaient :

1. l'éducation du personnel au sujet du bilan comparatif des médicaments;
2. le soutien de la haute direction;
3. une équipe de mise en place multidisciplinaire.

**Figure C5.** Classement des facteurs mentionnés comme propices au succès de l'adoption du BCM électronique  
La catégorie *Autres* comprenait : le soutien d'experts-conseils, le temps et la persévérance, le réengagement, les vérifications du rendement ainsi que des webinaires au sujet des cliniques de soins primaires et du bilan comparatif des médicaments.



## **Facteurs qui nuisent au succès d'une migration vers le BCM électronique**

Les répondants au sondage en ligne ont précisé plusieurs obstacles qui empêchaient les organisations de faire la transition vers le BCM électronique ou qui compliquaient cette transition.

### **Facteurs dissuasifs d'une transition vers le BCM électronique (n = 114)**

Bien des répondants dont l'établissement n'avait pas encore adopté le BCM électronique étaient en voie de le créer ou de le déployer. Voici un résumé des commentaires décrivant les motifs qui, selon eux, exerçaient un effet dissuasif sur la transition vers le BCM électronique.

- Le manque de ressources financières et humaines
- L'absence de dossiers électroniques, le maintien des dossiers papier
- Une infrastructure informatique inadéquate
- L'impossibilité pour les systèmes informatiques existants de prendre en charge les fonctions du BCM électronique
- Le manque d'interopérabilité avec :
  - d'autres systèmes utilisés dans l'établissement (p. ex. dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR), SIEO)
  - d'autres établissements de la région
  - les pharmacies
- L'absence d'une stratégie et/ou d'une motivation suffisante pour l'adoption
- Il serait imprudent de mettre à niveau le système actuel parce que l'adoption d'un nouveau système d'information sur la santé est prévue
- Des problèmes contractuels avec le fournisseur
- Les problèmes associés à la mise en place des systèmes en région rurale
- L'abandon du système de bilan comparatif des médicaments sur papier est en cours à l'admission, au transfert et au congé
- Le temps nécessaire à la documentation électronique

### **Facteurs qui nuisent à l'adoption du BCM électronique (n = 81)**

Des participants au sondage ont signalé plusieurs obstacles à l'adoption du BCM électronique. Comme le montre la Figure C6, les obstacles le plus fréquemment mentionnés étaient :

1. l'absence d'intégration aux systèmes provinciaux d'information sur les médicaments;
2. l'absence d'intégration des systèmes de dossiers électroniques de l'extérieur de l'établissement;
3. le manque de ressources humaines dans les pharmacies.

**Figure C6.** Classement des facteurs qui nuisent à l'adoption du BCM électronique



## Quelles stratégies peut-on utiliser pour faciliter la transition entre le système papier et le BCM électronique?

### Stratégies d'adoption mentionnées au cours des entrevues téléphoniques au Canada

Voici les stratégies d'adoption du BCM électronique qui ont été proposées au cours des entrevues téléphoniques :

- Acheter des solutions qui peuvent grandir avec l'organisation et y être adaptées
- Conserver la même démarche qu'avec le papier; ne modifier que la méthode d'entrée des données
  - Essayer de reproduire dans le BCM électronique les démarches existantes
- Investir le temps et les ressources nécessaires
- Obtenir une approbation et un soutien rapides de la haute direction
- Obtenir l'engagement des intervenants clés dès le début de l'initiative
  - Utiliser une approche par équipes, expliquer le bien-fondé de l'initiative et obtenir des commentaires de tous les intervenants
- Obtenir un solide engagement, se préparer à ce que l'adoption du BCM électronique se révèle une lourde tâche et persévérer
- Mettre le logiciel à l'essai avant de le déployer
  - au moyen de simulations de cas avant le projet-pilote
  - en l'utilisant au moyen d'un projet-pilote dans une seule unité (p. ex. médecine interne, admission préopératoire)
    - Rajuster la solution en fonction des résultats; il pourrait même falloir procéder à des projets-pilotes itératifs
- La collaboration entre les services informatiques et la pharmacie est essentielle
- Organiser des rencontres individuelles avec l'infirmière du bilan comparatif des médicaments et, parfois, un analyste clinique afin de renverser les préjugés quant à la complexité du bilan comparatif des médicaments et du temps requis pour le mettre pleinement en place
- Insister sur le fait que le BCM électronique peut améliorer l'efficacité
  - Des formulaires de transfert et de congé pourraient être imprimés à partir du système et rendre la formule hybride plus efficace que le processus manuel
  - Des bilans comparatifs des médicaments au congé permettraient de générer les ordonnances au congé
- Examiner et optimiser le déroulement du travail
  - Déterminer qui est responsable de quoi et où l'on pourrait faire des changements pour améliorer l'efficacité
- Identifier les cliniciens qui adoptent rapidement la solution et en faire des champions
- Établir une directive stratégique (un mandat)
- La normalisation est compliquée mais précieuse, parce que l'uniformité améliore la communication lorsque le patient chemine entre les diverses organisations et que les professionnels de la santé peuvent travailler dans plusieurs organisations
  - Mettre au point des formulaires normalisés pour une province

