

LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS AIGUS



Trousse de départ

Version 4

mars 2017

www.securitedespatients.ca

Cette Trousse de départ a été rédigée pour susciter l'engagement des équipes interprofessionnelles et interdisciplinaires à prendre part à une démarche dynamique visant à améliorer la qualité et la sécurité. La Trousse de départ présente les données probantes, les connaissances et les pratiques les plus récentes au moment de sa publication et intègre les apprentissages réalisés depuis la première publication de la trousse en 2005. Nous sommes toujours ouverts à travailler de façon consultative à la mise à jour du contenu de cette trousse au fur et à mesure que de nouvelles données probantes feront leur apparition puisque, ensemble, nous pouvons rendre les soins de santé plus sécuritaires au Canada.

Remarque :

Les trousse de départ utilisées au Québec sont les mêmes et sont disponibles en français et en anglais.

Ce document relève du domaine public et peut être utilisé et réimprimé sans permission en autant que la référence soit citée de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.

© 2015 l'Institut canadien pour la sécurité des patients, ISMP Canada

Remerciements

Les auteurs de ce document souhaitent reconnaître et remercier :



L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) dirige la stratégie portant sur le bilan comparatif des médicaments et a supervisé l'élaboration de cette Trousse de départ.



Nous tenons à remercier l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour son soutien financier et le temps consacré à l'élaboration des trousse de départ.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux personnes suivantes pour leur importante contribution aux révisions de cette trousse.

Comité d'experts du bilan comparatif des médicaments

Province	Nom	Établissement	Poste
C.-B.	Bachand, Richard	Island Health	Director, Medication Stewardship & Safety, Quality, Safety and Improvement
Ont.	Beaton, Carla	Medical Pharmacies Group Limited, fournisseur national de pharmacie pour les soins de longue durée et des foyers / communautés de personnes âgées	Vice-présidente, Innovations cliniques et amélioration de la qualité
Ont.	Bell, Chaim	Université de Toronto, St Michaels Hospital	Professeur adjoint en médecine et en politiques, gestion et évaluation de la santé, Médecin interniste général
Ont.	Dolinki, Rosanna	CBI Health Group, Ontario	Dirigeante nationale de la pratique clinique
Ont.	Facca, Nadia	London Health Sciences Centre	Gestionnaire de pharmacie
Ont.	Fernandes, Olavo	University Health Network	Chef de la pharmacie clinique, University Health Network
Ont.	Flintoft, Virginia	Université de Toronto	Gestionnaire de projet
Ont.	Lam, James	Providence Healthcare	Directeur des services pharmaceutiques
C.-B.	Lester, Mary Lou	BC Patient Safety and Quality Council	Chargée de l'utilisation sécuritaire des médicaments – C.-B.
N.-B.	Pickard, Paula	Horizon Health Network	Conseillère en sécurité des patients
Ont.	Holbrook, Anne	McMaster University, St Joseph's Health Care Hamilton et Hamilton Health Sciences	Directrice, Division de pharmacologie et toxicologie cliniques, Personnel médical, St. Joseph's Healthcare Hamilton et Hamilton Health Sciences
Ont.	Hamilton, Mike	York Region Community and Health Services	Médecin en soins de longue durée

Province	Nom	Établissement	Poste
C.-B.	Wolfe, Darcie	Vancouver Island Health Authority	Conseillère en utilisation sécuritaire des médicaments
Alb.	McDonald, Dawn	Services de pharmacie- Alberta Health Services	Pharmacienne conseillère en pratique du bilan comparatif des médicaments
T.-N.L.	Howley, Heather	Agrément Canada	Spécialiste en recherche sur les services de santé
Ont.	Gavendo, Linda	Baycrest Health Sciences	Pharmacienne
C.-B.	Whittaker, Cherie	Princeton General Hospital	Gestionnaire de site
C.-B.	Trapnell, Karin	Vancouver Coastal Health	Chef régional du BCM
Alb.	Moorgen, Vanessa	Alberta Health Services	Consultante sénior en gestion du médicament
C.-B.	Walker, Janet	Vancouver Island Health Authority	Chef régionale en utilisation sécuritaire des médicaments
T.-N.L.	Proulx, Caroline	Agrément Canada	Spécialiste en recherche sur les services de santé
Sask.	Berry, Cynthia	Région sanitaire de Saskatoon	Pharmacienne responsable du bilan comparatif des médicaments
Man.	Patton, Beatrice	Winnipeg Regional Health Authority	Pharmacienne en sécurité des patients

Nous exprimons notre reconnaissance aux nombreux réviseurs à travers le pays pour leurs suggestions judicieuses et leur très grand apport à ce Trousse de départ. Nous voulons également souligner la contribution du personnel et des étudiants de l'ISMP Canada dans l'élaboration de cette trousse, notamment Kim Streitenberger, Alice Watt, Brenda Carthy, Lisa Sever, Ambika Sharma et Janica Chan.

Avertissement : Les renseignements et les documents contenus dans cette trousse vous sont uniquement fournis à titre d'exemple, à des fins pédagogiques et dans le but de vous fournir des renseignements généraux ainsi que pour des fins pratiques. Des conseils pertinents provenant de professionnels qualifiés sont nécessaires afin de mettre en pratique ces connaissances dans un milieu de soins ou un établissement donné. L'utilisation des renseignements contenus dans ce document se fait aux risques de l'utilisateur seulement. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et les établissements participants ne sont en aucun cas responsables ni imputables de l'utilisation faite des renseignements fournis dans cette trousse.

Table des matières

Remerciements.....	3
Comité d'experts du bilan comparatif des médicaments	4
L'objectif de la Trousse de départ : le bilan comparatif des médicaments.....	8
Glossaire des termes	9
Aperçu du bilan comparatif des médicaments.....	12
Qu'est-ce que le bilan comparatif des médicaments ?	12
Les arguments en faveur du bilan comparatif des médicaments	13
L'impact du bilan comparatif des médicaments.....	14
Le processus du bilan comparatif des médicaments en soins aigus.....	20
1re ÉTAPE - Créer un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)	22
Définition.....	22
Quels médicaments devraient être inscrits dans le MSTP ?	23
Quel est le meilleur moment pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) ?	23
Qui devrait compléter le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) ?.....	23
Comment effectuer un MSTP.....	24
2e ÉTAPE : Établir le BCM.....	27
3e ÉTAPE : Consigner et communiquer	27
Le BCM à l'admission	27
Modèles de bilans comparatifs des médicaments.....	27
Le bilan comparatif des médicaments lors d'un transfert à l'interne.....	30
Le bilan comparatif des médicaments au congé.....	33
Collaboration intersectorielle.....	37
Améliorer la coopération des patients	37
Mesurer le processus de BCM.....	38
Mesures recommandées	38
Mesures additionnelles	40
Résumé	41
Annexe A : Mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments	43

Annexe B : Ressources liées aux mesures	48
Mesurer la performance et l'amélioration	48
Stratégies d'échantillonnage.....	49
Conseils sur le suivi des indicateurs	50
Annexe C : Le modèle d'amélioration.....	53
Annexe D : Exemples d'outils et de ressources	56
Triage des patients pour le BCM au Service d'urgence	56
Formulaire du BCM à l'admission	58
Horaire de la prise de médicaments au congé.....	59
Meilleur plan médicamenteux possible au congé	60
Guide pour obtenir le meilleur plan médicamenteux possible au congé.....	61
Horaire de la prise de médicaments au congé.....	62
Liste de vérification relative au bilan comparatif des médicaments au congé	63
D'exemple d'un système d'ordonnance électronique	64
Carte format portefeuille pour le patient.....	65
Horaire de la prise de médicaments au congé à l'attention des patients et de la famille.....	65
Lettre d'information sur les médicaments au congé	66
5 questions à poser à propos de vos médicaments.....	68
Annexe E : Références.....	70

L'objectif de la Trousse de départ : le bilan comparatif des médicaments

La Trousse de départ fournit du soutien pour débiter la démarche sur un petit nombre de patients, effectuer des changements et élaborer, mettre en œuvre et évaluer graduellement le bilan comparatif des médicaments à grande échelle à l'aide de processus d'amélioration de la qualité. Cette Trousse de départ comprend une mise à jour des données servant au bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert et au congé.

Dans cette Trousse de départ, les pictogrammes suivants seront utilisés :



Principe directeur



Rappels



Conseil



Foire à questions

Glossaire des termes

Dans cette Trousse de départ, les termes suivants seront utilisés.

Accident lié à la médication : Un préjudice causé par un médicament ou l'absence d'un médicament prescrit. Comprend les effets indésirables liés à la médication et les préjudices liés aux erreurs de médication.¹

Bilan comparatif des médicaments : 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. Le bilan comparatif des médicaments nécessite une analyse systématique et exhaustive de tous les médicaments pris par le patient pour s'assurer que les médicaments ajoutés, modifiés ou interrompus soient évalués attentivement. Il représente l'une des composantes de la gestion de la pharmacothérapie et permettra de fournir les renseignements qui aideront les prescripteurs à prendre les décisions les plus appropriées pour le patient.

Cadre supérieur : Personne désignée par un établissement (p.ex., un vice-président) qui peut éliminer les obstacles et allouer les ressources.

Divergences intentionnelles : Une *divergence intentionnelle* survient lorsque le prescripteur a consciemment pris la décision d'ajouter, de modifier ou de cesser un médicament et sa décision est clairement documentée. Ceci est considéré comme une « meilleure pratique » en matière de bilan comparatif des médicaments.

Divergences intentionnelles non documentées : Une *divergence intentionnelle non documentée* survient lorsque le prescripteur a consciemment pris la décision d'ajouter, de modifier ou de cesser un médicament, mais que cette décision n'a pas été clairement notée au dossier. Les divergences intentionnelles non documentées constituent une faille dans la documentation. Elles ne sont pas des erreurs de médicaments en tant que telles et ne constituent habituellement pas une menace sérieuse à la sécurité des patients. Les *divergences intentionnelles non documentées* peuvent toutefois entraîner de la confusion, nécessiter des démarches supplémentaires et provoquer des erreurs de médication. On peut en réduire la fréquence en uniformisant la méthode de documentation des ordonnances à l'admission. Les *divergences intentionnelles non documentées* représentent 25 à 75 % de toutes les divergences.

Divergences non intentionnelles : Une *divergence non intentionnelle* survient lorsque le prescripteur a modifié, ajouté ou omis involontairement de prescrire un médicament que le patient prenait avant l'admission. Les divergences non intentionnelles constituent des erreurs de médicaments potentielles qui peuvent entraîner des ÉIM. On peut en réduire la fréquence en s'assurant de la formation adéquate des infirmières, des prescripteurs et des pharmaciens pour mener une entrevue exhaustive permettant d'obtenir l'histoire pharmacothérapeutique d'un patient et en utilisant efficacement les pharmaciens cliniciens dans l'identification et la correction de ces divergences. Dans les établissements qui n'ont pas accès à des pharmaciens cliniciens, la correction des divergences peut être assignée à d'autres professionnels de la santé.

Gestion des médicaments : Un concept global qui décrit la prestation des soins centrés sur le résident visant à optimiser une thérapie médicamenteuse sécuritaire, efficace et appropriée. Les soins sont dispensés par une collaboration entre les résidents et leur équipe de soins de santé.¹

Médicament sans ordonnance : Le terme « médicament sans ordonnance » sera utilisé en référence à tous les médicaments non prescrits par un professionnel de la santé et *peut* comprendre des médicaments en vente libre, des suppléments nutritionnels, des vitamines, des produits naturels ou des drogues récréatives.

Médicament sous ordonnance : Le terme « médicament sous ordonnance » sera utilisé en référence à tous les médicaments prescrits par un professionnel de la santé. Les médicaments sous ordonnance comprennent tous les médicaments prescrits (tels que définis par chacune des lois provinciales sur les médicaments), et peuvent comprendre des médicaments en vente libre (p.ex. l'acide acétylsalicylique) et des vitamines (p.ex. des suppléments de calcium).

Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) : Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) consiste en une évaluation de l'historique de l'utilisation de tous les médicaments à l'aide :

- 1) d'un processus systématique d'entrevue avec les résidents et leur famille, et
- 2) de l'analyse d'au moins une autre source de renseignements fiable dans le but d'obtenir et valider tous les médicaments pris par le résident (avec ou sans ordonnance).

Il s'agit d'une documentation complète comprenant le nom, la dose, la voie d'administration et la fréquence du médicament. Le MSTP est plus exhaustif qu'un schéma thérapeutique sommaire qui permet souvent d'obtenir une liste rapide et préliminaire des médicaments, mais qui ne comporte habituellement pas de consultation de plusieurs sources de renseignements.

Meilleur plan médicamenteux possible au congé (MPMPC) : Le MPMPC inclut les médicaments pris par le résident avant son admission (MSTP), une liste des médicaments à jour du RAM et tous les nouveaux médicaments que le résident doit prendre lorsqu'il reçoit son congé. Le MPMPC doit être communiqué au résident, au médecin traitant, au pharmacien communautaire et à tout autre établissement ou service de soins de santé concerné. Le MPMPC peut comprendre :

- ❖ Une liste précise et à jour des médicaments que le patient devrait prendre au moment du congé;
- ❖ Une lettre de transfert à l'attention du prochain prestataire de soins concernant les renseignements relatifs aux médicaments et devant inclure la justification des changements apportés à la médication;
- ❖ Une ordonnance de départ structurée à l'attention du prochain prestataire de soins ou du pharmacien communautaire;
- ❖ Une grille de renseignements à l'attention des patients et/ou une carte format portefeuille.

Mise en œuvre complète : Les processus, les procédures et les pratiques sont peaufinés et finalisés et ont mené à des améliorations significatives. Tous les membres de l'équipe sur les unités de soins sélectionnées les appliquent systématiquement et continuent d'assurer le suivi et la durabilité de leur rendement pour atteindre l'objectif ciblé ou s'en rapprocher le plus possible. Ils ont atteint leur but et sont prêts à le déployer sur d'autres unités.

Ordonnances à l'admission (OA) : Les ordonnances à l'admission rédigées par le prescripteur et notées au dossier dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient dans un établissement de santé. Un délai de 24 heures est recommandé pour clarifier les ordonnances à l'admission (c.-à-d., permettre aux processus de soins réguliers de corriger les problèmes survenant au moment de l'admission). Ces processus réguliers devraient comprendre la clarification des ordonnances à l'admission ambiguës par les pharmaciens cliniciens.

Schéma thérapeutique sommaire : L'évaluation initiale de l'histoire pharmacothérapeutique effectuée au moment de l'admission, habituellement par un médecin ou une infirmière. Différentes sources d'informations peuvent être utilisées pour obtenir le STS, y compris les entrevues avec le résident et sa famille, l'analyse des listes et des flacons de médicaments ou un suivi avec la pharmacie communautaire ou le médecin de famille.²

Soins en continu : La continuité souhaitable des soins prodigués à un résident dans le système de santé à travers tous types de soignants et de milieux de soins.³

Transfert à l'interne : Le transfert est une interface de soins au cours de laquelle des ordonnances doivent être révisées et réécrites en conformité avec les politiques de l'établissement. Il peut s'agir d'un changement de service, d'un changement de niveau de soins, d'un transfert postopératoire ou d'un transfert entre deux unités en raison de la disponibilité des lits.

Aperçu du bilan comparatif des médicaments

Qu'est-ce que le bilan comparatif des médicaments ?

Il s'agit d'un processus formel au cours duquel les prestataires de soins de santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et d'autres soignants afin d'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement communiqués à travers les transitions de soins.

Le BCM nécessite une analyse systématique et exhaustive de tous les médicaments que prend le patient pour s'assurer que les médicaments ajoutés, modifiés ou cessés soient évalués attentivement. Le BCM est une composante essentielle de la gestion des médicaments qui oriente les prescripteurs et leur permet de prendre les meilleures décisions de prescription possibles pour le patient. La compréhension de l'utilisation de la médication actuelle du patient est un prérequis de la gestion sécuritaire des médicaments.



1. En collaboration avec l'Association des pharmaciens du Canada, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et la Faculté de pharmacie de l'Université de Toronto, 2012

2. www.health.gov.bc.ca/pharmacare

3. ISMP Canada. « Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée. Trousse En avant! », 2011.

4. ISMP Canada. « Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée. Trousse En avant! », 2011.

D'après Fraser Health, Providence Health Care, Provincial Health Services Authority et Vancouver Coastal Health

Reconnaissant l'importance de cette initiative, la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments fait partie des exigences d'Agrément Canada. Veuillez visiter [www.accreditation.ca/fr](http://www accreditation.ca/fr) pour obtenir de plus amples renseignements sur les pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada.

Les arguments en faveur du bilan comparatif des médicaments

Il est bien connu que les accidents liés à la médication se produisent à une fréquence inquiétante et que les problèmes de communication entre les milieux de soins constituent un facteur significatif qui contribue à leur survenue.