- Le fait d'être une grande organisation pose des difficultés (parce que, par exemple, tout le monde doit s'entendre sur la forme, que le logiciel varie selon l'organisation ou qu'il est utilisé de façons différentes)
- La forme et la démarche sont normalisées, mais le déroulement du travail varie selon les organisations et est établi à l'interne
- Le BCM électronique n'est pas nécessairement autonome
  - Après sa mise en service dans trois établissements, une réévaluation a fait ressortir des problèmes concernant le bilan comparatif des médicaments à l'admission (les gens ne pouvaient pas, par exemple, faire la différence entre le MSTP et le bilan proprement dit)
  - La stratégie visant à remédier à une faible adoption consiste à exercer une surveillance constante et continue (par des évaluations et des vérifications)

## Annexe D – Étapes de la transition vers le BCM électronique

### *Quelles sont les étapes d'une transition vers le BCM électronique?*

Les étapes suivantes sont capitales pour l'adoption du BCM électronique :

- 1. Obtenir l'engagement et le soutien de la haute direction**
- 2. Former une équipe ou faire appel à une équipe existante**
- 3. Définir le projet**
  - Fixer des cibles, des buts et des objectifs qui correspondent au plan global de gestion de l'information et des technologies de l'information de l'organisation
  - Déterminer l'ampleur du projet et établir un échéancier
  - Repérer les ressources existantes et celles qui sont nécessaires pour l'adoption et le maintien du BCM électronique
  - Recueillir des données et évaluer l'état de préparation au BCM électronique :
    - Évaluer les pratiques et les tarifs courants du BCM électronique
    - Établir l'ampleur actuelle de l'informatisation et l'accès aux ressources électroniques nécessaires avant d'aller plus loin (p. ex. l'accès aux dossiers de santé électroniques (DSE), au SIEO et à d'autres ressources et systèmes électroniques)
    - Décrire et schématiser les processus actuellement établis (méthode papier et autres processus effectués au moyen d'autres TI sur la santé, comme le SIEO)
    - Effectuer des sondages auprès des cliniciens pour déterminer s'ils sont prêts
    - Mener des entrevues avec le personnel des TI sur la santé pour déterminer si leur service est prêt à aller de l'avant
- 4. Travailler avec le personnel des TI pour :**
  - comprendre les plans à court et à long terme de l'organisation ou de la province en ce qui concerne l'adoption des TI sur la santé afin d'éviter de devoir recommencer inutilement le travail;
  - examiner si la solution de BCM électronique sera achetée d'un fournisseur de TI sur la santé ou si elle sera créée, programmée ou adaptée par votre organisation;
  - examiner si la solution achetée s'intégrera à l'infrastructure et aux systèmes informatiques déjà en place dans l'organisation (par exemple un DSE, le SIEO et le système d'aide à la décision (SAD)) et si elle sera interopérables avec eux;
  - évaluer les produits des fournisseurs pour voir s'ils conviennent aux processus et aux besoins de votre organisation.
- 5. Procéder à la sélection/à l'acquisition des composantes électroniques nécessaires à la mise en place du système de BCM électronique**
  - Il peut falloir procéder à des tests de convivialité et à une simulation clinique pour évaluer l'impact de la technologie sur le déroulement du travail et la pratique courante des cliniciens
- 6. Concevoir un programme d'éducation et de gestion du changement**
  - Tenir compte de la connaissance qu'ont les cliniciens des outils et processus du BCM électronique

- Créer des programmes qui répondent aux besoins éducatifs qui ont trait à la compréhension du concept de BCM électronique et à l'utilisation du logiciel pour mener ce processus
  - Veiller à ce que les professionnels de la santé soit conscient du bien-fondé du BCM électronique ainsi que de ses avantages, lacunes et répercussions sur la pratique
- 7. Commencer par un petit projet-pilote (par exemple au moment de l'admission dans une unité de l'hôpital) et bâtir l'expertise voulue**
- Évaluer le projet-pilote en mettant l'accent sur les leçons tirées, et utiliser ces nouvelles connaissances pour modifier l'outil de BCM électronique, les politiques et procédures de l'établissement ainsi que la formation
  - Encourager les professionnels de la santé à faire des commentaires
  - Fournir les ressources et le soutien dont ont besoin les professionnels de la santé pour déclarer les problèmes susceptibles d'avoir une incidence sur les soins aux patients (par exemple les erreurs d'origine technologique)
  - Évaluer le système et y apporter les améliorations voulues
- 8. Mettre le BCM électronique en service dans les autres parties de l'organisation. Établir un plan pour appliquer systématiquement le BCM électronique à l'admission, au transfert et au congé des patients dans toutes les parties de l'organisation**

## Annexe E – Caractéristiques et fonctions idéales du BCM électronique

Adapté avec la permission des auteurs du manuel MARQUIS (2011, p. 63 – 65)

Caractéristiques	Fonctions
Accès à une source électronique d'information sur les médicaments avant l'admission	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données d'ordonnance des pharmacies communautaires</li> <li>Listes des médicaments des DME pour soins ambulatoires utilisés couramment par les professionnels de la santé qui adressent les patients</li> <li>Ordonnances au congé à la suite d'hospitalisations récentes d'hôpitaux participants et/ou d'hôpitaux de la région</li> <li>Listes de médicaments tirées des dossiers de santé personnels des patients (idéalement reliés à un DME pour soins ambulatoires)</li> </ul>
Facilite la comparaison de sources diverses d'information sur les médicaments avant l'admission	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chaque médicament figure une fois sur la liste</li> <li>Capacité de : <ul style="list-style-type: none"> <li>voir la ou les sources de l'information sur les médicaments en question</li> <li>voir les différences de dose, de formulation, de voie et de fréquence d'administration de chaque médicament</li> <li>voir les dates de prescription/de commande, selon le cas, pour chaque source</li> <li>trier les médicaments selon le nom, la classe, la date et la source</li> </ul> </li> </ul>
Capacité de voir si le patient prend ses médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calcul des ratios de possession de médicaments et/ou graphiques du temps de possession des médicaments selon les données concernant leur commande et leur renouvellement à la pharmacie</li> <li>Accès à l'information documentée des DME et des DSP concernant le respect du traitement pharmacologique, les effets secondaires, les intolérances, etc.</li> </ul>
Documentation de la liste de médicaments avant l'admission	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité de transférer dans le MSTP l'information sur les médicaments avant l'admission, avec ou sans changement</li> <li>Capacité d'ajouter de nouveaux médicaments au MSTP à partir d'autres sources d'information (non électroniques)</li> <li>Capacité de mettre à jour le MSTP à tout moment durant l'hospitalisation</li> <li>Piste de vérification permettant de documenter les changements apportés au MSTP au cours de l'hospitalisation, y compris à quel moment ils ont été fait et par qui (nom et titre de la personne)</li> </ul>
Facilitation de la vérification du MSTP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attestation selon laquelle le MSTP est prêt à être vérifié</li> <li>Modification du MSTP visant à corriger toute erreur concernant l'historique</li> <li>Vérification des documents relatifs au MSTP par un deuxième clinicien</li> </ul>