L'Étude canadienne sur les événements indésirables, les événements relatifs aux médicaments et aux solutés étaient les deuxièmes types de procédures ou d'événements les plus courants associés à l'apparition d'événements indésirables⁴. Par ailleurs, les analyses de dossiers ont démontré que plus de la moitié de toutes les erreurs de médicaments à l'hôpital se produisaient lors des interfaces de soins.⁵

À l'admission

- Une vaste étude réalisée en 2011 a démontré que les patients admis à l'hôpital étaient plus à risque de faire cesser involontairement des traitements chroniques fondés sur des données probantes comparativement au groupe contrôle. Le risque de cessation involontaire de ces médicaments était même encore plus élevé suite à une admission aux soins intensifs.⁶ [Niveau IV]
- En 2005, une étude menée dans un établissement de santé canadien a démontré que 54 % de la population à l'étude avait subi au moins une divergence non intentionnelle, parmi laquelle 39 % avait le potentiel de causer un inconfort modéré à grave ou une détérioration clinique. La divergence la plus courante (46 %) consistait en l'omission d'un médicament pris régulièrement.² [Niveau VI]

Au moment du transfert

- Dans une étude canadienne réalisée en 2010, 62 % de la population à l'étude avait subi au moins une divergence non intentionnelle au moment du transfert, et la divergence la plus courante était l'omission d'un médicament (55,6 %). Les facteurs indépendants qui augmentaient le risque qu'un patient subisse au moins une divergence non intentionnelle comprenaient l'absence d'un meilleur schéma thérapeutique possible, l'augmentation du nombre de médicaments pris à domicile et l'augmentation du nombre de médicaments au moment du transfert. Quarante-sept patients (36,4 %) avaient subi au moins une divergence non intentionnelle qui pouvait potentiellement causer un inconfort et/ou une détérioration clinique.⁷ [Niveau VI]

Au moment du congé

- Forster et ses collaborateurs ont suivi 361 patients ayant obtenu leur congé d'un service de médecine interne général dans un centre hospitalier universitaire canadien vers leur domicile ou en résidence pour déterminer le risque, la gravité et le type d'événements indésirables (ÉI) après leur congé. Les médecins examinateurs ont déterminé que 72 patients (23 %) avaient subi un ÉI après leur congé. De tous les ÉI, 72 % étaient associés aux médicaments et la majorité étaient considérés évitables ou pouvant faire l'objet d'améliorations. Les auteurs ont conclu que l'amélioration de la surveillance et de la communication avec les intervenants communautaires étaient nécessaires pour améliorer la sécurité après le congé.⁸ [Niveau VI]
- Dans une étude de 2015, Scales et ses collaborateurs ont documenté le risque présenté par les traitements médicamenteux qui se poursuivent involontairement après le congé d'un hôpital de soins aigus, et les coûts consécutifs que de tels traitements non indiqués entraînent pour le système de santé. Bien que le pourcentage d'utilisation continue passait de 1,4 % pour les antipsychotiques à 6,1 % pour les antiacides, les chiffres absolus étaient si importants qu'ils représentaient 18 millions \$ CA pour les cohortes étudiées.⁹ [Niveau IV]

L'impact du bilan comparatif des médicaments

La littérature par rapport à l'impact potentiel du bilan comparatif des médicaments continue à prendre de l'ampleur. La démarche relative au bilan comparatif des médicaments s'est révélée être une puissante stratégie pour contrer les accidents liés à la médication lorsque les patients passent d'un niveau de soins à l'autre.

Survol

Le BCM mené par la pharmacie à l'admission ou au congé réduit les divergences de médicaments

- En 2016, une revue systématique de 19 études (dont 11 étaient des ECR) a démontré que les BCM menés par le service de pharmacie représentaient une stratégie efficace pour réduire les divergences de médicaments. L'incidence était d'autant plus importante lorsque le BCM était réalisé à l'admission ou au congé, plutôt qu'en de multiples points de transition de soins. Des études complémentaires s'avèrent aussi nécessaires pour évaluer l'impact de la participation des assistants techniques en pharmacie au bilan comparatif des médicaments.¹⁰ [Niveau I]

Les BCM réalisés par des pharmaciens contribuent à la réduction du taux de réadmissions et de visites aux urgences, toutes causes confondues, et des soins hospitaliers liés aux accidents liés à la médication

- En 2016, une revue systématique de 17 études (dont 8 étaient des ECR) a démontré que les programmes de BCM menés par des pharmaciens avaient un impact clinique : une réduction substantielle du taux des réadmissions toutes causes confondues (19 %), des visites aux urgences toutes causes confondues (28 %) et des nouvelles visites à l'hôpital associées aux accidents liés à la médication (67 %). Cependant, les données

probantes actuelles ne permettent pas de démontrer de façon concluante les effets sur le taux de mortalité et les critères composites des réadmissions et des visites aux urgences, toutes causes confondues. Des études complémentaires sont nécessaires, avec de robustes ECR de grande envergure et d'excellente qualité, afin de confirmer ces conclusions.¹¹ [Niveau I].

À l'admission

Réduit les accidents liés à la médication

- En 2011, une étude a démontré que le bilan comparatif des médicaments à l'admission avait mené à une diminution de 43 % des accidents liés à la médication réels causés par des erreurs au niveau des ordonnances à l'admission.¹² [Niveau VI]

Intercepte des divergences cliniquement importantes avant que les patients ne subissent de préjudices

- Dans une étude effectuée par Vira et ses collaborateurs, 60 % de leurs patients recrutés de façon prospective avaient subi au moins un écart (une divergence) involontaire et 18 % avaient subi au moins un écart cliniquement significatif au moment de l'admission. Aucun des écarts observés n'avait été détecté par la pratique clinique habituelle avant que le bilan comparatif des médicaments ne soit réalisé. Parmi les 20 écarts cliniquement significatifs, une démarche relative au bilan comparatif des médicaments avait permis d'intercepter 75 % des écarts avant que les patients ne subissent de préjudices.¹³ [Niveau IV]

Les assistants techniques en pharmacie peuvent faire des MSTP

- Un établissement canadien a étudié la capacité des assistants techniques en pharmacie à obtenir des histoires pharmacothérapeutiques par rapport aux pharmaciens. Cette étude a démontré que les assistants techniques en pharmacie compétents étaient en mesure d'obtenir un MSTP pour les patients au service d'urgence de façon aussi précise et complète que les pharmaciens.¹⁴ [Niveau VI]

Des variables associées aux accidents liés à la médication chez les patients sont identifiées à l'urgence

- Dans une étude de 2012, Hohl et ses collaborateurs ont identifié des variables associées aux accidents liés à la médication chez les patients afin d'élaborer des règles de décisions cliniques, facilitant ainsi le dépistage des patients à risque qui bénéficieraient le plus d'une revue de leurs médicaments par un pharmacien. Les facteurs étaient ≥ 1 condition de comorbidité, des antibiotiques au cours des 7 derniers jours, un changement à la médication au cours des 28 derniers jours, l'arrivée par ambulance ou triage ÉTG 1-3, l'admission à l'hôpital au cours du dernier mois, des antécédents d'insuffisance rénale ou créatinine sérique ≥ 150 , ou prise de ≥ 3 médicaments d'ordonnances.¹⁵ [Niveau IV]

Au moment du congé

Le rôle du pharmacien clinicien en tant que gestionnaire des médicaments réduit les divergences de médicaments au congé

- Dans une étude de 2016, Alex et ses collaborateurs ont démontré l'avantage de l'intégration d'un pharmacien clinicien dans l'équipe de soins, en plus de son impact sur la réduction des erreurs dans les dossiers médicaux électroniques et les ordonnances informatisées des médecins. Le rôle de gestionnaire de des médicaments assumé par le pharmacien a entraîné 93,8 % de congés sans divergence de médicaments dans les 72 heures – comparativement à 40,2 % dans le groupe témoin sans pharmacien désigné.¹⁶ [Niveau II]

Les services d'un pharmacien au moment du congé réduisent les divergences de médicaments

- Dans une étude de 2010, Eggink et ses collaborateurs ont démontré une réduction significative du risque de divergences de médicaments et d'erreurs dans les ordonnances des patients atteints d'insuffisance cardiaque au cours du premier mois suivant leur congé. L'intervention d'un pharmacien au moment du congé – par divers services, dont la revue des médicaments, la communication avec le cardiologue, les conseils aux patients, etc. – a entraîné une réduction relative du risque de 57 % des divergences de médicaments et de 42 % des erreurs d'ordonnances.¹⁷ [Niveau I]

Le BCM au congé réduit les divergences de médicaments

- Dans une étude de 2009 comparant les divergences de médicaments au congé, une stratégie comprenant un bilan comparatif des médicaments au congé a permis de diminuer les divergences de médicaments identifiées au moment du congé de 26 % comparativement à un groupe témoin pour lequel le bilan comparatif des médicaments n'avait pas été réalisé¹⁸. [Niveau II]

Les pharmaciens ont identifié des divergences de médicaments pouvant avoir une incidence sur la durée de séjour à l'hôpital

- Dans une étude d'observation prospective, des pharmaciens ont découvert que 41 % des patients avaient au moins une divergence de médicaments, et que les patients qui prenaient 8 médicaments ou plus au moment du congé présentaient un risque accru de divergence (bloc opératoire 8,5, $p < 0,001$, 95 % IC 2,8, 25,5). La durée de séjour était considérablement plus longue chez les patients chez qui des divergences avaient été constatées que chez ceux où aucune divergence ne s'était produite (6,0 jours par rapport à 4,3 jours, respectivement, $p = 0,017$). Le pharmacien a identifié des divergences de médicaments chez 2 patients sur 5 ayant pris leur congé de l'hôpital au cours de l'étude, démontrant ainsi la nécessité de l'intervention constante d'un pharmacien à ce point de transition des soins.¹⁹ [Niveau VI]

L'intensité du BCM catégorisée du niveau Bronze à Diamant selon les caractéristiques des patients

- Dans un article publié dans une revue canadienne, Fernandes examine les données probantes sur le BCM au congé et les catégorise selon les niveaux d'intensité précédemment étudiés et publiés. Les niveaux utilisés y sont décrits selon leurs composantes clés et sont classés de bronze à diamant.²⁰ [Niveau VII]

Le BCM et d'autres interventions aux points de transition sont jugés utiles et bénéfiques par les patients

- En 2015, une étude contrôlée randomisée a démontré que la majorité des patients mentionnaient qu'il était « très utile » de parler de leur médication à un pharmacien avant leur congé (72,8 %), particulièrement de la façon de prendre leurs médicaments et de prévenir et gérer les effets secondaires. La remise d'une liste de médicaments illustrée (69,6 %) et le suivi téléphonique effectué après le congé (68,0 %) étaient aussi jugés très utiles. Les patients spécifiaient que cette intervention avait un effet durable et qu'ils se sentaient plus à l'aise de discuter de leur médication avec les prestataires de soins externes après leur congé.²¹ [Niveau II]

Le BCM à l'admission et au congé est identifié en tant qu'Indicateur de performance clé (IPC) de la pharmacie clinique pour les pharmaciens d'hôpitaux

- Parmi l'ensemble des indicateurs de performance clés de la pharmacie clinique (IPCpc) pour les soins pharmaceutiques prodigués aux patients hospitalisés au Canada, 2 IPCpc sur 8 étaient associés au bilan comparatif des médicaments. Les IPCpc pour le BCM à l'admission et le BCM au congé déterminant la proportion de patients qui obtiennent un BCM documenté (ainsi que la résolution des divergences identifiées) par un pharmacien.²² [Niveau VII]

Le BCM réalisé au congé parmi une suite d'interventions a démontré des résultats positifs pour le patient

- Les données probantes étant limitées, il est impossible de tirer de conclusion sur l'impact qu'a, à lui seul, le bilan comparatif des médicaments sur l'état du patient. Toutefois, le BCM réalisé parmi une suite d'interventions au moment du congé se révèle bénéfique.²³ [Niveau I]

Au moment d'une réadmission

L'intervention des pharmaciens, incluant le BCM, réduit le nombre de réadmissions

- Dans un centre médical universitaire du sud de l'Arizona, des pharmaciens ont assisté à des réunions interdisciplinaires de coordination des congés, coordonné/contribué avec des médecins aux ordonnances de départ, facilité la répartition des médicaments et informé les patients sur les médicaments qu'ils avaient à prendre après leur sortie. Les pharmaciens réalisaient un BCM une fois que l'ordonnance de départ avait été faite. Les interventions des pharmaciens ont réduit de façon significative le nombre de réadmissions comparativement à l'année de contrôle (25 par rapport à 27,5, respectivement, $p = 0,0369$).²⁴ [Niveau III]

La collaboration entre une infirmière en planification des congés et un pharmacien en soins de transition réduit les taux de réadmission

- Dans le cadre d'un projet de 4 ans visant à réduire les taux de réadmission après 30 jours, toutes causes confondues, des enquêteurs de l'Hôpital général du Massachusetts ont constaté qu'après l'intégration d'une infirmière en planification des congés et d'un pharmacien en soins de transition, les taux de réadmission avaient diminué de 30 % (21 % avant l'intervention à 14,5 % après l'intervention, $p < 0,05$).²⁵ [Niveau III]

La coordination des services pharmaceutiques externes par un pharmacien à l'interne réduit les taux de réadmission après 30 jours

- Des patients correspondant à certains critères en vue d'un bilan comparatif de médicaments accompagné d'information connexe ont été identifiés par un pharmacien au cours des visites d'une équipe multidisciplinaire auprès de patients hospitalisés. Les soins pour ces futurs patients externes avaient été entamés à leur admission par des techniciens expérimentés en pharmacie. Avant l'intervention, le taux de réadmission après 30 jours était de 13,7 % (année financière de 12 mois (AF) se terminant en juin 2011). Après la mise en œuvre en avril 2011, le taux annuel de réadmissions avait baissé à 11,3 % pour l'AF 2012 et était de 12,2 % pour l'AF 2013.²⁶ [Niveau VI]

L'impact du BCM seul demeure difficile à cerner; plus de recherches s'imposent

- Dans une revue systématique de 18 études, les auteurs ont constaté que le fait de cibler les patients à haut risque (sélectionnés selon des critères communs) n'améliore pas l'impact du BCM. Notons que ce n'est probablement pas le bilan comparatif des médicaments qui a réduit à lui seul l'utilisation des soins hospitaliers suite au congé. L'impact du bilan comparatif des médicaments sur les visites imprévues à l'urgence et les réadmissions n'apparaît pas clairement et un suivi d'une plus longue durée pourrait être nécessaire pour observer ces effets.²⁷ [Niveau I]

Les BCM effectués le plus près possible de la date du congé réduisent le nombre de réadmissions

- L'Academy of Managed Care Pharmacy de 2014 a constaté que plus les interventions des pharmaciens au congé se rapprochaient de la date réelle du départ du patient, plus on constatait une réduction du nombre de réadmissions.²⁸ [Niveau VI]



Une liste précise, complète et à jour des médicaments est essentielle pour assurer la prescription sécuritaire de médicaments dans tous les milieux.

Niveaux de preuve scientifique ²⁹	
Niveau I	Données probantes provenant d'un examen systématique de tous les essais contrôlés randomisés (ECR) pertinents, ou des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes et sur des examens systématiques d'ECR
Niveau II	Données probantes provenant d'au moins un essai contrôlé randomisé (ECR) bien conçu
Niveau III	Données probantes provenant d'essais contrôlés bien conçus sans randomisation, quasi expérimentaux
Niveau IV	Données probantes provenant d'études bien conçues de cas-témoins et de cohortes
Niveau V	Données probantes provenant de revues systématiques d'études descriptives et qualitatives
Niveau VI	Données probantes provenant d'une seule étude descriptive ou qualitative
Niveau VII	Données probantes provenant de l'avis des autorités et/ou des rapports de comités d'experts

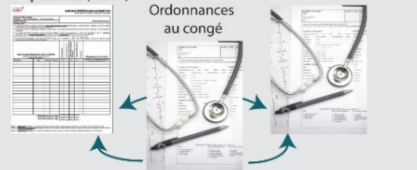
Le processus du bilan comparatif des médicaments en soins aigus

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 d'au moins une autre source fiable de renseignements;
2. **Établir le bilan comparatif des médicaments** : Servez-vous du MSTP pour rédiger les ordonnances à l'admission ou comparez le MSTP aux ordonnances de médicaments à l'admission, au moment du transfert ou lors du congé; identifiez et corrigez toutes les différences ou divergences; et
3. **Consigner et communiquer** tous les changements relatifs aux ordonnances de médicaments au patient, à sa famille ou son aidant et au prochain prestataire de soins de santé.