Caractéristiques	Fonctions
Facilitation de la rédaction d'ordonnances à partir de la liste de médicaments avant l'admission	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation des mesures prévues à l'admission pour chaque médicament figurant dans le MSTP : continuer sans changement, continuer mais modifier, remplacer par un autre médicament, suspendre temporairement, cesser</li> <li>• Capacité de relier les médicaments continués au processus d'entrée d'ordonnance</li> </ul>
Facilitation du bilan à l'admission	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signalement des différences entre le MSTP et les ordonnances à l'admission</li> <li>• Documentation des motifs de changement intentionnel</li> <li>• Modification des ordonnances à l'admission au besoin pour corriger toute divergence non intentionnelle</li> <li>• Documentation de la vérification des ordonnances à l'admission par un deuxième clinicien</li> </ul>
Facilitation de la prescription de médicaments au moment d'un transfert dans un autre hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison du MSTP aux médicaments déjà prescrits (avant son transfert) au malade hospitalisé (triés par classe, les différences de médicaments, de fréquence et de voies d'administration surlignées)</li> <li>• Classement des médicaments de chaque liste comme ordonnances au transfert, avec ou sans autre modification</li> <li>• Ajout de nouveaux médicaments au transfert (qui ne figurent sur aucune des deux listes)</li> </ul>
Facilitation du bilan comparatif des médicaments au moment d'un transfert dans un même hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signalement des différences entre les médicaments du MSTP avant le transfert et les ordonnances au transfert</li> <li>• Documentation du motif des changements intentionnels apportés aux ordonnances au transfert</li> <li>• Modification des ordonnances au transfert pour corriger toute divergence non intentionnelle</li> <li>• Documentation de la vérification des ordonnances au transfert par un deuxième clinicien</li> </ul>
Facilitation de l'ordonnance de médicaments au congé de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison de la liste de médicaments avant l'admission aux médicaments déjà prescrits (avant le congé) au malade hospitalisé (triés par classe, les différences de médicaments, de fréquence et de voies d'administration surlignées)</li> <li>• Commande de médicaments de l'une ou l'autre liste sous forme d'ordonnance au congé, avec ou sans autre modification</li> <li>• Ajout de nouveaux médicaments au congé (qui ne figurent sur aucune des deux listes)</li> <li>• Impression et signature des ordonnances au congé (à partir de la liste des médicaments commandés)</li> </ul>
Facilitation du bilan au congé de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signalement des différences entre le MSTP, les médicaments avant le congé et les ordonnances au congé</li> <li>• Documentation des motifs pour lesquels des changements ont intentionnellement été apportés aux ordonnances au congé (comparativement au MSTP, par exemple)</li> <li>• Modification au besoin des ordonnances au congé pour</li> </ul>

Caractéristiques	Fonctions
	<p>corriger toute divergence non intentionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation de la vérification des ordonnances au congé par un deuxième clinicien</li> </ul>
<p>Outil visant à faciliter l'éducation des patients/des proches aidants</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impression d'une liste de médicaments finale au congé, dans un langage facile à comprendre pour le patient, qui mentionne clairement (avec des images si possible) les indications de chaque médicament, le(s) moment(s) de la journée où il doit le prendre, le nombre de comprimés/vaporisations, etc. à prendre chaque fois et les effets secondaires courants à surveiller</li> <li>• Imprimer une photo de chaque médicament (comprimé, inhalateur, etc.) en tenant compte de l'endroit où l'ordonnance sera exécutée</li> <li>• Explication claire des différences entre les schémas posologiques avant l'admission et au congé, avec mention des médicaments qui sont nouveaux, de ceux pour lesquels la dose, la formulation, la fréquence et la voie d'administration ont été modifiées, de ceux qu'il faut continuer à prendre sans modification et de ceux qui étaient pris avant l'admission, mais qu'il faut cesser.</li> </ul>
<p>Outils visant à faciliter la communication avec les professionnels de la santé qui prennent le patient en charge après son congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation claire, dans le dossier de congé, du schéma posologique au congé, accompagné d'une explication claire des changements par rapport au schéma posologique avant l'admission et de leurs motifs</li> <li>• Capacité de transmettre cette information par voie électronique aux professionnels qui s'occuperont du patient après son congé (par exemple à leur DME ambulatoire, au DME de l'établissement pour affections subaiguës, vers les systèmes informatiques de l'hôpital au moyen d'un portail en ligne ou au moyen de programme d'un serveur d'échange d'information sur la santé)</li> </ul>
<p>Outils visant à faciliter la conformité au processus de bilan comparatif des médicaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison du moment où le MSTP a été documenté et vérifié et de celui où le patient est admis</li> <li>• Permet des alertes, rappels et/ou arrêts immédiats si le MSTP n'est pas rempli à temps</li> </ul>
<p>Outils visant à faciliter d'autres activités d'amélioration de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérage automatique des patients qui présentent des risques élevés de non-respect de leur traitement pharmacologique (à partir, par exemple, du nombre et/ou des classes de médicaments figurent dans le MSTP à l'admission et/ou du nombre de changements entre les médicaments avant l'admission et les médicaments au congé) pour que les mesures appropriées puissent être prises</li> </ul>