Ultimement, l'objectif du BCM consiste à fournir une liste précise et complète des médicaments lors de toutes les transitions de soins (p.ex. l'admission, le transfert à l'interne, le congé) pour diminuer les risques d'accidents liés à la médication

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est un processus qui se fait en plusieurs étapes

	Admission	Transfert	Congé
	Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) Ordonnances à l'admission (OA) 	Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) Nouvelles ordonnances au transfert Fiche d'administration des médicaments (FADM) 	Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) Ordonnances au congé Fiche d'administration des médicaments (FADM) 
Comment faire	Une démarche proactive 1. Créez le MSTP à l'aide (1) d'un processus d'entrevue systématique avec les patients, leur famille ou leur aidant et (2) la vérification avec au moins une autre source fiable de renseignements. 2. Créez l'OA en évaluant chaque médicament du MSTP. 3. Comparez l'OA au MSTP afin de vous assurer que tous les médicaments aient été évalués et identifiez et corrigez toutes les divergences en collaboration avec le prescripteur responsable. Un processus rétroactif 1. Créez l'OA à partir du STS. 2. Dressez le schéma thérapeutique sommaire (STS) 3. Créez le MSTP à l'aide (1) d'un processus d'entrevue systématique avec les patients, leur famille ou leur aidant et (2) la vérification d'au moins une autre source fiable de renseignements. 4. Comparez l'OA au MSTP afin de vous assurer que tous les médicaments aient été évalués, identifiez et corrigez toutes les divergences en collaboration avec le prescripteur.	1. Comparez le MSTP à l'admission aux ordonnances émises au transfert et la FADM de l'unité qui va recevoir le patient pour vous assurer que tous les médicaments soient évalués. 2. Identifiez et corrigez les divergences en collaboration avec le prescripteur. 3. Documentez et communiquez tous les changements effectués aux ordonnances de médicaments.	1. Créez le MSTP au congé (MSTPC) • Révisez la FADM des dernières 24 heures ou le profil pharmacologique le plus à jour et inscrivez les médicaments du MSTP qui sont toujours pertinents au moment du congé; • Comparez ces médicaments au MSTP obtenu à l'admission et inscrivez tous les médicaments que l'on retrouve sur le MSTP qui n'ont pas été ajoutés à la FADM. 2. Identifiez toutes les divergences entre le MSTP et la FADM des dernières 24 heures ou le profil pharmacologique le plus à jour. • Les médicaments omis, les ajustements de dose, les ajustements concernant les médicaments au formulaire ou non; • Complétez la documentation pour chacun des médicaments sur le MSTPC en précisant : continué tel que prescrit avant l'admission, ajusté, cessé ou nouveau à l'hôpital. 3. Corrigez et documentez toutes les divergences en collaboration avec le prescripteur. • Le prescripteur révisé et complète le MSTPC, effectue les ajustements et rédige les nouvelles ordonnances, au besoin. 4. Communiquez le MSTPC au patient et aux prochains prestataires de soins • Réalisez une entrevue avec le patient ou son aidant sur ses médicaments par l'entremise d'un processus systématique, en vue d'élaborer le MSTPC; et notez vos observations au dossier; • Évaluez les connaissances du patient et de son aidant au sujet des médicaments, une fois l'enseignement effectué (p.ex. : effets secondaires à surveiller, appeler s'il y a des questions sur les médicaments, quoi faire si une dose est manquée, etc.); • Dirigez le patient pour un suivi au programme de révision des médicaments de sa pharmacie communautaire, au besoin. • Transmettez le MSTPC à la pharmacie communautaire, au médecin traitant, à l'établissement de soins alternatifs, à l'équipe de santé familiale, aux cliniques ambulatoires et aux services de soins à domicile, s'il y a lieu.
Tâches	- Clarifier toute confusion à propos d nom, de la dose, de la fréquence et de la voie d'administration des médicaments sur le MSTP. - Le prescripteur doit décider quels médicaments du MSTP il souhaite continuer, cesser ou modifier. - Identifiez et corrigez les divergences entre le MSTP et les ordonnances d'admission en collaboration avec le prescripteur.	Le prescripteur doit décider : - quels médicaments cessés sur le MSTP doivent être represcrits, - quels médicaments prescrits durant l'hospitalisation doivent être continués, cessés ou modifiés lors du transfert.	Le prescripteur doit décider : - quels médicaments cessés sur le MSTP doivent être represcrits, - quels médicaments prescrits durant l'hospitalisation doivent être continués, cessés ou modifiés lors du congé, - quel nouveau médicament débiter au moment du congé.

Elaboré par l'ISMP Canada pour les Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Adapté de : 27 avril 2009. Electronic Medication Reconciliation: Practices for Streamlining Information Transfer. Washington, DC: Advisory Board: 2007.

1re ÉTAPE - Créer un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)

Les études ont démontré que la majorité des divergences non intentionnelles pouvant mener à des erreurs de médication avaient pour point de départ l'évaluation de l'histoire pharmacothérapeutique du patient. La démarche repose principalement sur les habiletés d'entrevue des cliniciens, sur la capacité des patients à participer et sur l'accès à la liste des médicaments des patients en externe ou au profil pharmacologique de la pharmacie communautaire.⁸ Cette section aidera les cliniciens à mieux comprendre comment se servir d'une démarche systématique pour obtenir le MSTP.

Définition

Le **meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)** est une histoire pharmacothérapeutique créée à l'aide :

1. d'un processus systématique d'entrevue avec les patients et leur famille; et
2. de l'analyse d'au moins une autre source de renseignements fiable dans le but d'obtenir et valider tous les médicaments pris par le patient (avec ou sans ordonnance).

Une documentation complète comprend le nom, la teneur (le cas échéant), la dose, la voie d'administration et la fréquence du médicament. Le MSTP est plus exhaustif que l'inscription sommaire des principaux antécédents pharmaceutiques, qui permet souvent d'obtenir une liste rapide et préliminaire des médicaments pris par le patient, mais qui ne comporte habituellement pas de consultation de plusieurs sources de renseignements. **Le MSTP constitue la pierre angulaire de la démarche relative au bilan comparatif des médicaments.**

Comparaison entre le MSTP et le schéma thérapeutique sommaire (STS)

Le STS est souvent	Le MSTP est
Effectué rapidement pour obtenir une liste des médicaments (p.ex., au triage).	Créé à l'aide d'un processus systématique et constitue une évaluation plus poussée de l'histoire pharmacothérapeutique (p.ex., à l'admission).
Effectué à l'aide d'une seule source de renseignements, p.ex., entrevue avec le patient ou profil pharmacologique électronique provincial seulement.	Créé à l'aide d'une entrevue avec le patient (si possible) et d'au moins une autre source de renseignements, p.ex., le profil pharmacologique électronique, les fioles de médicaments, la FADM de l'établissement de santé référant et le profil de la pharmacie communautaire.
Dépourvu des éléments nécessaires et /ou essentiels en matière de renseignements sur les médicaments. Il peut ne pas être sécuritaire à utiliser pour rédiger des ordonnances de médicaments.	Une liste complète et précise des médicaments pris avant l'admission qui peut être utilisée pour rédiger de façon sécuritaire (et réévaluer plus tard) les ordonnances de médicaments.

Quels médicaments devraient être inscrits dans le MSTP ?

En général, les médicaments utilisés présentement par le patient ou au besoin (prn) :

- Médicaments sous ordonnance (pouvant comprendre des médicaments en vente libre prescrits)
- Médicaments sans ordonnance, qui peuvent comprendre des médicaments en vente libre, des vitamines, des produits naturels ou des drogues récréatives.



Les établissements devraient définir ce qui est pertinent d'inscrire dans le MSTP en tenant compte de leur milieu de pratique. En général, les produits sanguins, les gaz médicaux, les suppléments nutritifs, les vaccinations et les solutions IV. sont exclus du MSTP.



Le MSTP est un « portrait instantané » de l'utilisation actuelle des médicaments du patient, qui peut différer de celle inscrite à son dossier. C'est pourquoi la participation du patient est essentielle.



Une liste précise, complète et à jour des médicaments est essentielle pour assurer la prescription sécuritaire de médicaments dans tous les milieux.

Quel est le meilleur moment pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) ?

Une fois que la décision d'admettre le patient a été prise, il est recommandé que le MSTP soit réalisé le plus tôt possible. En général, l'ensemble du processus du bilan comparatif des médicaments devrait être complété dans les 24 heures suivant la décision d'admettre le patient. Cependant, chaque équipe devra déterminer quelle est la meilleure pratique pour elle.

Qui devrait compléter le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) ?

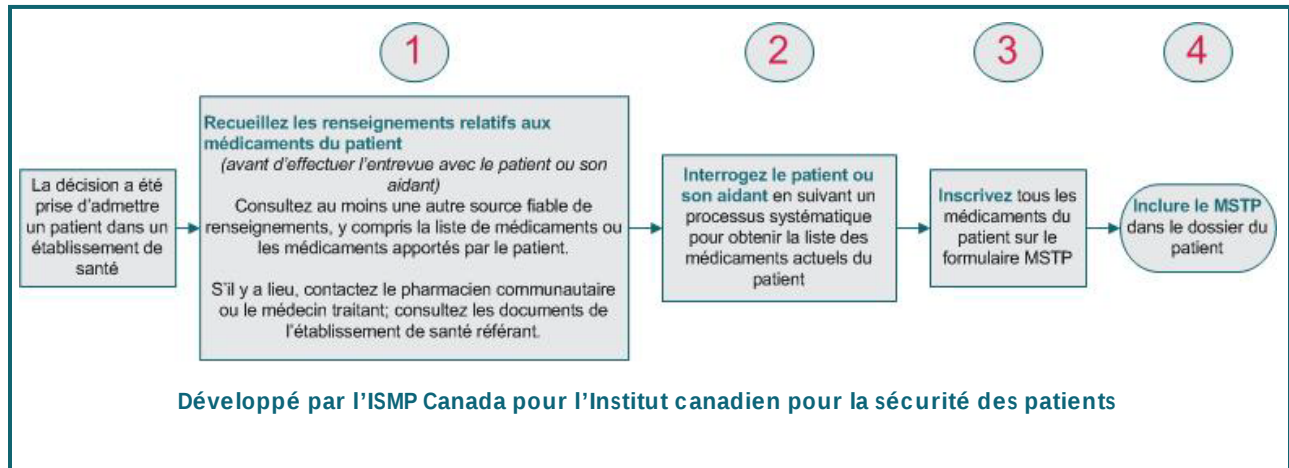
La personne qui recueille les renseignements relatifs au meilleur schéma thérapeutique possible devrait être un professionnel de la santé (p.ex. : médecin, infirmière, infirmière praticienne ou pharmacien) dont le champ de pratique comprend cette activité et qui :

1. A suivi une formation sur la façon de réaliser le meilleur schéma thérapeutique possible;
2. Suit une démarche systématique comme celle proposée dans le guide d'entrevue pour obtenir le MSTP, si possible; et
3. Est consciencieuse, responsable et imputable d'effectuer le meilleur schéma thérapeutique possible.

La responsabilité de recueillir les renseignements relatifs au MSTP peut être déléguée à d'autres prestataires de soins de santé (p.ex., les assistants techniques en pharmacie, les ambulanciers) tant et aussi longtemps que l'établissement s'assure que cette activité soit soutenue par un programme de formation et d'assurance qualité.

Comment effectuer un MSTP

Diagramme du processus pour l'obtention du MSTP



1

Recueillez les renseignements relatifs aux médicaments du patient. Les sources de renseignements ne sont pas toutes aussi utiles les unes que les autres. Tenez compte des limites et des avantages potentiels de chacune des sources utilisées. (Reportez-vous à la [FAQ : Quels sont les avantages potentiels et limites des sources d'information du MSTP?](#))

Sources initiales de renseignements relatifs aux médicaments du patient

Type d'admission	Sources de renseignements
De la communauté ou en soins à domicile	- Dossier pharmacologique électronique de la province - Fioles de médicaments et profils pharmacologiques de la pharmacie communautaire - Liste de médicaments du patient (papier ou électronique) - Recommandations ou notes de consultation du prescripteur - Dossiers d'admission/FADM au congé antérieurs - Bilan comparatif des médicaments des soins à domicile - FADM de la clinique ambulatoire

Type d'admission	Sources de renseignements
D'un établissement de soins de longue durée ou d'un autre établissement de santé	- Fiche d'administration des médicaments (FADM) la plus récente - Meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) / FADM au congé provenant d'un autre établissement de santé - Dossiers/Profils pharmaceutiques



Lors de la révision de la fiche d'administration des médicaments, jusqu'à quand doit-on remonter dans l'histoire pharmacothérapeutique?

Il est recommandé que les cliniciens révisent les dossiers électroniques, dont ceux de la pharmacie communautaire, pour une période remontant à **au moins 6 mois**. Le MSTP sert à connaître les médicaments pris par le patient juste avant l'admission, mais il se peut que vous deviez remonter jusqu'à 6 mois pour comprendre les changements relatifs aux médicaments du patient et ses habitudes personnelles en matière de prise de médicaments.



Les patients se rendront souvent dans plus d'une pharmacie pour obtenir leurs médicaments. Informez-vous de la possibilité que le patient fasse affaire avec plusieurs pharmacies.

2

Interrogez le patient ou son aidant en utilisant un **processus systématique** pour déterminer la consommation **réelle** de médicaments du patient, pas seulement ce qui a été identifié dans les sources de renseignements initiales. Par exemple, si le patient a apporté ses médicaments, ouvrez chaque fiole de médicaments et demandez au patient « De quelle façon prenez-vous ces médicaments? ». À cette étape, comparez et vérifiez les renseignements recueillis lors de cette entrevue avec au moins une autre source de renseignements.



Quand le patient ou l'aidant naturel n'est pas en mesure de fournir des renseignements (p.ex., dans les cas de delirium aigu, coma, faible niveau de connaissances en santé, obstacle linguistique), il est prudent d'utiliser le plus de sources d'information additionnelles possible. Il faut également aviser le prescripteur que la consommation réelle de médicaments n'a pu être vérifiée et le noter dans le dossier médical du patient.

Le [Guide d'entrevue pour obtenir le MSTP](#) est conçu de façon à fournir les questions permettant d'obtenir une liste complète et précise des médicaments pris par le patient à l'aide de questions ouvertes et fermées. Il s'agit d'une liste exhaustive de questions à poser au patient. La couverture arrière présente des aides visuelles efficaces pour faciliter le processus d'entrevue. Des copies du guide sont disponibles Boutique de l'ICSP et chez [ISMP Canada](#).



Que faire si des différences sont notées entre les différentes sources de renseignements sur la médication?

Cette situation survient le plus souvent dans des situations de non-observance de la part du patient. Nous vous suggérons de suivre la démarche suivante :

- **Discutez** des différences observées avec le patient ou son aidant et/ou poursuivez vos recherches.
- **Communiquez** la nature précise des différences observées pour faciliter la correction par le principal prescripteur responsable. Cette communication peut se faire en parlant directement au prescripteur, en laissant une note au dossier à l'attention du prescripteur ou en se servant de la section « commentaires » du formulaire de MSTP.
- **Notez** sur le MSTP ce que le patient prend réellement pour aider le prescripteur à prendre une décision éclairée dans le meilleur intérêt du patient.



Lorsque les patients arrivent d'un établissement de soins de longue durée ou d'un autre établissement de santé où les patients ne sont pas habitués à prendre en charge l'administration de leurs médicaments, le RAM de l'établissement ou le profil pharmaceutique devrait être utilisé pour créer le MSTP. Dans les cas où la documentation du RAM est remise en question, la pharmacie de l'établissement de santé ou de soins de longue durée peut constituer une autre source appropriée de renseignements.

3

Notez tous les médicaments, y compris leur nom, leur dose, leur voie d'administration et leur fréquence sur le MSTP.

Il revient à l'établissement d'adapter ou de concevoir des outils et des formulaires relatifs au MSTP pour soutenir le processus du BCM.

Conservez le MSTP dans un endroit central et très visible du dossier patient (format électronique ou papier) pour qu'il soit accessible à tous les professionnels de la santé.

2e ÉTAPE : Établir le BCM

3e ÉTAPE : Consigner et communiquer

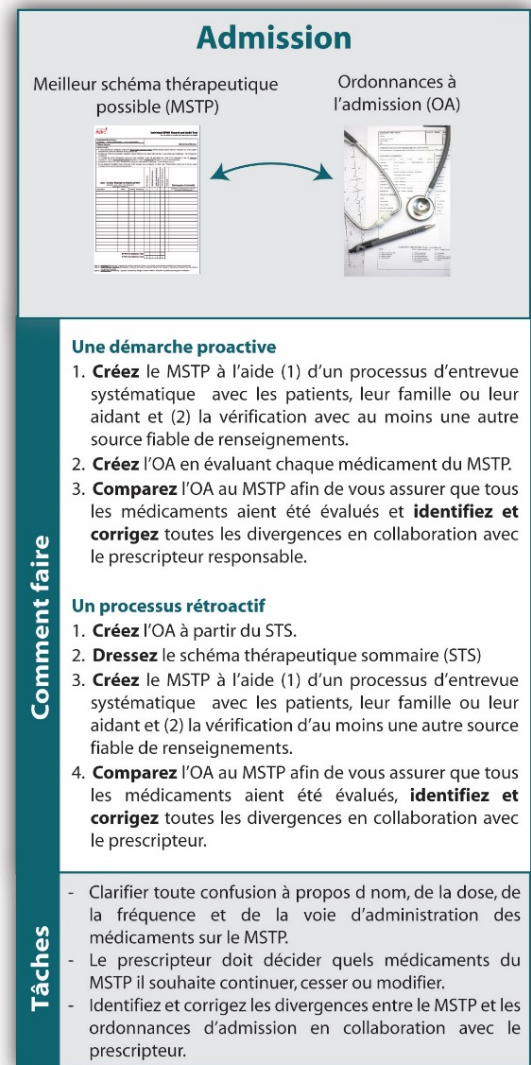
Le BCM à l'admission

L'objectif du bilan comparatif des médicaments à l'admission est de garantir une communication claire vis-à-vis la décision du prescripteur de continuer, de cesser ou de modifier, à l'admission, la pharmacothérapie suivie par le patient avant l'admission. La section qui suit aborde en détails les différents modèles utilisés pour réaliser le processus du bilan comparatif des médicaments à l'admission.

Le processus global à l'admission est décrit ci-contre. Des procédures et modèles différents ont toutefois été élaborés en rapport avec le bilan comparatif des médicaments à l'admission.

Modèles de bilans comparatifs des médicaments

Le processus relatif au bilan comparatif des médicaments à l'admission suit généralement deux modèles : un **processus prospectif** et un **processus rétrospectif**. Le **processus proactif** consiste à élaborer le MSTP **en premier lieu** et à s'en servir pour rédiger les ordonnances à l'admission (tel qu'illustré dans le graphique ci-dessous).



Processus prospectif du bilan comparatif des médicaments

1. **Élaborez** le MSTP à l'aide d'un processus d'entrevue systématique avec le patient, sa famille ou son aidant et la vérification d'au moins une autre source fiable de renseignements;
2. **Rédigez** les ordonnances à l'admission (OA) en évaluant chaque médicament du MSTP;
3. **Comparez** le MSTP aux OA pour vous assurer que tous les médicaments aient été évalués, en **identifiant et en corrigeant** toutes les divergences avec le principal prescripteur responsable.



Élaboré par l'ISMP Canada pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Un **processus rétrospectif** survient lorsque le MSTP est élaboré et que le bilan comparatif des médicaments est réalisé une fois que les ordonnances à l'admission sont rédigées (tel qu'illustré dans le graphique ci-dessous).

Processus rétrospectif du bilan comparatif des médicaments

1. **Effectuez** un schéma thérapeutique sommaire (STS);
2. **Rédigez** les ordonnances à l'admission (OA) à partir du STS;
3. **Réalisez** le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à l'aide d'un processus d'entrevue systématique avec le patient, sa famille ou son aidant et la vérification d'au moins une autre source fiable de renseignements;
4. **Comparez** le MSTP aux OA pour vous assurer que tous les médicaments aient été évalués, en **identifiant et en corrigeant** toutes les divergences avec le principal prescripteur responsable.



Élaboré par l'ISMP Canada pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Améliorer le schéma thérapeutique sommaire

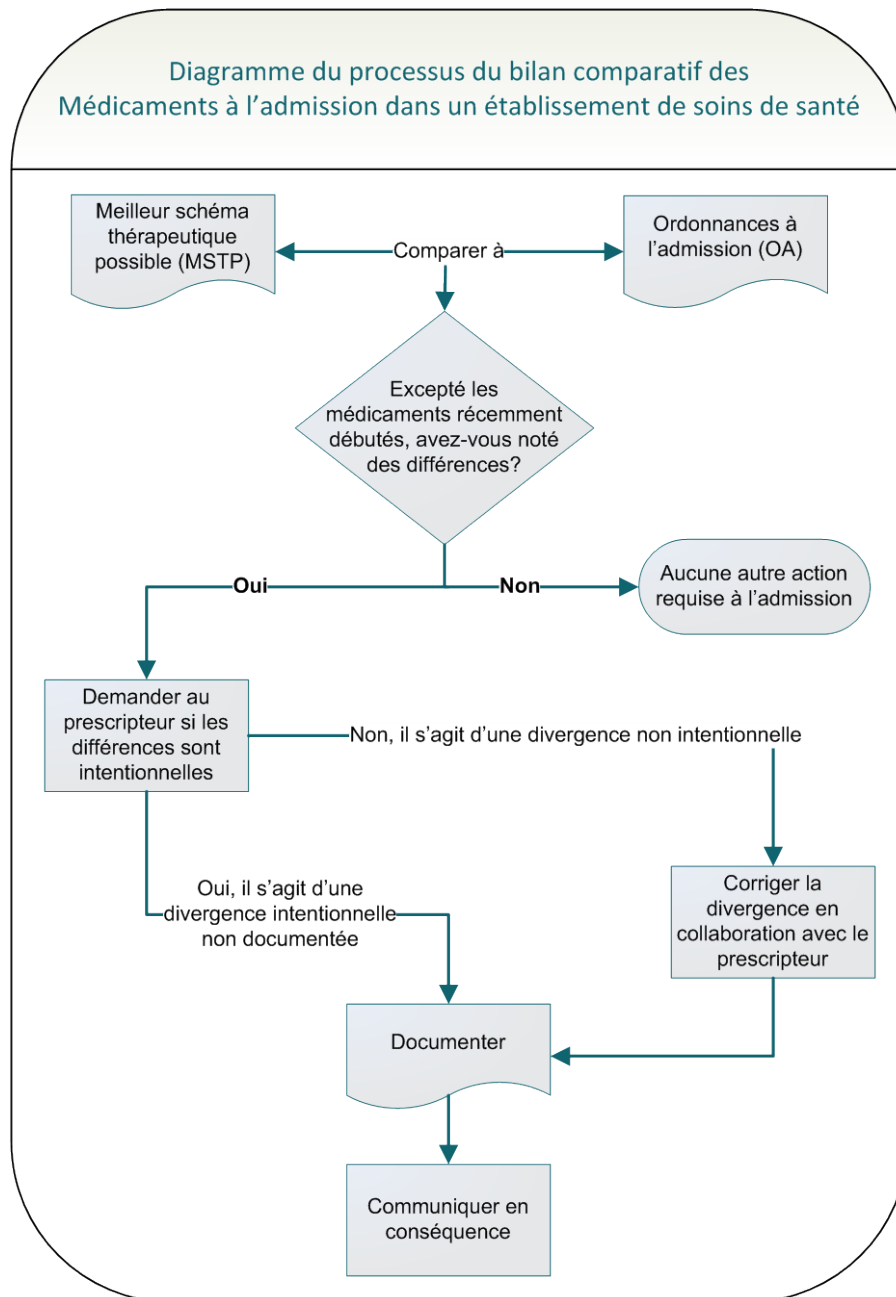
Si un MSTP ne peut être réalisé avant la rédaction des ordonnances à l'admission, il existe d'autres occasions pour améliorer le processus d'obtention du schéma thérapeutique sommaire. Améliorer le schéma thérapeutique sommaire aidera à diminuer le nombre de divergences non intentionnelles. Il est possible, entre autres, d'offrir des séances de formation pratique au personnel pour améliorer l'obtention de l'histoire pharmacothérapeutique et de faire participer le patient et sa famille dans cette démarche.

Même s'il est préférable de mettre en œuvre un seul processus fiable, il peut être nécessaire d'utiliser une combinaison de méthodes en fonction de la complexité ou de la dotation en personnel. Par exemple, un processus prospectif peut être mis en place pendant les jours de semaine, mais un processus rétrospectif pourrait être utilisé en soirée ou les fins de semaine. Chez les patients qui doivent recevoir un traitement immédiat (p.ex., trauma), le bilan comparatif des médicaments est habituellement réalisé de façon rétrospective. Cette combinaison de méthodes est parfois appelée « **modèle mixte** ».

Un processus prospectif, rétrospectif ou une combinaison des deux?

- Le processus prospectif est bien adapté aux petits établissements où il y a moins d'admissions et dans les secteurs comportant des admissions planifiées et des cliniciens formés et hautement qualifiés pour effectuer un MSTP, comme les cliniques de préadmission.
- Le processus rétrospectif est mieux adapté aux sites comportant un haut volume d'admission et qui ont de la difficulté à effectuer le MSTP avant la rédaction des ordonnances à l'admission. La comparaison des OA et du MSTP est nécessaire afin d'identifier et de résoudre les divergences.
- Les grands établissements peuvent avoir de la difficulté à mettre en œuvre un processus entièrement prospectif en raison des hauts volumes d'admission. Un modèle hybride des processus prospectif et rétrospectif peut être nécessaire pour saisir « toutes » les admissions.

Processus du bilan comparatif des médicaments à l'admission



Le bilan comparatif des médicaments lors d'un transfert à l'interne

Le transfert à l'interne est une interface de soins associée à un changement dans l'état du patient qui nécessite la réécriture des ordonnances de médicaments. L'objectif du bilan comparatif des médicaments lors d'un transfert à l'interne est de réviser les ordonnances actuelles de médicaments du patient et de réévaluer les médicaments qu'il prenait avant son admission (p.ex., médicaments consommés à la maison ou provenant d'un établissement

précédent) afin de déterminer ceux qui doivent être conservés, interrompus, repris ou modifiés.

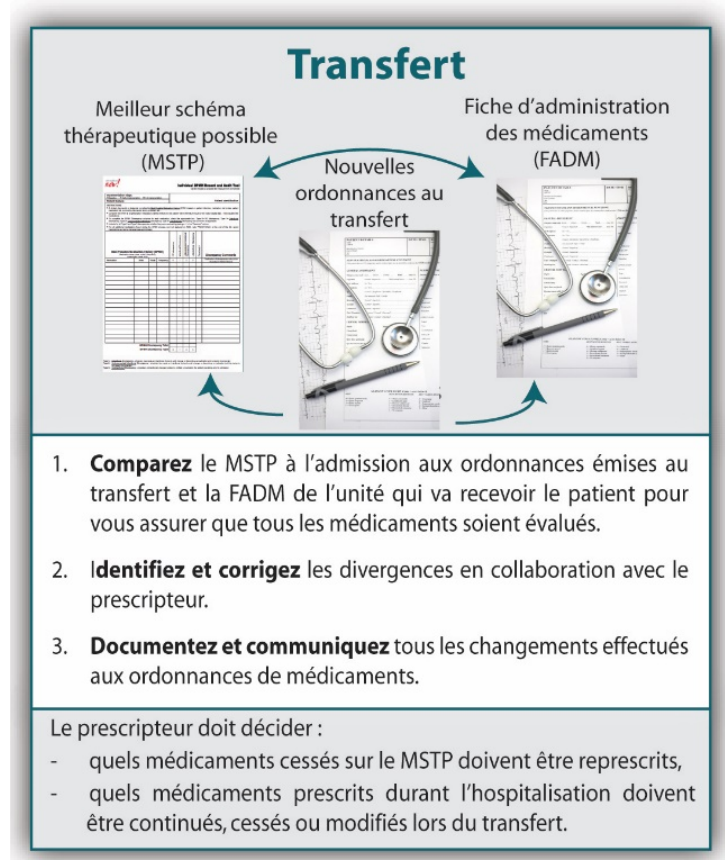
Le transfert consiste en une transition de soins où les ordonnances doivent être révisées et réécrites en tenant compte de la politique de l'établissement. Il peut comprendre :

- Des changements au sein du service médical responsable
- Des changements dans le niveau de soins
- La période postopératoire

Les établissements doivent identifier les transferts à l'interne qui bénéficieraient d'un BCM. Lorsque les ordonnances n'ont pas été réécrites et qu'il n'y a pas eu de changement au sein du service médical responsable (p.ex., un transfert d'une unité de soins à une autre), le BCM peut ne pas s'avérer nécessaire.

La procédure optimale et le personnel concerné par le bilan comparatif des médicaments lors des transferts à l'interne varient selon les établissements. Cependant, il est important d'avoir une politique désignant qui sera responsable d'effectuer le BCM et quand il devrait se produire.

Le processus peut se faire sur papier ou électroniquement et devrait exiger une signature pour indiquer que le processus a été suivi.



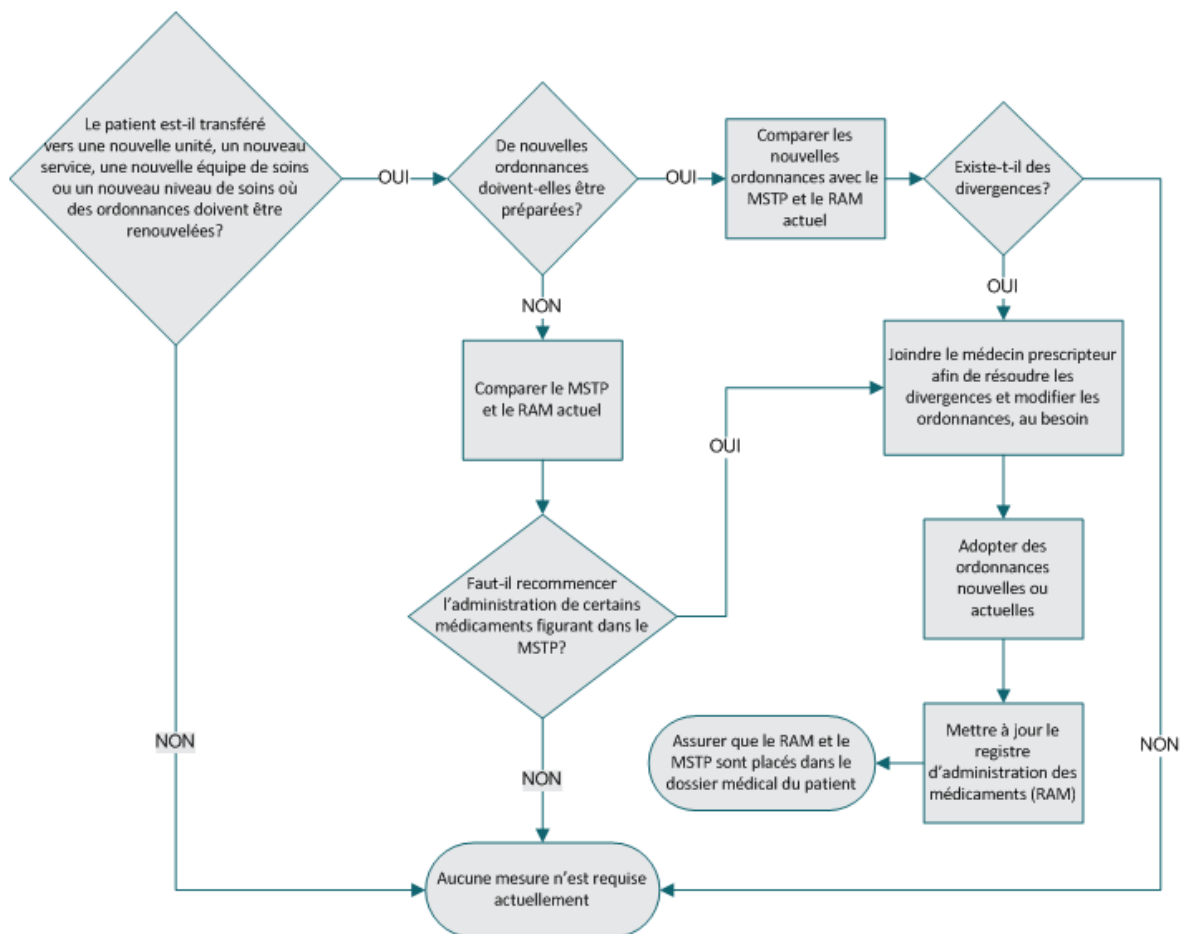
Le bilan comparatif des médicaments lors d'un transfert interne implique d'évaluer et de tenir compte des éléments suivants :

- Les médicaments pris par le patient avant son admission (MSTP);
- Les médicaments pris à l'unité qui effectue le transfert (fiche d'administration des médicaments ou FADM); et
- Les nouvelles ordonnances de médicaments suite au transfert.

Le bilan comparatif des médicaments lors d'un transfert à l'interne

- 1. Comparez** le MSTP à l'admission aux ordonnances émises au transfert et à la FADM de l'unité qui va recevoir le patient pour vous assurer que tous les médicaments soient évalués;
- 2. Identifiez et corrigez** toutes les divergences en collaboration avec le prescripteur;
- 3. Documentez et communiquez** tous les changements effectués aux ordonnances de médicaments.

Processus du bilan comparatif des médicaments lors du transfert



Le bilan comparatif des médicaments au congé

Le congé de l'hôpital est une interface de soins critique où le risque de divergences de médicaments est très élevé pour le patient (p.ex., automédication à la maison, soins à domicile ou de proximité, soins aigus à soins de longue durée). Forster et ses collaborateurs ont mis en évidence le risque pour le patient lors de cette transition. Dans le cadre d'une étude prospective, il a démontré que 23 % des patients ayant obtenu leur congé d'un hôpital universitaire canadien avaient subi un événement indésirable, parmi lesquels 72 % étaient reliés à des médicaments.⁸ L'objectif du bilan comparatif des médicaments au congé est de réévaluer les médicaments que le patient prenait avant l'admission (MSTP) et ceux débutés à l'hôpital, en les comparant aux médicaments qu'il devrait prendre suite au congé, pour s'assurer que toutes les modifications soient intentionnelles et que les divergences soient corrigées avant le congé. Cela devrait permettre d'éviter la duplication, l'omission, la prise inutile de certains médicaments et la confusion du patient en matière de traitement pharmacologique.



Le bilan comparatif des médicaments au congé permet de clarifier les médicaments que le patient devrait prendre suite au congé en révisant trois sources d'information :

- Les médicaments pris par le patient avant l'admission (MSTP)
- La FADM (fiche d'administration des médicaments) la plus récente ou le profil pharmacologique
- Les nouveaux médicaments qui doivent être débutés au moment du congé (ordonnances au congé)

Le bilan comparatif des médicaments au congé permet de clarifier les médicaments que le patient devrait prendre suite au congé en révisant :

- Les médicaments pris par le patient avant l'admission (MSTP). Si le MSTP n'a pas été réalisé à l'admission, il devrait l'être avant que le BCM au congé ne soit fait.
- La FADM (fiche d'administration des médicaments) des dernières 24 heures ou le profil pharmacologique le plus à jour
- Les nouveaux médicaments qui doivent débuter au moment du congé
- À l'aide du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et de la fiche d'administration des médicaments (FADM) des dernières 24 heures ou du profil pharmacologique le plus à jour à titre de références, créer le **meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTPC)** en évaluant et en tenant compte des éléments suivants :
 - ❖ Les nouveaux médicaments débutés à l'hôpital
 - ❖ Les médicaments interrompus (selon le MSTP)
 - ❖ Les médicaments ajustés (selon le MSTP)
 - ❖ Les médicaments non modifiés qui doivent être poursuivis (selon le MSTP)
 - ❖ Les médicaments tenus à l'hôpital qui demandent réévaluation suite au congé
 - ❖ Les ajustements de médicaments au formulaire ou non effectués à l'hôpital
 - ❖ Les nouveaux médicaments débutés au moment du congé
 - ❖ Les commentaires supplémentaires, s'il y a lieu (p.ex., directives concernant la phytothérapie ou les médicaments à prendre à la discrétion du patient)



La justification de tous les changements apportés aux médicaments au moment de l'admission doit être documentée dans le MPMPC et communiquée au patient et au(x) prochain(s) prestataire(s) de soins.

Le **meilleur plan médicamenteux possible au congé (MPMPC)** peut comprendre :

- Une liste précise et à jour des médicaments que le patient devrait prendre au moment du congé;
- Une lettre de transfert à l'attention du prochain prestataire de soins concernant les renseignements relatifs aux médicaments et devant inclure la justification des changements apportés à la médication;
- une ordonnance de départ structurée à l'attention du prochain prestataire de soins ou du pharmacien communautaire;
- Une grille de renseignements à l'attention des patients et /ou une carte format portefeuille.