## Annexe F – Mesure des résultats du bilan comparatif des médicaments

### Mesure des résultats

La mesure des résultats est une importante partie de l'évaluation du succès de la mise en place de votre BCM électronique, car elle permet à votre organisation de cerner les secteurs fructueux et de déceler ceux qui pourraient être améliorés. Pour pouvoir comparer la solution de BCM électronique au processus de bilan comparatif des médicaments que vous utilisiez jusque-là, il importe de recueillir des données de départ qui vous permettront de faire une comparaison avant-après. Voici une liste des quatre types de mesure, tels que décrits par SSPSM, accompagnés d'exemples propres au BCM électronique :

**Mesure des résultats** – Dites si l'équipe réalise ce qu'elle tente d'accomplir, et dressez un portrait de ce qui constituerait un succès.

**Exemple de mesure des résultats du BCM électronique** : Si l'objectif du BCM électronique est de réduire les divergences non intentionnelles et les divergences intentionnelles mais non documentées, il faut en évaluer le nombre.

**Mesure des processus** – Les processus qui ont une incidence directe sur les résultats sont mesurés de façon à garantir que tous les changements importants sont mis en place pour exercer les effets voulus sur les résultats.

**Exemple de mesure des processus du BCM électronique** : Le MSTP est accessible au moment voulu afin que le BCM électronique puisse être fait.

**Mesure de l'équilibre** – Mesure qui établit si les améliorations apportées à une partie du système ont été faites au dépens d'autres processus propres à d'autres parties du système (par exemple la modification du temps que les pharmaciens peuvent consacrer à offrir des consultations cliniques une fois le BCM électronique mis en place).

**Mesure de l'information** – Mesure qui permet de recueillir des détails d'ordre général concernant l'intervention (par exemple le nombre de bilans comparatifs des médicaments faits chaque mois).

Les données de départ permettent de bien déterminer les résultats fructueux et de repérer de nouvelles façons d'améliorer le processus en permettant la comparaison du rendement avant et après l'adoption du BCM électronique. Ainsi, avant d'adopter le BCM électronique, il faut recueillir, pour ce qui concerne les mesures suivantes, des données de départ au sujet du processus de bilan comparatif des médicaments existant (transition du système papier au système hybride, du système hybride au système entièrement électronique ou du système papier au système entièrement électronique).

On parle ici de la mesure des résultats, des objectifs et des types de mesure du bilan comparatif des médicaments décrits par SSPSM. Aussi, c'est une mesure propre aux divers milieux, comme les soins de courte durée, les soins à domicile et les soins de longue durée. Même si cette mesure n'est pas propre au BCM électronique (c'est-à-dire qu'elle est utilisée peu importe si le bilan se fait sur papier, selon une formule hybride ou de façon entièrement électronique), nous recommandons de poursuivre la surveillance même si le BCM électronique a été mis en place pour garantir que la solution donne les résultats voulus et répond aux objectifs de l'organisation.

## Mesure des résultats en soins de courte durée de SSPSM

Mesure des effets du bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée	Objectif	Type
1. Nombre moyen de divergences intentionnelles non documentées par patient	Diminution de 75 %	Résultat
2. Nombre moyen de divergences non intentionnelles par patient	Diminution de 75 %	Résultat
3. Bilan comparatif des médicaments au congé	100 %	Processus
4. Pourcentage de patients pour lesquels un bilan a été fait à l'admission	100 %	Processus

(SSPSM, [Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée, Trousse En avant!, 2011](#))

## Mesures supplémentaires du bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée

En plus des mesures décrites par SSPSM, il peut être très utile de recueillir des données sur les mesures suivantes :

- Pourcentage de patients pour lesquels un bilan a été fait au transfert
- Temps moyen nécessaire à la collecte de l'information nécessaire au MSTP
- Nombre de ré-hospitalisations dans les 30 jours qui suivent le congé
- Nombre possible de réactions indésirables à des médicaments