Le MPMPC devrait être transmis à l'aide d'un processus systématique aux personnes suivantes :

- Le patient ou son aidant
- Le médecin traitant
- La pharmacie communautaire
- Le prestataire de soins de longue durée
- Le prestataire de soins à domicile
- L'établissement de soins ou de services alternatifs



Si de nouveaux renseignements sur les médicaments que prenaient le patient à domicile sont découverts durant son hospitalisation (p.ex., au moment du congé), il est important que ces divergences soient corrigées en collaboration avec le prescripteur, qu'elles soient discutées avec le patient et notées à son dossier. Par exemple, si l'on découvre lors de la consultation tenue au moment du congé qu'un médicament que le patient prenait à domicile a été oublié par inadvertance sur le MSTP et qu'il n'est pas prescrit par la suite pour la durée de son séjour à l'hôpital, cette divergence se doit d'être corrigée avant le congé.

Le bilan comparatif des médicaments au congé

1. Créer le MPMPC

- Révisez la FADM des dernières 24 heures avant le congé et inscrivez les médicaments au MPMPC qui sont pertinents au moment du congé;
- Comparez ces médicaments au MSTP obtenu à l'admission et inscrivez tout autre médicament au MPMPC qui n'est pas inscrit sur la FADM;

2. Identifier toutes les divergences entre le MSTP et la FADM des dernières 24 heures ou le profil pharmaceutique

- Les médicaments omis, les ajustements de dose, les ajustements des médicaments au formulaire ou non;
- Une documentation complète pour chaque médicament du MPMPC indiquant : continué comme avant l'admission, ajusté, cessé ou nouveau à l'hôpital.

3. Corriger et documenter toutes les divergences en collaboration avec le prescripteur.

- Le prescripteur révise et remplit le MPMPC, effectue les ajustements et rédige les nouvelles ordonnances, s'il y a lieu.

4. Communiquer le MPMPC au patient et aux prochains prestataires de soins (p.ex., prestataire en milieu communautaire/à domicile, médecin traitant ou pharmacien communautaire, suivant le cas).

- Effectuez une entrevue avec le patient ou son aidant en vue de créer le MPMPC en vous servant d'un [processus systématique](#) et le documenter;
- Évaluez les connaissances du patient ou de son aidant en matière de médicaments, une fois l'enseignement effectué (p.ex., les effets secondaires à surveiller, qui appeler s'il a des questions relatives aux médicaments, quoi faire si une dose est manquée);
- Dirigez le patient pour un suivi au programme de révision des médicaments de la pharmacie communautaire, s'il y a lieu;
- Communiquez le MPMPC à la pharmacie communautaire, au médecin traitant, à un autre établissement de santé, à l'équipe de soins en milieu familial, à l'unité de soins ambulatoires et de soins à domicile, selon le cas.

Remarque : Sauf indication contraire, chaque institution et/ou unité de soins devrait déterminer qui est principalement responsable d'effectuer chaque étape en tenant compte des ressources disponibles (p.ex., pharmacien autorisé, infirmière autorisée, médecin)

Élaboré par l'ISMP Canada avec le soutien du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Une stratégie multidisciplinaire et intégrée en matière de bilan comparatif des médicaments, intégrant le pharmacien hospitalier, si possible, permettra de diminuer les divergences de médicaments au moment du congé. Cette stratégie devrait comporter des outils, telle qu'une liste de vérification, pour aider le clinicien et le patient dans la réalisation du BCM au congé et devrait intégrer et clarifier les renseignements relatifs aux médicaments provenant de toutes les sources. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [Hospital to Home - Facilitating Medication Safety at Transitions A Toolkit and Checklist for Healthcare Providers](#).

Collaboration intersectorielle

Plusieurs patients reçoivent les soins de multiples prestataires dans différents milieux sur de longues périodes de temps. Les équipes de soins de santé savent qu'elles doivent travailler ensemble pour concevoir des processus collaboratifs de BCM (comprenant notamment les soins aigus, les soins primaires et les soins de longue durée), qui privilégient les relations interdisciplinaires et facilitent la communication de l'information sur les médicaments au fur et à mesure que les patients se déplacent dans le système de santé. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter les webinaires nationaux et les ressources des SSPSM ci-dessous :

- [Réviser l'expérience de transition : Assurer la coordination du BCM axé sur le patient entre tous les secteurs](#)
- [Votre congé est l'admission d'un autre patient](#)

Améliorer la coopération des patients

Coopérer avec les patients et leur famille implique de créer des partenariats efficaces qui les aident à participer activement à leurs propres soins de santé.³⁰ Il est important de s'associer à eux pour qu'ils aient les renseignements et les outils nécessaires pour gérer leur pharmacothérapie de façon sécuritaire.

Les patients et leur famille jouent un rôle important dans le maintien d'une liste à jour de leurs médicaments et au niveau du partage de cette information aux différents points de transition de soins. Avant de quitter l'hôpital, ils doivent recevoir les renseignements concernant leurs médicaments et les changements qui y ont été apportés, et pouvoir poser des questions. Les patients doivent recevoir une liste à jour de leurs médicaments qui soit faite de façon à ce qu'ils la comprennent facilement. Ils devraient être encouragés à partager cette liste et à demander à ce que des prestataires de soins la révisent avec eux lors de leurs visites.

En guise d'outil pour aider les patients et les prestataires de soins à avoir une discussion à propos de leurs médicaments, vous pouvez consulter les « [5 questions à poser au sujet de vos médicaments](#) ».

Pour obtenir de l'information et des outils permettant d'aider les patients à garder leur liste de médicaments à jour, consultez la ressource [Keep a List of Your Medicines](#).

Mesurer le processus de BCM

Les établissements de soins aigus sont encouragés à évaluer leur performance dans la réalisation des étapes de base du processus de BCM. Une mesure régulière vous permettra d'évaluer la qualité et la conformité du processus de BCM que vous avez établi, d'identifier les opportunités d'amélioration et de suivre votre performance au fil du temps. Nous vous recommandons de mesurer vos processus de BCM mensuellement ou trimestriellement pour vous aider dans votre cheminement à améliorer la prestation sécuritaire et efficace des soins aux patients.

Remarque : Les pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada pour le BCM prévoit un test de conformité qui demande aux établissements de surveiller la conformité de leurs processus de bilan comparatif des médicaments et de leur apporter les améliorations nécessaires.

Mesures recommandées

La mesure de la performance et des améliorations relatives au BCM portent autant sur la qualité de celui-ci que sur sa conformité aux processus de BCM établis.

Afin de mesurer la **qualité** d'un processus de BCM, il faut tenir compte de chacune des composantes suivantes :

À l'admission

- MSTP réalisé à l'aide de plus d'une source d'information (p. ex. un entretien avec le patient et au moins une autre source).
- Utilisation actuelle des médicaments vérifiée au moyen d'un entretien avec le patient ou une personne soignante.
- Chaque médicament est identifié par son nom, sa teneur (le cas échéant), sa dose, sa voie d'administration et sa fréquence sur le MSTP et les ordonnances à l'admission.
- Chaque médicament du MSTP est justifié dans les ordonnances à l'admission.
- Le prescripteur a justifié les médicaments ajoutés, modifiés et /ou interrompus (p. ex. sur le formulaire de MSTP/BCM, sur la note d'admission).
- Les divergences (les écarts entre le MSTP et les ordonnances à l'admission) ont été communiquées, résolues et documentées.

Au moment du transfert à l'interne

- Tous les médicaments du MSTP sont justifiés dans les ordonnances à l'admission (p. ex. sur le formulaire de BCM, sur la note de transfert).
- Chaque médicament est identifié par son nom, sa teneur (le cas échéant), sa dose, sa voie d'administration et sa fréquence sur la note de transfert.
- Le prescripteur a justifié les médicaments ajoutés, modifiés et /ou interrompus (p. ex. sur le formulaire de BCM, sur la note de transfert).

- Il n'y a aucune divergence en suspens entre le MSTP, la FADM des dernières 24 heures et l'ordonnance au transfert.

Au moment du congé

- Tous les médicaments du MSTP à l'admission sont justifiés dans le meilleur plan médicamenteux possible au congé (MPMPC), p. ex. les nouveaux médicaments débutés à l'hôpital, les médicaments ajustés ou interrompus (selon le MSTP), les médicaments ajustés (selon le MSTP), les médicaments non modifiés qui doivent être poursuivis, les médicaments mis en suspens à l'hôpital qui demandent une réévaluation suite au congé, les ajustements de médicaments au formulaire ou non effectués à l'hôpital.
- Il n'y a aucune divergence en suspens entre la FADM des dernières 24 heures et le MPMPC et/ou la documentation sur les médicaments au moment du congé.
- Chaque médicament du MPMPC est identifié par son nom, sa teneur (le cas échéant), sa dose, sa voie d'administration et sa fréquence.
- Le prescripteur a justifié les médicaments ajoutés, modifiés et/ou interrompus dans le MPMPC et/ou dans la documentation sur les médicaments au moment du congé.
- Le MPMPC et/ou la documentation sur les médicaments au moment du congé a été remis et examiné avec le patient/soignant.
- Le MPMPC et/ou la documentation sur les médicaments au moment du congé a été communiqué au(x) prochain(s) prestataire(s) de soins.

Pour mesurer la **conformité** des processus du BCM, vous devez procéder aux évaluations suivantes :

Pourcentage de patients ayant reçu un bilan comparatif des médicaments lors de l'admission

Le pourcentage de patients ayant reçu un bilan comparatif des médicaments lors de l'admission est un indicateur de processus qui permet de déterminer dans quelle mesure le bilan comparatif des médicaments est réalisé et d'évaluer si le système fonctionne tel que prévu. Cette mesure est conforme à la mesure de performance d'Agrément Canada.

$$\text{Pourcentage des patients ayant reçu un BCM à l'admission} = \frac{\text{Nombre de patients pour lesquels le BCM a été réalisé}}{\text{Nombre de patients admis}} \times 100$$

Objectif : Le BCM a été réalisé chez 75 % des patients susceptibles d'être admis

Pourcentage de patients ayant reçu un BCM lors d'un transfert à l'interne

Le pourcentage de patients ayant reçu un BCM lors d'un transfert à l'interne est un indicateur de processus permettant de déterminer dans quelle mesure le bilan comparatif des médicaments est réalisé et d'évaluer si le système fonctionne tel que prévu.

$$\text{Pourcentage de patients ayant reçu un BCM lors d'un transfert à l'interne} = \frac{\text{Nombre de patients pour lesquels le BCM a été réalisé}}{\text{Nombre de patients transférés}} \times 100$$

Objectif : Le BCM a été réalisé chez 75 % des patients admissibles au moment du transfert à l'interne

Pourcentage de patients ayant reçu un BCM au congé

Le pourcentage de patients ayant reçu un BCM au congé est un indicateur de processus permettant de déterminer dans quelle mesure le bilan comparatif des médicaments est réalisé et à quel point un patient obtient le meilleur plan médicamenteux possible au congé (MPMPC) et d'évaluer si le système fonctionne tel que prévu.

$$\text{Pourcentage des patients pour lesquels un MPMPC a été réalisé lors du congé} = \frac{\text{Nombre de patients dans l'échantillon pour lesquels un MPMPC a été réalisé}}{\text{Nombre de patients dans l'échantillon}} \times 100$$

MPMPC = meilleur plan médicamenteux possible au congé

Objectif : Une augmentation (d'aussi près possible de 100 % des patients éligibles)

Mesures additionnelles

Ces indicateurs peuvent être utiles aux équipes pour constituer un dossier d'analyse de rentabilisation et/ou pour évaluer l'efficacité du bilan comparatif des médicaments et les autres impacts sur le système au fur et à mesure qu'il est mis en œuvre.

- Pourcentage de patients présentant au moins une divergence non intentionnelle
- Réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital
- Temps consacré à la réalisation du MSTP
- Délai entre l'admission et la réalisation du BCM
- Satisfaction des patients et du personnel à l'égard du BCM



Ne perdez pas espoir! Si les indicateurs ne démontrent pas une amélioration, votre équipe devrait évaluer pourquoi (p.ex. non-respect des processus de BCM et/ou qualité insuffisante de ces processus de BCM) et apporter les ajustements nécessaires. Pour en savoir plus, consultez le modèle d'amélioration à l'annexe D.

Reportez-vous à **l'annexe B** (Ressources liées aux mesures) pour de plus amples renseignements.

Résumé

Le bilan comparatif des médicaments demandera du temps et des ressources pour être mis en œuvre dans l'ensemble d'un établissement. En nous attardant aux expériences et aux succès vécus à l'échelle nationale, nous favorisons la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments à travers le continuum de soins au Canada dans le but de diminuer les préjudices potentiels associés aux accidents liés à la médication, d'améliorer les soins de santé aux patients et de sauver des vies en prévenant les erreurs de médication évitables.

Le bilan comparatif des médicaments vise à diminuer les erreurs de médication; toutefois, à moins que nous en entendions parler, nous ne comprendrons pas les facteurs qui y mènent et ne serons jamais en mesure de susciter des améliorations à l'échelle du système.

Si un événement lié au bilan comparatif des médicaments survient dans votre établissement, déclarez-le à l'ISMP Canada, un partenaire clé dans le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) : http://www.ismp-canada.org/err_index.htm



Médicamentssécuritaires.ca

Encouragez vos patients à déclarer les incidents liés au bilan comparatif des médicaments à Médicaments sécuritaires au :

<http://www.safemedicationuse.ca/report/>

LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS AIGUS



Mise en œuvre du BCM

Annexe A

Annexe A : Mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments

Vous trouverez ci-dessous les principales étapes pour débiter la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments.

- 1. Obtenir l'engagement de la haute direction**
- 2. Former une équipe**
- 3. Définir le problème**
 - Déterminer les cibles à atteindre (buts et objectifs)
- 4. Débiter avec de petits projets et développer votre expertise par rapport au bilan comparatif des médicaments**
 - Schématiser le processus actuel
- 5. Évaluer les améliorations apportées - Collecte de données**
- 6. Déployer le projet**

Remarque : Il est recommandé d'utiliser le modèle d'amélioration lors de la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments dans votre établissement (voir le modèle d'amélioration à [l'annexe C](#)).

1. Obtenir l'engagement de la haute direction

La mise en œuvre réussie du processus du bilan comparatif des médicaments nécessite un engagement et une orientation clairs de la haute direction. Un leadership visible de la haute direction peut aider à surmonter les obstacles et à allouer les ressources permettant d'améliorer la capacité des équipes à mettre en œuvre le bilan comparatif des médicaments.



Sollicitez la participation active de la haute direction en élaborant une analyse de rentabilisation sur le bilan comparatif des médicaments et en démontrant la nécessité de prévenir les accidents liés à la médication et de réduire le travail et la duplication du travail qui en découlent. Présentez régulièrement vos progrès à la haute direction : présentez vos données sur les erreurs évitées grâce au processus du BCM; identifiez les ressources nécessaires pour réussir.

2. Former une équipe

Une approche d'équipe est nécessaire pour vous assurer que le bilan comparatif des médicaments soit mis en œuvre avec succès. Pour diriger cette initiative, nous recommandons que l'établissement identifie une équipe de coordination multidisciplinaire sur le site du projet pour coordonner la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments, ainsi qu'une équipe à plus petite échelle, au niveau de l'unité de soins, pour effectuer des tests de changements à cette unité.



Le travail d'équipe fait partie intégrante du processus du bilan comparatif des médicaments. Le bilan comparatif des médicaments n'appartient pas à une seule discipline. Les champions cliniques peuvent contribuer de façon significative à la mise en œuvre réussie du BCM.

Les représentants de l'équipe de coordination sur le site pourraient comprendre :

- Un cadre supérieur (cadre délégué représentant la haute direction)
- Des leaders cliniques représentant les médecins, le personnel infirmier et le personnel de la pharmacie
- Le personnel soignant de première ligne provenant des milieux de soins clés et de tous les quarts de travail
- Des représentants d'autres unités ou comités, dont les responsabilités ou mandats comportent l'amélioration de la sécurité des patients (p.ex. : coordonnateur de la sécurité des patients, représentants de la gestion des risques/de la qualité, représentants des patients, comité de pharmacologie et thérapeutique)
- Un patient et/ou un membre de la famille d'un patient

À l'échelle de l'unité de soins, une petite « équipe » peut aider à coordonner et effectuer les tests de changements (cycles PEÉA) et fournir des commentaires à l'équipe de coordination du site. Les membres de l'équipe peuvent comprendre : le médecin de l'unité, une infirmière praticienne, l'infirmière-chef, une infirmière de première ligne, un pharmacien et un patient. Les membres de l'équipe peuvent communiquer de différentes façons, y compris lors de courtes rencontres informelles dans l'unité.



La participation des patients, notamment les entrevues avec les patients, est essentielle au processus du bilan comparatif des médicaments. Le patient est le seul participant constant dans tout le système et il est essentiel au succès de ce changement systémique majeur.

3. Définir le problème

Déterminer les cibles à atteindre (buts et objectifs)

Déterminer une cible permet aux équipes de se concentrer sur ce qu'elles souhaitent atteindre lors de la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments. La cible devrait comporter un délai précis, être mesurable et déterminer la clientèle de patients spécifiquement visée.

Comme les équipes travaillent sur différentes étapes du processus de soins, les cibles devraient être spécifiques vis-à-vis ce qu'elles souhaitent atteindre à cette étape. Par exemple :

Augmenter à 75 % le pourcentage de patients ayant reçu un BCM lors de l'admission à l'unité, et ce d'ici les trois prochains mois.

4. Débuter avec de petits tests de changements et développer votre expertise par rapport au bilan comparatif des médicaments

- Débuter la mise en œuvre du processus du bilan comparatif des médicaments à petite échelle, avec des groupes spécifiques de patients, dans des unités spécifiques ou à un moment précis du continuum de soins, pour élaborer des formulaires et des outils adaptés à votre établissement et pour développer votre expertise par rapport au bilan comparatif des médicaments.
- Faire participer le personnel à l'initiative, de sa planification aux étapes subséquentes.