## Mesure des résultats en soins à domicile de SSPSM

Mesure des effets du bilan comparatif des médicaments en soins à domicile	Objectif	Type
1. Pourcentage de clients des soins à domicile admissibles pour lesquels un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) a été fait	95 %	Processus
2. Temps moyen requis pour établir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)	Fixe	Équilibrage
3. Pourcentage de clients des soins à domicile admissibles pour lesquels on a relevé au moins une divergence	% établi	Processus
4. Pourcentage de divergences de médicaments relevées, par type	100 %	Information

## Mesure des résultats en soins de longue durée de SSPSM

Mesure des effets du bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée	Objectif	Type
1. Nombre moyen de divergences intentionnelles non documentées par résident en soins de longue durée	95 %	Processus
2. Nombre moyen de divergences non intentionnelles par résident en soins de longue durée	Fixe	Équilibre
3. Pourcentage de résidents en soins de longue durée pour lesquels un bilan a été fait	Fixe (%)	Processus
4. Pourcentage de divergences de médicaments relevées, par type	100 %	Information

### Comment faire la surveillance et les rapports au sujet du BCM électronique?

Une fois le BCM électronique mis en place, sa surveillance devrait être plus facile et plus complète que celle du bilan comparatif des médicaments sur papier. En effet, des critères peuvent être fixés pour la production automatique de rapports périodiques (une fois par mois, par exemple). Ces rapports peuvent contenir des données qui peuvent servir à la comparaison du rendement d'unités distinctes (par exemple la chirurgie par rapport à l'urgence) ou être prises de façon globale pour toutes les unités. Il est donc plus facile de savoir si les objectifs du BCM électronique sont atteints et de déterminer quelles unités éprouvent plus de difficulté à les réaliser.

Comme les données sont réunies et stockées de façon électronique, les erreurs d'entrée des données de mesure du rendement sont limitées, et le temps consacré à la collecte des données est réduit. Souvent, avec le bilan comparatif des médicaments sur support papier, il fallait, en raison du temps nécessaire à l'analyse des dossiers et à la collecte des données, utiliser seulement un échantillon de dossiers pour faire l'estimation des éléments mesurés. Le BCM électronique permet désormais d'utiliser tous les dossiers pour déterminer les valeurs réelles (plutôt qu'une estimation) des statistiques descriptives.

*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, l'ISCP et ISMP Canada ont mis au point le Système de mesure de la sécurité des patients, système de mesure et de rapport de données servant à évaluer les progrès du bilan comparatif des médicaments. Cet outil est accessible gratuitement en français et en anglais et peut être adapté aux exigences des administrations publiques et des provinces.

« De plus, le Système de mesure de la sécurité des patients permet aux équipes de faire le suivi de leur propre performance au fil du temps, et de mettre celle-ci en corrélation avec celle d'autres hôpitaux de leur région, et, à plus grande échelle, avec celle des sections régionales des *Soins de santé plus sécuritaires maintenant* dans leur ensemble et partout au pays. Le système permet aux équipes de surveiller d'autres indicateurs de performance tels que le nombre de sites qui ont atteint leur objectif pour une stratégie spécifique et le temps qu'ils l'ont maintenu. »

Cliquez sur les liens suivants pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du Système de mesure de la sécurité des patients de SSPSM :

[Système de mesure de la sécurité des patients : les mesures pour prévenir les préjudices](#)

[Safer Healthcare Now! Patient Safety Metrics Training Manual](#) (en anglais seulement)

## Comment évaluer le taux d'adoption du BCM électronique et son efficacité?

### Évaluation du taux d'adoption (conformité)

Le BCM électronique facilite la mesure de la conformité. Ainsi, les éléments suivants peuvent être facilement déterminés pour chaque patient :

- A-t-on établi un MSTP?
- Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où le patient a été admis et celui où un MSTP a été établi?
- Le BCM électronique a-t-il été utilisé comme prévu? Quel pourcentage des bilans comparatifs des médicaments ont été faits à l'aide des outils électroniques? Quelles sources de données électroniques ont été utilisées, et à quelle fréquence? Ces sources fournissent-elles des données exactes?
- Le bilan comparatif des médicaments du patient a-t-il été fait à l'admission? Au transfert? Au congé?
- Le patient a-t-il reçu un MPMPC?
  - Les changements de schémas posologiques ont-ils été communiqués aux patients dans un langage simple?
  - Les changements de schémas posologiques ont-ils été communiqués aux professionnels de la santé appelé à prendre le patient en charge par la suite (par exemple son médecin de famille)?
  - Les changements de schémas posologiques ont-ils été communiqués et les nouvelles ordonnances ont-ils été communiqués à la pharmacie communautaire?