Intégrer le processus du bilan comparatif des médicaments aux processus de soins réguliers et travailler à l'élaboration de formulaires de BCM qui aident à la rédaction des ordonnances.

- Même si le bilan comparatif des médicaments peut survenir à tout moment dans les interfaces de soins (p.ex., à l'admission, au transfert, au congé), nous vous suggérons de **débuter par le processus à l'admission**. Si le bilan comparatif des médicaments n'est pas fait immédiatement à l'admission, vous risquez de poursuivre votre démarche en vous servant de renseignements inexacts. Comme les patients peuvent être admis à l'hôpital à partir de différents points de service, sélectionner un secteur (p.ex., repérage préopératoire ou service d'urgence).
- **Schématiser le processus actuel**. Servez-vous d'un diagramme simple du déroulement du processus pour décrire les grandes lignes du processus en cours présentement. Remarque : cette démarche doit demeurer simple, mais assurez-vous d'inclure toutes les personnes concernées par la démarche, puisque le but est d'identifier la séquence des événements et le rôle que chacun y joue.
- **Schématiser le processus idéal**. Faites participer tous les membres de l'équipe pour élaborer un nouveau processus idéal qui puisse être mis à l'essai et évalué à l'aide du modèle d'amélioration.
- **Adapter et tester le formulaire du bilan comparatif des médicaments**. L'objectif du formulaire du bilan comparatif des médicaments est d'aider à obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), à partager les renseignements avec les prescripteurs et à faciliter le BCM (la documentation des décisions du prescripteur concernant les ordonnances). Plusieurs établissements adaptent le formulaire d'ordonnance du prescripteur dans ce but. Comme pour tous les changements que vous effectuerez, nous vous recommandons de tester le formulaire d'abord à petite échelle et de le modifier au besoin.



Votre formulaire de bilan comparatif des médicaments est utilisé pour documenter et faciliter le processus du bilan comparatif des médicaments et doit tenir compte du contexte propre à votre établissement

5. Évaluer les améliorations apportées – Collecte des données

Voir les Ressources liées aux mesures à l'**annexe B**.

6. Déployer le projet

Au fur et à mesure que vous allez acquérir de l'expérience et que les mesures du succès de votre processus de bilan comparatif de médicaments démontreront une amélioration soutenue, le processus pourra être mis en œuvre au bénéfice de plus de patients et dans plus de secteurs. Procédez à une évaluation à chaque nouvelle étape avant de déployer le processus à d'autres unités. Réévaluez le processus du projet pilote dans de nouvelles unités de façon à déterminer les révisions qui peuvent s'avérer nécessaires. Le déploiement à travers l'établissement nécessite une planification minutieuse pour passer à travers chacune des principales phases de la mise en œuvre.

Un facteur clé permettant de combler la brèche entre les *pratiques exemplaires* et la *pratique courante* est la capacité des prestataires de soins de santé et leur établissement à disséminer les innovations et les nouvelles idées. Le document de l'IHI intitulé « [A Framework for Spread : From Local Improvements to System-Wide Change](#) » aidera les équipes à élaborer, tester et mettre en œuvre un système permettant d'accélérer les améliorations en disséminant les idées de changement au sein des établissements et entre eux. Certaines problématiques qui doivent être abordées lors de la planification du déploiement incluent la formation et l'acquisition de nouvelles habiletés, le soutien aux personnes dans l'acquisition de nouveaux comportements qui renforcent les nouvelles pratiques, la résolution de problèmes, la culture actuelle par rapport au changement, le degré d'adhésion du personnel et la répartition des responsabilités.



La clé, lorsqu'on désire mobiliser le personnel de première ligne, consiste à décrire comment chacune des étapes du processus pourra bénéficier aux patients.

Boîte à outils pour le remplacement du BCM sur papier par sa version électronique

Cette boîte à outils analyse les pratiques d'utilisation du BCM électronique en cours au Canada et fournit des directives aux établissements pour qu'ils puissent passer d'un BCM sur papier à sa version électronique.

Boîte à outils pour le remplacement du BCM sur papier par sa version électronique :

- Anglais
- Français



LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS AIGUS



Ressources liées aux mesures

Annexe B

Annexe B : Ressources liées aux mesures

Mesurer la performance et l'amélioration

Qui devrait prendre les mesures ?

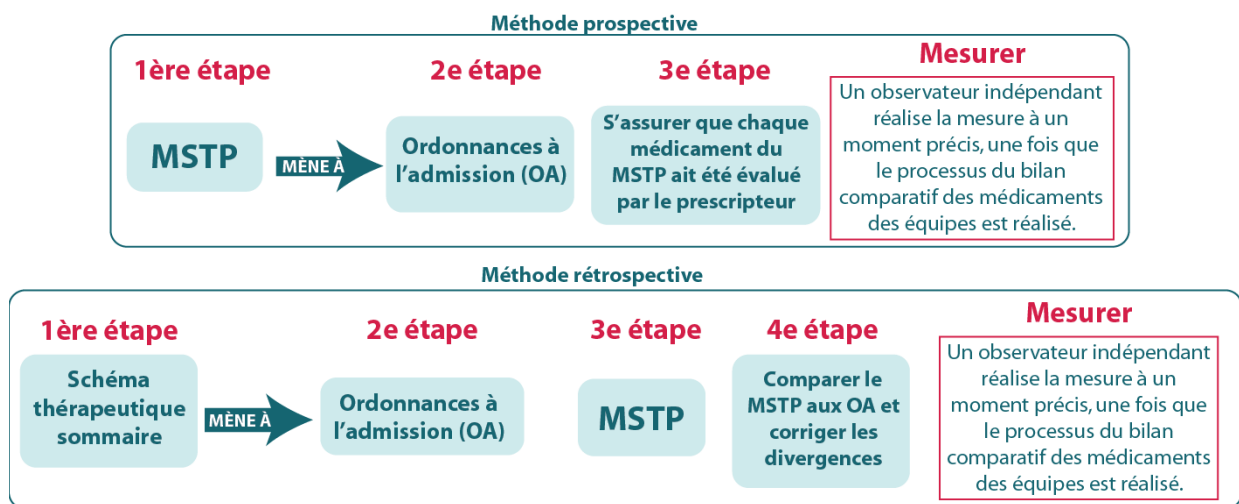
Les mesures devraient être effectuées par un *observateur indépendant* qui est familier avec le processus du bilan comparatif des médicaments et la façon d'obtenir le MSTP. Il s'agit de s'assurer que toutes les divergences de médicaments soient identifiées et corrigées ou en voie de l'être.

Le rôle de l'observateur indépendant est de comparer le MSTP aux ordonnances actuelles et à toute autre source de renseignements accessible sur la médication afin d'assurer que toutes les divergences soient identifiées et corrigées ou en voie de l'être. L'observateur indépendant peut être une infirmière, un pharmacien, un assistant technique en pharmacie, une infirmière praticienne, un médecin ou un membre de l'équipe d'amélioration de la qualité qui n'est pas responsable des opérations courantes dans le secteur clinique qui fait l'objet de l'évaluation.

Quand devrait-on mesurer ?

Il est important de souligner que la mesure devrait se faire dès que possible **après** que le processus du bilan comparatif des médicaments habituel ait été réalisé. Une méthode prospective de collecte de données devrait être utilisée. Les vérifications prospectives permettent d'identifier les patients « à risque » lorsqu'ils sont « à risque » et de prendre immédiatement les mesures d'amélioration qui s'imposent. Elles facilitent aussi la distinction entre les divergences intentionnelles et les divergences non intentionnelles mieux que ne le permet la vérification rétrospective des dossiers. L'exemple suivant décrit à quel moment mesurer le processus lors de l'admission.

Quand mesurer – Le processus prospectif comparativement au processus



Elaboré par l'ISMP Canada pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Pendant combien de temps faut-il continuer à mesurer ?

Les indicateurs de qualité du processus du BCM devraient être mesurés mensuellement jusqu'à ce que les données démontrent que le processus mis en œuvre par l'équipe respecte les composantes du processus de BCM. Cette étape est franchie quand les équipes ont **atteint et maintenu l'objectif d'amélioration visé**. Par la suite, pour maintenir vos gains, il est important d'effectuer des vérifications de façon régulière.

Les indicateurs de conformité au processus du BCM devraient être mesurés de façon continue puisqu'ils indiquent le nombre de patients pour lesquels un BCM a été réalisé. Le « pourcentage de BCM réalisés » est conforme aux mesures préconisées par Agrément Canada, selon lesquelles l'organisation est tenue de surveiller la conformité au processus de BCM et d'apporter les correctifs qui s'imposent.

Stratégies d'échantillonnage

Les équipes de chaque service devraient recueillir des données provenant d'un échantillon de 20 dossiers par mois. Si le nombre d'admissions, de transferts à l'interne ou de congés dans le service est inférieur à 20, les équipes devraient recueillir des données pour toutes les admissions, tous les transferts à l'interne ou tous les congés. Les services dont les volumes sont plus importants peuvent choisir de réviser un plus grand nombre de dossiers par mois, selon les volumes de patients. Les dossiers révisés devraient être choisis au hasard. Deux stratégies peuvent être utilisées pour choisir un échantillon aléatoire (voir ci-dessous).

Méthodes permettant d'obtenir un échantillon aléatoire :

1re méthode - Méthode du énième client : En fonction du nombre d'admissions, de transferts à l'interne ou de congés, les équipes doivent estimer le nombre moyen de clients au cours d'un mois donné et ensuite, selon ce nombre, calculer le énième nombre de clients à inclure dans l'échantillon pour s'assurer d'avoir un échantillon aléatoire d'au moins 20 clients. Par exemple, si le service A rencontré en moyenne 200 clients par mois, l'observateur indépendant choisira tous les 10^{ème} clients pour obtenir un échantillon d'au moins 20 clients.

2^e méthode - Méthode des X jours dans le mois : En fonction du nombre d'admissions, de transferts à l'interne ou de congés, les équipes doivent estimer le nombre moyen de clients dans un mois et ensuite, selon ce nombre, calculer le nombre moyen de clients par jour, suivi du nombre de jours nécessaires pour que l'observateur indépendant soit assuré d'obtenir un échantillon aléatoire d'au moins 20 clients. Par exemple, le service B rencontre une moyenne de 240 clients par mois, soit une moyenne de 8 clients par jour ($240/30 = 8$). Avec cette méthode, deux ou trois jours (objectif = 20 et $8 \text{ patients} \times 2 \text{ jours} = 16 \text{ patients}$; $8 \text{ patients} \times 3 \text{ jours} = 24 \text{ patients}$) peuvent être choisis au hasard (production d'un nombre aléatoire) dans le mois pour effectuer les mesures.

Remarques concernant la 2^e méthode : Cette méthode est moins souhaitable étant donné les différents types de biais potentiels, tels que les jours choisis (p.ex., 3 lundis par rapport à 3 jeudis) pour lesquels la performance varie. En ce qui concerne la méthode des X jours dans le mois, une fois que le nombre de jours d'échantillonnage par mois est déterminé, ces jours devraient être choisis de façon aléatoire au cours du mois.

**Remarques supplémentaires pour la sélection de l'échantillon aléatoire :**

Une fois que l'établissement a choisi l'une des stratégies d'échantillonnage, cette approche doit être utilisée de façon constante tout au long de la période de collecte de données. Pour diminuer les biais potentiels, l'observateur indépendant devrait être le seul à connaître la stratégie d'échantillonnage choisie et les dossiers qui seront révisés.

Exemples d'outils de collecte de données**Outil de vérification du BCM à l'admission**

Instructions concernant l'outil de vérification de la qualité des processus de BCM à l'admission

Outil de vérification du BCM au congé

Instructions concernant l'outil de vérification de la qualité des processus de BCM au congé

Conseils sur le suivi des indicateurs

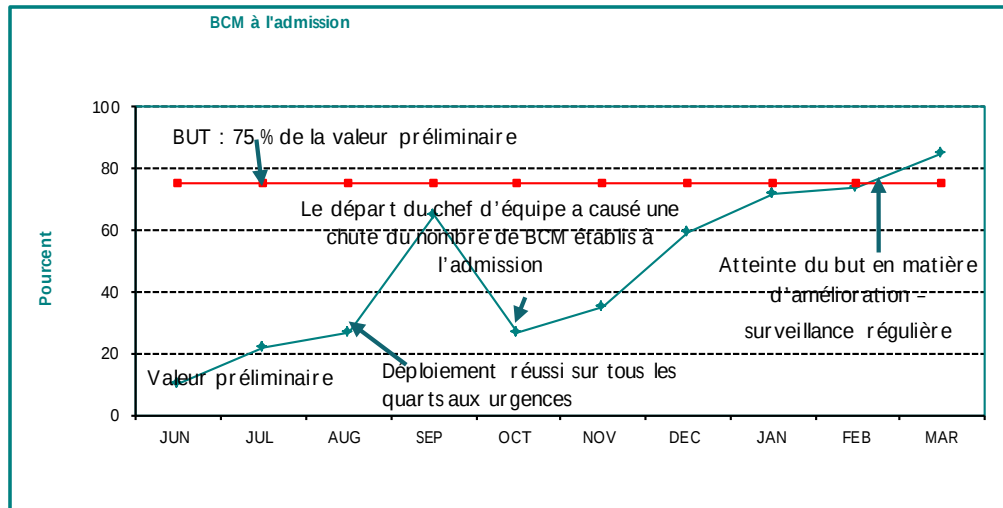
Adaptés du document de l'Institute for Healthcare Improvement intitulé *Tips for Effective Measures* [Conseils en matière de suivi efficace d'indicateurs, traduction libre], consulté le 9 août 2006.

- 1. Représentez graphiquement les données au fil du temps.** La plupart des renseignements à propos d'un système et de la façon de l'améliorer peuvent être obtenus en représentant graphiquement les données au fil du temps et en observant ensuite les tendances. Faire le suivi de quelques mesures principales au fil du temps constitue un outil unique très puissant pour l'équipe et aidera à observer les effets des changements apportés. Nous vous encourageons à vous servir dans votre établissement de graphiques de séquences (voir ci-dessous) pour démontrer vos progrès au fil du temps.

Graphiques de séquence - Faire le suivi de vos indicateurs au fil du temps

Pour déterminer si une amélioration s'est vraiment concrétisée et si elle s'est maintenue, il faut observer les tendances au fil du temps. Les graphiques de séquence sont des graphiques affichant des données au fil du temps qui constituent l'un des plus importants outils d'amélioration de la performance. L'utilisation de graphiques de séquence comporte plusieurs avantages :

- Ils aident les équipes d'amélioration à formuler leurs cibles en illustrant la bonne (ou la mauvaise) performance associée à un processus
- Ils aident à déterminer le moment où les changements se transforment réellement en une amélioration en illustrant les tendances que vous pouvez observer alors que vous effectuez des changements
- Ils fournissent la direction à suivre alors que vous effectuez des améliorations, ainsi que des renseignements sur la valeur de certains changements en particulier

Exemple de graphique de séquence

2. Recherchez l'utilité, non la perfection. Rappelez-vous que l'objectif n'est pas la mesure mais l'amélioration. Afin de pouvoir passer à l'étape suivante, une équipe a besoin de juste assez de données pour savoir si les changements mènent à une amélioration.

- **Intégrez la mesure à la routine quotidienne.** Les données utiles sont souvent faciles à se procurer sans avoir à se fier sur des systèmes d'information. N'attendez pas deux mois pour recevoir les données des services informatiques de votre hôpital. Élaborez un formulaire de collecte de données qui soit simple et intégrez la collecte de données au travail d'un employé. Souvent, quelques mesures simples vous permettront d'obtenir tous les renseignements dont vous avez besoin.
- **Servez-vous de données qualitatives et quantitatives.** En plus de recueillir des données quantitatives, assurez-vous de recueillir des données qualitatives, qui sont souvent plus accessibles et très instructives. Par exemple, demandez au personnel la façon dont se déroule le processus du BCM ou la façon d'améliorer le BCM ou le formulaire du MSTP. Ou encore, si vous voulez concentrer vos efforts sur l'amélioration de la capacité des patients à fournir une liste complète et précise de leurs médicaments, vous pouvez questionner les patients et leur famille sur leur expérience.



L'objectif de la mesure est l'amélioration, non pas l'élaboration d'un système de mesure :

- La mesure devrait permettre d'accélérer l'amélioration
- Les mesures principales devraient permettre de clarifier les objectifs
- Intégrez la mesure aux routines quotidiennes
- Associez les mesures d'amélioration à d'autres initiatives de l'unité/établissement
- Faites participer les intervenants au processus de mesure

LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS AIGUS



Modèle d'amélioration

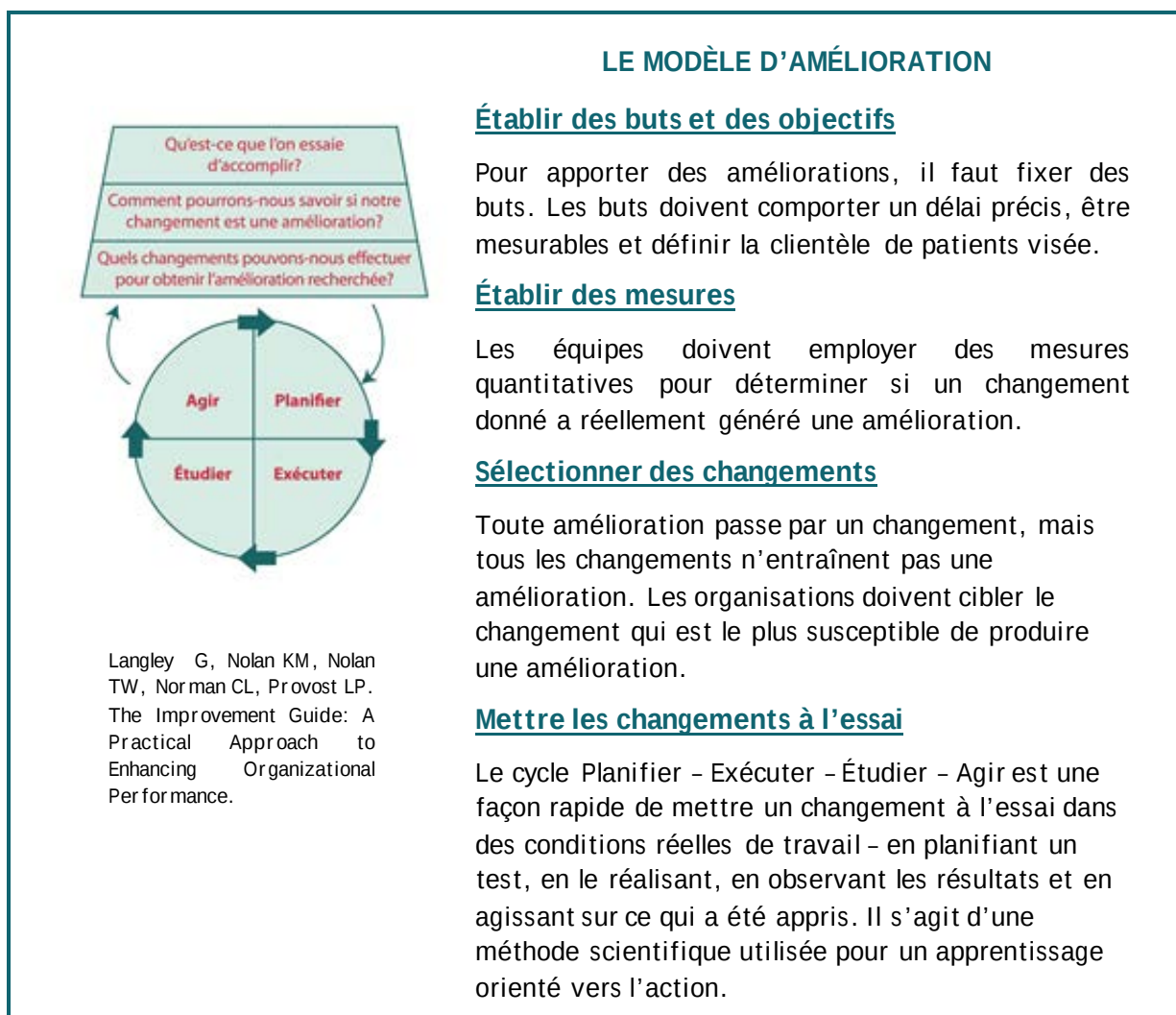
Annexe C

Annexe C : Le modèle d'amélioration

Conçu par Associates in Process Improvement, le modèle d'amélioration est un outil simple mais puissant pour accélérer l'amélioration,³¹ qui a été utilisé avec succès par des centaines d'établissements de santé pour améliorer plusieurs processus et résultats différents.

Le modèle comporte deux parties :

1. Trois questions fondamentales qui aident les équipes d'amélioration à 1) définir des cibles précises, 2) concevoir des mesures qui indiqueront si les changements mènent à des améliorations, et 3) identifier les changements susceptibles de mener à des améliorations.
2. Le cycle Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) permet d'effectuer des tests de changements à petite échelle dans des milieux de travail réels — en planifiant un changement, en l'essayant, en observant les résultats et en agissant en fonction des connaissances acquises. Il s'agit de la méthode scientifique utilisée pour assurer un apprentissage dirigé vers l'action.





Mise en œuvre : Après avoir testé un changement à petite échelle, avoir appris de chacun des tests et avoir peaufiné le changement par l'entremise de plusieurs cycles PEÉA, l'équipe pourrait mettre en œuvre le changement à plus grande échelle (par exemple, en testant d'abord le bilan comparatif des médicaments à l'admission).³¹

- Continuez à effectuer des tests et à peaufiner la démarche à l'aide du cycle PEÉA. Demandez des commentaires et suggestions et intégrez les changements recommandés à la démarche.
- Le bilan comparatif des médicaments nécessite souvent l'élaboration d'un outil de documentation. Demandez au professionnel de la santé approprié de tester un formulaire du bilan comparatif des médicaments pour en évaluer la facilité d'utilisation, la capacité à obtenir les renseignements recherchés et régler les questions de formatage. Servez-vous des résultats de ce test pour modifier le formulaire. Le formulaire devrait s'adapter à votre système et, même s'il s'agit d'un formulaire supplémentaire au départ, il devrait être intégré à votre système au fil du temps.
- Il se peut que la liste de médicaments ne soit jamais parfaite. Selon Roger Resar, M.D., boursier supérieur en recherche à l'*Institute for Healthcare Improvement* et chef de file dans l'élaboration de ce processus, l'expression clé est : « aussi complète que possible ».
- Une fois le formulaire modifié, demandez à un autre professionnel de la santé de le tester sur un petit nombre de patients.
- Vérifiez les processus associés à l'utilisation du formulaire (p.ex. formulaire rempli selon les normes, à quel moment, etc.)
- Continuez à tester et modifier le formulaire jusqu'au moment où il sera considéré facile à utiliser, qu'il recueillera les renseignements nécessaires et qu'il facilitera la communication pendant que les patients se déplaceront à travers les différents niveaux de soins. Vous devez tenir compte du moment où le formulaire est « suffisamment bon » et éviter de prolonger la mise au point définitive du formulaire.
- Fournissez des exemples de cas relatifs au bilan comparatif des médicaments spécifiques au site de mise en œuvre pour illustrer les problèmes relatifs au processus actuel.

Cliquez ici pour en savoir plus sur le [Modèle d'amélioration](#) de l'Institute for Healthcare Improvement.

LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS AIGUS



Exemples d'outils et de ressources

Annexe D

Annexe D : Exemples d'outils et de ressources



Triage des patients pour le BCM au Service d'urgence

Adapté et *utilisé avec la permission* des services d'urgence des hôpitaux communautaires de l'État de Washington.

1re étape. Impliquer les patients plus tôt dans la collecte de renseignements sur les médicaments

- ❖ Éduquez les patients avant qu'ils ne se présentent à l'urgence de façon à ce qu'ils puissent anticiper le besoin d'apporter avec eux une liste à jour de leurs médicaments, leurs fioles de médicaments ou un profil pharmacologique provenant de leur pharmacie communautaire (p.ex. bulletins dans la communauté, médias, médias sociaux, bureaux de médecins de famille, services ambulanciers).
- ❖ Si les patients n'ont pas apporté avec eux les renseignements sur leurs médicaments, fournissez-leur un formulaire pour qu'ils puissent le remplir eux-mêmes à l'urgence en énumérant leur liste de médicaments ainsi que les coordonnées de leur pharmacie communautaire ou de leur médecin de famille pour la collecte de renseignements.

2^e étape. L'infirmière au triage de l'urgence prend connaissance des sources de renseignements du patient (en se servant d'au moins une autre source fiable) et classe le patient dans l'une des trois catégories suivantes :

- ❖ 1^{re} catégorie : aucun médicament. Ne nécessite aucune autre intervention que de noter au dossier le fait que le patient ne prend aucun médicament.
- ❖ 2^e catégorie : médicaments connus. Ces patients ont au moins une autre source de renseignements fiable sur leur médication et ils connaissent les noms des médicaments qu'ils prennent. Ils ont apporté leurs fioles ou leur liste de médicaments. Ils sont prêts à ce que l'équipe procède au MSTP une fois que la décision aura été prise de les admettre ou que l'infirmière au triage ou une personne déléguée pourra obtenir le MSTP.
- ❖ 3^e catégorie : médicaments inconnus. Cette catégorie représente un petit pourcentage de patients qui prennent des médicaments, mais qui ne connaissent **pas** le nom d'au moins un d'entre eux, sont incapables de fournir les renseignements en raison de leur état de santé ou pour lesquels aucun aidant n'est disponible pour fournir ces renseignements. Ces patients sont les seuls pour qui des démarches supplémentaires de l'équipe d'urgence sont nécessaires pour obtenir des renseignements, si ce patient doit être admis. Leurs dossiers sont marqués.

3^e étape. Pour les patients de la 3^e catégorie qui seront admis, déléguer la collecte des renseignements manquants au personnel clérical ou administratif.

Il peut :

- ❖ consulter le dossier pharmacologique électronique provincial (si disponible);
- ❖ communiquer avec les pharmacies communautaires du patient pour obtenir une télécopie du profil pharmacologique du patient;
- ❖ demander aux membres de la famille du patient d'apporter ses médicaments;
- ❖ appeler le médecin de famille du patient pour qu'il envoie la liste des médicaments.

Une fois les renseignements complétés, le dossier n'est plus marqué, le patient est classé dans la 2^e catégorie et le MSTP peut être obtenu une fois que celui-ci est admis.

4^e étape. Signaler les patients dont les renseignements sur les médicaments sont incomplets

En signalant les patients dont la liste de médicaments est incomplète, le but est de mettre en évidence le manque de renseignements sur la médication du patient pour les médecins et le personnel infirmier de l'urgence. Des exemples de marqueurs potentiels peuvent être des macarons colorés sur la jaquette d'hôpital, un bracelet de couleur vive ou un collier sous forme de plaque d'identité.

Formulaire du BCM à l'admission



Best Possible Medication History (BPMH) and Reconciled Admission Medication Orders

*See reverse for instructions on use

Affix patient label within this box

[illegible]

19268(Rcv2015-03)

Do Not Thin From Chart

Page ____ of ____

Utilisé avec autorisation

Horaire de la prise de médicaments au congé



**yukon
hospital corporation**
Whitehorse General Hospital
5 Hospital Road, Whitehorse, YT, Y1A 3H7
Phone: (867) 393-8700

BEAR GRIZZLY
DOB: M/70
HCB: 002916734
FAM: DR DOCTOR
Att: DR DOCTOR

M000001405
Admit: 22/03/16
AC000007/16
INS: YHIS
ADM: DOCTOR MED

Medication Schedule

Allergies: PENICILLIN (HIVES)

Name of Pharmacy: Medicine Chest Ogilvie st

Medication	Dose	Route	Frequency	Indications/Comments/ Reason for Change	Breakfast	Lunch	Supper	Bedtime
LEVOTHYROXINE TABLET (SYNTHROID)	0.125 MG	ORAL	DAILY		X			
metFORMIN TABLET (GLUCOPHAGE)	500 MG	ORAL	THREE TIMES DAILY WITH FOOD		X	X	X	
METOPROLOL TABLET (LOPRESSOR)	25 MG	ORAL	TWICE DAILY	REPLACING BISOPROLOL TO CONTROL HEART RATE (ATRIAL FIBRILLATION)	X			X
RAMIPRIL CAPSULE (ALTACE)	5 MG	ORAL	DAILY	DOSE DECREASED DUE TO LOW BLOOD PRESSURE	X			
WARFARIN TABLET (COUMADIN)	5 MG	ORAL	AT SUPPER	FOR PREVENTION OF STROKE (ATRIAL FIBRILLATION)			X	

Comments

Prepared by: [REDACTED]

Date: 22/03/16

Utilisé avec autorisation

Meilleur plan médicamenteux possible au congé

L'ISMP Canada a élaboré des formulaires qui peuvent être utilisés comme outils pour établir le BCM au congé d'un client provenant d'un établissement de soins aigus.

Vous pouvez obtenir une copie du formulaire relatif au [meilleur plan médicamenteux possible au congé \(MPMPC\)](#) sur le site [Web de l'ISMP Canada](#). Vous pouvez adapter ce dernier pour l'utiliser dans votre établissement en obtenant une permission écrite de l'ISMP Canada à cet effet.

[illegible]

Guide pour obtenir le meilleur plan médicamenteux possible au congé

Vous pouvez obtenir une copie du [*Guide pour obtenir le meilleur plan médicamenteux possible au congé \(MPMPC\)*](#) sur le site [Web de l'ISMP Canada](#). Vous pouvez adapter ce dernier pour l'utiliser dans votre établissement en obtenant une permission écrite de l'ISMP Canada à cet effet.



Best Possible Medication Discharge Plan (BPMDDP) Patient Interview Guide

Ensure these topics are addressed when conducting education to patients regarding discharge.

Identify medications:

1. **Changed** while the patient has been in hospital (*e.g., formulary adjustments, auto-substitutions, dose/frequency changes, etc.*)
2. **No longer required** on discharge. (*Including medications started in hospital and those the patient was taking prior to admission*).
3. **To be continued** on discharge. (*Including medications started in hospital and those the patient was taking prior to admission*).
4. **New** medications the patient is to take on discharge.

Confirm patient's understanding of:

1. **Purpose** for each medication (*e.g., Can you explain to me the reason why you are taking each of your medications?*).
2. **Possible side effects and when it is necessary to seek medical attention** for each medication (*e.g., Can you explain to me the possible side effects of each of your medications (or just new medications) and what to do if these occur?*).
3. **Intended duration of therapy** for each new medication (*e.g., How long will you be on each medication?*).

Provide patient with:

1. **Medication calendar**, summarizing name of medication, purpose, dose, frequency, when best to take medications, duration of therapy and any additional comments which may be necessary.
2. **Follow up information** regarding appointments/laboratory tests that may be necessary concerning their medications.

Ask the patient / caregiver to:

1. **Summarize** their discharge medication instructions (*to assess their understanding of information presented to them*).

Encourage patient / caregiver to:

1. **Bring this medication list** with them to every healthcare appointment, physician / specialist, ER visit, clinic appointment and to their community pharmacy.
2. **Keep their medication list up to date.**
3. **Carry their medication list** with them at all times.
4. **Use one community pharmacy** to process all prescriptions.

Horaire de la prise de médicaments au congé

Vous pouvez obtenir une copie du formulaire [*Horaire de la prise de médicaments au congé*](#) sur le [site Web de l'SMP Canada](#) et vous pouvez l'adapter pour l'utiliser dans votre établissement en obtenant une permission écrite de l'ISMP Canada.

Discharge Medication Schedule			
			
Discharge Medication Schedule as of (Date): _____			
Include all prescription and over-the-counter medications, vitamins and herbal supplements.			
Medication Name	Reason for taking this Medication	Dosage and Instructions	Comments

© 2011 Institute for Safe Medication Practices Canada
Developed by ISMP Canada with support from the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Page ____ of ____

Discharge Medication Schedule			
Additional Medications as Needed			
Additional Medications As Needed			
Discontinued Medications			
Do Not Take the Following			
Avoid the following:			
Avoid the Following			

© 2011 Institute for Safe Medication Practices Canada
Developed by ISMP Canada with support from the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Page ____ of ____

Liste de vérification relative au bilan comparatif des médicaments au congé

Vous pouvez obtenir une copie de la [Liste de vérification relative au bilan comparatif des médicaments au congé](#) sur le site [Web de l'ISMP Canada](#) et vous pouvez l'adapter pour l'utiliser dans votre établissement en obtenant une permission écrite de l'ISMP Canada.



Discharge Medication Reconciliation Checklist

Please check when task is completed

- ☐ Best Possible Medication Discharge Plan (BPMDP)
- ☐ BPMDP patient discharge interview (please refer to BPMDP patient discharge interview guide)
- ☐ Provide patient/caregiver with prescriptions
- ☐ Record last dose given of each medication in hospital prior to discharge
- ☐ Provide patient/caregiver with discharge medication calendar
- ☐ Discuss the importance of using one community pharmacy for all medications
- ☐ Encourage patient to have their medication list updated at all healthcare visits involving medications and to keep their community pharmacy informed of these changes.
- ☐ Refer patient to community pharmacy medication programs available if applicable. – e.g. *MedsCheck* in Ontario

*© 2011 Institute for Safe Medication Practices Canada
Developed by ISMP Canada with support from the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*

D'exemple d'un système d'ordonnance électronique

À titre d'exemple d'un **système d'ordonnance électronique**, le *University Health Network* de Toronto a conçu un logiciel pour produire le document suivant afin de réaliser le MPMPC de l'hôpital. Les formulaires suivants ont été utilisés avec la permission des auteurs.

HOSPITAL NAME AND LOGO							
Date: xxx Patient Name: xxx Patient Address: xxx Patient Phone #: xxx							
Hospital Discharge Prescriptions							
#	Medication	Dose	Route	Frequency	Qty	Rpts	LU Code
1	Ferrous Gluconate	300mg	PO	TID	90	0	
2	Omeprazole	40mg	PO	Daily	30	1	295
3	Ciprofloxacin	500mg	PO	BID	14	0	336
QTY= Quantity, Rpts = Repeats, LU Code = Limited use Code							
Physician Name: xxx CPSO Number: xxx Physician Phone #: xxx Physician Signature: xxx Please contact family physician for repeats							
Summary of Medication Allergies: Penicillin - Hives							
Summary of Medication Changes Since Admission:							
New Medications: • Ferrous Gluconate 300mg PO TID • Omeprazole 40mg PO Daily • Ciprofloxacin 500mg PO BID							
Discontinued Medications: • Aspirin 81mg PO daily • Meloxicam 7.5mg PO daily							
Adjusted Medications: • Atorvastatin increased to 40mg PO QHS • Calcium carbonate increased to 1000mg elemental calcium PO TID with meals • Metoprolol increased to 50mg PO BID							
Unchanged Medications to be Continued: • Calcitriol 0.25mcg PO daily • Darbepoetin 60mcg SC qFriday • Docusate sodium 100mg PO BID • Ramipril 5mg PO daily • Acetaminophen 325–650mg PO q4h PRN							
Additional Comments: E.G. Section 8 filled for XXXX drug An inpatient pharmacist helped to prepare this prescription.							