### Évaluation de l'efficacité : sécurité des patients et qualité des soins

L'efficacité du BCM électronique est tributaire de la qualité de l'exécution du bilan comparatif des médicaments. En effet, le BCM électronique ne pourra améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins par la réduction des divergences non intentionnelles et des divergences intentionnelles non documentées que si le MSTP est complet. De plus, chaque interface de soins peut occasionner d'autres erreurs qui s'accumuleront et provoquer des divergences qu'il faudra corriger.

Le recours à des sources d'information multiples pour le MSTP est considéré comme la meilleure façon d'assurer l'exactitude de l'information; il est donc primordial que l'outil de BCM électronique mentionne la source des données. De plus, s'il la mentionne effectivement (par exemple, le flacon de comprimés, la pharmacie communautaire), des données pourront être recueillies automatiquement, et on pourra savoir s'il y a eu plusieurs sources d'information pour la collecte des données du MSTP.

De récentes évaluations du BCM électronique ont révélé que, selon les types d'utilisateurs, la démarche utilisée pour l'utilisation du BCM électronique variait passablement, ce qui avait d'importantes répercussions sur la qualité du bilan pharmacologique. Par exemple, Boockvar et coll. (2011) ont constaté que certains utilisateurs (et particulièrement ceux qui n'avaient pas reçu la formation voulue sur le rôle, l'importance et les répercussions du BCM électronique) en sont arrivés très rapidement à utiliser les matrices électroniques et s'attendaient à ce que le processus soit plus exact maintenant qu'il faisait appel à la technologie. Par contre, d'autres utilisateurs ont reconnu que les matrices et les écrans de l'outil électronique ne visaient qu'à les aider dans leurs décisions et s'en sont servi pour remédier aux problèmes de sécurité. L'accès à la solution de BCM électronique peut donner faussement l'impression que le MSTP est bon parce qu'elle figure dans le système. Ce n'est pas nécessairement le cas, et seules des vérifications de la qualité permettront d'établir si le processus établi pour produire le MSTP est valable. Par conséquent, les auteurs de l'étude en question recommandent de mesurer la qualité du bilan comparatif des médicaments à l'aide des outils de vérification contenus dans le BCM électronique, d'observations

et d'études cognitives (Boockvar et coll., 2011). Voici une citation tirée du rapport de cette étude qui illustre le problème de la qualité du point de vue du pharmacien-utilisateur :

*« Demandez à quelqu'un d'évaluer la qualité du bilan et parlez à la personne qui l'a réalisé pour savoir s'il a été fait correctement ou non. J'ai vu trop de gens se contenter d'utiliser la matrice, de cliquer ici et là, puis de signer. Vous pouvez produire la note en deux minutes, mais elle ne sera pas exacte, ce qui ne va pas servir les intérêts du client. » – (Un pharmacien)*

De plus, on peut évaluer l'efficacité de l'adoption du BCM électronique en comparant les mesures d'adoption selon la formule avant-après :

- Nombre de ré-hospitalisations dans les 30 jours qui suivent le congé
- Nombre possible de réactions indésirables à des médicaments et nombre d'erreurs dans le bilan (selon des vérifications des dossiers)

## Annexe G – Analyse de rentabilisation du BCM électronique

### *Comment évaluer les répercussions du BCM électronique sur les coûts de l'organisation?*

Le principal rendement sur le capital investi (RCI) dans la mise en service du BCM électronique, comme pour le bilan comparatif des médicaments, provient des économies réalisées grâce à la réduction des réactions indésirables à des médicaments. Selon les estimations, le coût d'une telle réaction se situe entre 4 800 \$ US (Bates, Spell et Cullen, 1997) et 10 375 \$ US (Jha, Kuperman, Rittenberg, Teich et Bates, 2001).

### *Modèle d'économies annuelles nettes*

Dans le manuel MARQUIS, Meisel propose la formule suivante pour évaluer les économies de coûts nettes associées à un bilan comparatif des médicaments (2005, p. 73) :

#### MULTIPLIER

- Le nombre de divergences par patient
- x Le nombre de patients pour lesquels une personne peut faire un bilan en une année
- x Le pourcentage de patients pour lesquels une divergence résulterait en une réaction indésirable à un médicament
- x Le pourcentage d'efficacité du processus
- x Le coût d'une réaction indésirable à un médicament moyenne

= ÉCONOMIES BRUTES

#### SOUSTRAIRE

- Les investissements en ressources (personnel, équipement, TI)

= ÉCONOMIES NETTES ATTRIBUABLES À L'ADOPTION DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS

La formule de Meisel a permis d'évaluer à 146 250 \$ (soit 325 % de RCI pour un nouveau membre du personnel) les économies annuelles nettes réalisées grâce aux données qu'il a recueillies dans l'établissement auquel il est rattaché.

## Justification des bilans comparatifs des médicaments réalisés par les pharmaciens

Outre les économies générales nettes, il peut être utile de déterminer s'il est financièrement justifié de confier exclusivement aux pharmaciens les tâches relatives au BCM électronique. Dans le manuel MARQUIS, Rough (2006) fournit une estimation des économies associées à l'exécution du bilan comparatif des médicaments par un pharmacien à l'admission :

Justification du recours à un pharmacien pour la collecte des antécédents médicaux et le bilan comparatif des médicaments à l'admission

Nombre moyen de divergences/d'erreurs médicales par patient	2,5
Nombre de patients admis par année	43 312 (2006)
Nombre d'erreurs médicales qui pourraient être évitées par année	95 286 (2,2 x 43 312)
Pourcentage de médicaments qui pouvaient représenter un risque pour les patients durant l'hospitalisation	2,5 %
Nombres d'erreurs attribuables à des médicaments dangereux par année	2 382
Économies brutes annuelles pour l'hôpital (4 800\$/erreur de ce type)**	11 434 320\$
Temps moyen requis pour les pharmaciens pour chaque admission*	21 minutes
ETP supplémentaires de pharmaciens nécessaires pour ce service (en fonction de 115 admissions/jour)	~5 ETP
Coût de ces ETP supplémentaires (salaires et avantages sociaux)	625 000 \$
<b>Économies annuelles nettes</b>	<b>10,8 millions de \$</b>

\*Établi à partir d'une évaluation faite auprès de 651 patients en médecine générale interrogés par un chercheur en pharmacie qui a obtenu les antécédents médicaux complets et le bilan comparatif des médicaments, l'historique des médicaments et les ordonnances en cours.

\*\*Bates DW, Spell N, Cullen DJ et coll., « The cost of adverse drugs events in hospitalized patients », *JAMA*, 1997, 277 : p. 307-311

Toutefois, l'évaluation du temps nécessaire aux pharmaciens pour faire le bilan comparatif des médicaments peut ne pas être le même si le bilan est électronique. Voici une estimation du temps requis pour établir le MSTP et pour les tâches relatives au bilan.

## Temps requis par le pharmacien pour recueillir l'historique des médicaments et faire le bilan\*

Temps moyen requis pour obtenir l'historique des médicaments	9 minutes/patient
Temps moyen requis pour obtenir l'historique des médicaments et fournir la documentation/les interventions nécessaires	12 minutes/patient
Temps moyen requis pour examiner les dossiers avant l'historique des médicaments, l'entrevue à ce sujet et la documentation/les interventions nécessaires	21 minutes/patient

\*Établi à partir d'une évaluation faite auprès de 651 patients en médecine générale interrogés par un chercheur en pharmacie qui a obtenu les antécédents médicaux complets et le bilan comparatif des médicaments, l'historique des médicaments et les ordonnances en cours.

### Autres sources d'économies financières

En plus des économies financières associées à la prévention des réactions indésirables à des médicaments, « les économies réalisées en raison de la réduction du nombre de réadmissions et de la réduction des erreurs médicales, couplées aux hausses de revenus attribuables à l'augmentation de la part de marché » (manuel MARQUIS, p. 75) peuvent aussi être des sources de motivation pour l'adoption du BCM électronique.