Utilisé avec autorisation

Carte format portefeuille pour le patient

Une liste de médicaments en format poche est donnée au patient pour qu'il puisse la consulter et la fournir aux professionnels de la santé

Drug and dose	Directions
Calcium Carbonate 500 mg tablet	Take 1 tablet three times daily
Ibuprofen 200 mg tablet (ADVIL)	Take 1 tablet as needed
Metoprolol 50 mg tablet	Take 2 tablets two times daily
Atorvastatin 20mg tablet (LIPITOR)	Take 1 tablet at bedtime

Utilisé avec autorisation

Horaire de la prise de médicaments au congé à l'attention des patients et de la famille

Permet de communiquer l'ensemble de la pharmacothérapie modifiée du patient suite au congé.

Horaire de la prise de médicaments au congé pour le patient et sa famille

Name: xxx

Date: xxx

Documented Allergies: • Penicillin • Codeine

My family physician is _____ phone _____

Morning

Medication	Comments	Directions
Calcium Carbonate 500mg tablet	Phosphate binder Take with food	Take 1 tablet
Metoprolol 50mg tablet	For blood pressure	Take 2 tablets

Noon

Medication	Comments	Directions
Calcium Carbonate 500mg tablet	Phosphate binder Take with food	Take 1 tablet

Supper

Medication	Comments	Directions
Calcium Carbonate 500mg tablet	Phosphate binder Take with food	Take 1 tablet
Metoprolol 50mg tablet	For blood pressure	Take 2 tablets

Bedtime

Medication	Comments	Directions
Atorvastatin 20mg tablet (LIPITOR)	Take at night (bedtime)	Take 1 Tablet

As needed

Medication	Comments	Directions
Ibuprofen 200mg tablet (ADVIL)	Take as needed for pain only	Take 1 tablet as needed

* If discrepancies occur between this list and your prescriptions, please follow the instructions on your medication vials unless your physician has indicated otherwise *

Prepared by _____, Pharmacist, _____ Hospital
Phone: _____ Pager: _____

Utilisé avec autorisation

Lettre d'information sur les médicaments au congé

Résume les modifications effectuées depuis la réalisation du MTSP jusqu'aux ordonnances de départ. Cette lettre peut comprendre une liste accompagnée des raisons qui motivent la cessation de certains médicaments, les médicaments débutés à l'hôpital, les médicaments ajustés (changements de dose et de fréquence), ainsi que des problématiques du patient non réglées qui nécessitent une surveillance continue et un suivi.

	Date: February 02, 2006 Patient Name: Hospital: Toronto General Hospital Nursing Unit: 14 Eaton South NU Phone: 416-340-4800 x5555								
University Health Network Toronto General Hospital Toronto Western Hospital Princess Margaret Hospital									
Dear Pharmacist, Your patient _____ was admitted on October 29, 2005 and discharged on November 15, 2005.									
Documented Allergies: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Allergy</th> <th style="text-align: left;">Reaction</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penicillin</td> <td>Hives 10 years ago; tolerates cefazolin</td> </tr> </tbody> </table>		Allergy	Reaction	Penicillin	Hives 10 years ago; tolerates cefazolin				
Allergy	Reaction								
Penicillin	Hives 10 years ago; tolerates cefazolin								
The following are medication changes that have occurred: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">New Medications</th> <th style="text-align: left;">Rationale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ferrous Gluconate 300mg TID</td> <td>Patient found to be anemic in hospital. Values as of Nov 2/05 Ferritin = 10ug/L; TSAT = 0.15</td> </tr> <tr> <td>Omeprazole 40mg daily</td> <td>Patient experienced non H.Pylori upper GI bleed in hospital. Duration of therapy will be reassessed by GI physician in 8 weeks.</td> </tr> <tr> <td>Ciprofloxacin 500mg BID</td> <td>Urinary tract infection. E. Coli in urine sensitive to Ciprofloxacin; plan to treat for total of 7 days. Started Nov 13/05.</td> </tr> </tbody> </table>		New Medications	Rationale	Ferrous Gluconate 300mg TID	Patient found to be anemic in hospital. Values as of Nov 2/05 Ferritin = 10ug/L; TSAT = 0.15	Omeprazole 40mg daily	Patient experienced non H.Pylori upper GI bleed in hospital. Duration of therapy will be reassessed by GI physician in 8 weeks.	Ciprofloxacin 500mg BID	Urinary tract infection. E. Coli in urine sensitive to Ciprofloxacin; plan to treat for total of 7 days. Started Nov 13/05.
New Medications	Rationale								
Ferrous Gluconate 300mg TID	Patient found to be anemic in hospital. Values as of Nov 2/05 Ferritin = 10ug/L; TSAT = 0.15								
Omeprazole 40mg daily	Patient experienced non H.Pylori upper GI bleed in hospital. Duration of therapy will be reassessed by GI physician in 8 weeks.								
Ciprofloxacin 500mg BID	Urinary tract infection. E. Coli in urine sensitive to Ciprofloxacin; plan to treat for total of 7 days. Started Nov 13/05.								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Stopped Medications</th> <th style="text-align: left;">Rationale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aspirin 81mg daily</td> <td>Patient experienced an upper GI bleed</td> </tr> <tr> <td>Meloxicam 7.5mg daily</td> <td>Patient was taking 2-3 times a day. May have contributed to bleed and not to be restarted</td> </tr> </tbody> </table>		Stopped Medications	Rationale	Aspirin 81mg daily	Patient experienced an upper GI bleed	Meloxicam 7.5mg daily	Patient was taking 2-3 times a day. May have contributed to bleed and not to be restarted		
Stopped Medications	Rationale								
Aspirin 81mg daily	Patient experienced an upper GI bleed								
Meloxicam 7.5mg daily	Patient was taking 2-3 times a day. May have contributed to bleed and not to be restarted								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Dose Changes</th> <th style="text-align: left;">Rationale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atorvastatin increased to 40mg HS</td> <td>Lipid values measured on Nov 2/05 found to be elevated. LDL = 4.1 mmol/L; HDL = 0.98 mmol/L; Total Chol/HDL = 5.3 mmol/L; TG = 1.12 mmol/L</td> </tr> <tr> <td>Calcium carbonate increased to 1000mg elemental calcium TID with meals</td> <td>Phosphate value found to be high @ 2.1 mmol/L on Nov 2/05. See below</td> </tr> <tr> <td>Metoprolol increased to 50mg BID</td> <td>Blood pressure was elevated in hospital (163/90 mmHg at highest). Target blood pressure is 130/80 mmHg.</td> </tr> </tbody> </table>		Dose Changes	Rationale	Atorvastatin increased to 40mg HS	Lipid values measured on Nov 2/05 found to be elevated. LDL = 4.1 mmol/L; HDL = 0.98 mmol/L; Total Chol/HDL = 5.3 mmol/L; TG = 1.12 mmol/L	Calcium carbonate increased to 1000mg elemental calcium TID with meals	Phosphate value found to be high @ 2.1 mmol/L on Nov 2/05. See below	Metoprolol increased to 50mg BID	Blood pressure was elevated in hospital (163/90 mmHg at highest). Target blood pressure is 130/80 mmHg.
Dose Changes	Rationale								
Atorvastatin increased to 40mg HS	Lipid values measured on Nov 2/05 found to be elevated. LDL = 4.1 mmol/L; HDL = 0.98 mmol/L; Total Chol/HDL = 5.3 mmol/L; TG = 1.12 mmol/L								
Calcium carbonate increased to 1000mg elemental calcium TID with meals	Phosphate value found to be high @ 2.1 mmol/L on Nov 2/05. See below								
Metoprolol increased to 50mg BID	Blood pressure was elevated in hospital (163/90 mmHg at highest). Target blood pressure is 130/80 mmHg.								
Please find a current list of medications attached.									

Utilisé avec autorisation

Please find a current list of medications attached.

The following are unresolved/ongoing medication related issues

- High lipid values
 - Please re-check lipids in 3 months and suggest adjustment of atorvastatin dose accordingly
- Patient was taking Aspirin 81mg EC tablet daily for cardiac protection. It was stopped due to GI bleed. Dr. Smith (GI physician) to reassess restarting ASA at next appointment
 - Please follow-up with re-initiation of ASA

Other issues include:

- **Education/Counseling**
Patient may benefit from additional discussion on use of NSAIDs for pain. Meloxicam was being taken at higher doses than prescribed. Patient was educated on adverse effects of NSAIDs and instructed to use acetaminophen for pain in the future.
- **Monitoring needed**
Continue to monitor blood pressure and suggest titration of medications accordingly. Monitor phosphate levels and suggest adjustment of phosphate binder accordingly. Re-check iron profile in 3 months.

Please attach this document with the patient's prescriptions if possible
Feel free to contact me if you have any questions or concerns.

Thank you,

Cesta, Annemarie, Pharmacist

Phone: **416-340-4800 x1234**
Pager: **416-555-8856**

Verbal consent was obtained from the patient to release the above information on **February 02, 2006**

Current medication list for **as of February 02, 2006**

Drug and dose	Directions
Atorvastatin 40 MG tablet	Take 1 tablet at bedtime
Calcitriol 0.25 MCG capsule	Take 1 capsule once daily
Calcium carbonate 1250 MG tablet (500 MG elemental Ca++)	Take 2 tablets three times a day with meals
Ciprofloxacin 500 MG tablet	Take 1 tablet two times a day for 4 more days. Separate from calcium by at least 2 hours.
Darbepoetin Inj 60MCG/0.3ML syringe	Inject 60 MCG subcutaneously every Friday
Docusate sodium 100 MG capsule	Take 1 capsule two times a day
Ferrous fumarate 300 MG tablet	Take 1 tablet at bedtime
Metoprolol 25 MG tablet	Take 2 tablets (50 MG) two times a day
Omeprazole 20 MG tablet	Take 2 tablets (40 MG) once daily
Ramipril 5 MG capsule	Take 1 capsule once daily
Acetaminophen 325 MG tablet	Take 1-2 tablets every 4 hours as needed for pain

Utilisé avec autorisation

5 questions à poser à propos de vos médicaments

Le 5 questions à poser à propos de vos médicaments est un outil pour aider les patients et les soignants à commencer une conversation sur les médicaments afin d'améliorer les communications avec leur professionnel de la santé et c'est disponible dans plus de 20 langues différentes.

5 questions à poser à propos de vos médicaments

lors d'une consultation avec un médecin,
une infirmière ou un pharmacien

1. CHANGEMENTS?

Est-ce que des médicaments ont été ajoutés, supprimés ou changés et pourquoi?

2. CONTINUER?

Quels médicaments dois-je continuer à prendre et pourquoi?

3. USAGE CORRECT?

Comment dois-je prendre mes médicaments et pour combien de temps?

4. SURVEILLER?

Comment vais-je savoir si mes médicaments agissent et quels effets secondaires faut-il surveiller?

5. SUIVI?

Aurais-je besoin de tests et quand dois-je prendre mon prochain rendez-vous?



**Gardez votre
dossier médical
à jour.**

Rappelez-vous d'inclure :

- ✓ les allergies aux médicaments
- ✓ vitamines et minéraux
- ✓ produits à base de plantes / produits naturels
- ✓ incluant tous les médicaments ainsi que les médicaments sans ordonnance

Demandez à votre médecin, infirmière ou pharmacien de passer en revue tous vos médicaments pour voir s'il faut arrêter ou réduire l'un ou plusieurs de ces médicaments.

© 2016 ISMP Canada



Visitez safemedicationuse.ca pour en savoir plus.



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION
ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

SafeMedicationUse.ca



Utilisé avec autorisation

LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS AIGUS



Références

Annexe E

Annexe E : Références

- ¹ ISMP Canada, Définitions. Consulté le 17 novembre 2015 à <http://www.ismp-canada.org/definitions.htm>
- ² Cornish PL, Knowles SR, Marcheso R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, Etchells EE. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005;165:424-429.
- ³ Seamless Care Task Force of the Canadian Pharmacists Association and the Canadian Society of Hospital Pharmacists. Statement on Seamless Care. Ottawa (ON): *Canadian Society of Hospital Pharmacists*, (2004).
- ⁴ Baker GR, Norton PG. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. *Can Med Assoc J*. 2004;170(11):1678-1686.
- ⁵ Rozich JD, Resar RK. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Manag*. 2001; 8(10):27-34.
- ⁶ Bell C.M., Brener S.S., Gunraj N., Huo C. et coll. Association of ICU or Hospital Admission with Unintentional Discontinuation of Medications for Chronic Diseases. *JAMA*. 2011;306(8):840-847.
- ⁷ Lee J.Y., Leblanc K., Fernandes O.A., Huh J.H. et coll. Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann Pharmacother*. 2010 déc;44(12):1887-95.
- ⁸ Forster H.D., Menard A., Dupuis N., Chernish R. et coll. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Can Med Assoc J*. 2004;170(3):345-349 <http://ebling.library.wisc.edu/>
- ⁹ Scales D.C., Fischer H.D., Li P., Bierman A.S., Fernandes O., Mamdani M., Rochon P., Urbach D.R., Bell C.M. Unintentional continuation of medications intended for acute illness after hospital discharge: A population-based cohort study. *J Gen Intern Med*. 14 sept. 2015.
- ¹⁰ Mekonnen A.B., McLachlan A.J., Brien J.E. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. 23 fév. 2016. doi: 10.1111/jcpt.12364. [publ. électr. avant impr.] Review.PubMed PMID: 26913812.
- ¹¹ Mekonnen A.B., McLachlan A.J., Brien J.A. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 23 fév. 2016;6(2):e010003. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010003. PubMed PMID: 26908524; PubMed Central PMCID: PMC4769405.

- 12 Boockvar K.S., Blum S., Kugler A., Livote E., Mergenhagen K.A., Nebeker J.R., Signor D., Sung S., Yeh J. Effect of admission medication reconciliation on adverse drug events from admission medication changes. *Arch Intern Med*. 9 mai 2011;171(9):860-1. PubMed PMID: 21555668.
- 13 Vira T., Colquhoun M., Etchells E.E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge, *Qual Saf Health Care* 2006;000:1-6.
- 14 Johnston R., Saulnier L., Gould O. Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists. *Can J Hosp Pharm*. Sept. 2010;63(5):359-65
- 15 Hohl C.M., Yu E., Hunte G.S., Brubacher J.R., Hosseini F., Argent C.P., Chan W.W.Y., Wiens M.O., Sheps S.B., Singer J. Clinical decision rules to improve the detection of adverse drug events in emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*. 2012;19(6):640-9.
- 16 Alex S., Adenew A.B., Arundel C., Maron D.D., Kerns J.C. Medication Errors Despite Using Electronic Health Records: The Value of a Clinical Pharmacist Service in Reducing Discharge-Related Medication Errors. *Q Manage Health Care*. 2016;25(1):32-37.
- 17 Eggink R.N., Lenderink A.W., Widdershoven JWMG, van den Bemt PMLA. The effect of a clinical pharmacist discharge service on medication discrepancies in patients with heart failure. *Pharm World Sci*. 2010;32:759-766.
- 18 Walker P.C., Bernstein S.J., Jones J.N., Piersma J. et coll. Impact of a pharmacist facilitated hospital discharge program: a quasi-experimental study. *Arch Intern Med*. 2009;169(21):2003-2010.
- 19 Bishop M.A., Cohen B.A., Billings L.K., Thomas E.V. Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. *Am J Health Syst Pharm*. 1^{er} sept 2015;72(17 Suppl 2):S120-6.
- 20 Fernandes O. Medication reconciliation in the hospital: what, why, where, when, who and how? *Healthc Q*. 2012;15 Spec No:42-9. Review.
- 21 Cawthon C., Walia S., Osborn C.Y., Niesner K.J., Schnipper J.L., Kripalani S. Improving care transitions: the patient perspective. *J Health Commun*. 2012;17 Suppl 3:312-24.
- 22 Fernandes O., Toombs K., Periera T., Lyder C., Bjelajac Mejia A., Shalansky S., Al-Sukhni M., Gerges S., Sohal S. Gorman S. Canadian Consensus on Clinical Pharmacy key Performance Indications: Knowledge Mobilization Guide. Ottawa, ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2015.
- 23 Lambrinos A. Medication reconciliation at discharge: a rapid review. Toronto : Qualité des services de santé Ontario; Février 2015. 24 p. Disponible au : <http://www.hqontario.ca/evidence/evidence-process/episodes-of-care#community-chf>.

- ²⁴ Balling L., Erstad B.L., Weibel K. Impact of a transition-of-care pharmacist during hospital discharge. *J Am Pharm Assoc* (2003). Juillet-août 2015;55(4):443-8
- ²⁵ Carter J.A., Carr L.S., Collins J., Doyle Petrongolo J., Hall K., Murray J., Smith J., Tata L.A. STAAR : improving the reliability of care coordination and reducing hospital readmissions in an academic medical centre. *BMJ Innov*. Juillet 2015;1(3):75-80.
- ²⁶ Gilmore V., Efird L., Fu D., LeBlanc Y., Nesbit T., Swarthout M. Implementation of transitions-of-care services through acute care and outpatient pharmacy collaboration. *Am J Health Syst Pharm*. 1^{er} mai 2015;72(9):737-44.
- ²⁷ Kwan J.L., Lo L., Sampson M., Shojania K.G. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 5 mars 2013;158(5 Pt 2):397-403.
- ²⁸ AMCP Partnership Forum. Report of the 2013 AMCP Partnership Forum on Electronic Solutions to Medication Reconciliation and Improving Transitions of Care. *J Manag Care Spec Pharm*. Sept. 2014;20(9):937-47.
- ²⁹ Melnyk, B, Fineout-Overholt, Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2011. page 10.
- ³⁰ The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute Report of the Roundtable on Consumer Engagement in Patient Safety. Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care, 2014. Consulté le 9 mars 2016. Accessible au : http://c.ymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/LLI/Safety_Is_Personal.pdf
- ³¹ Institute for Healthcare Improvement, How to Improve. Accessed June 22, 2016. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>.