

Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 7

Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus

Recommandations dans le cadre
du programme pilote national progress!
La sécurité de la médication aux interfaces

Rédaction

Liat Fishman, dr méd.
Katrin Gehring, dr phil.
Chantal Zimmermann
Paula Bezzola

Rédaction

Liat Fishman, dr méd.

Katrin Gehring, dr phil.

Chantal Zimmermann

Paula Bezzola

Impressum

Editeur: Fondation Sécurité des patients Suisse, Zurich

Graphisme: René Habermacher, Visuelle Gestaltung, Zurich

Traduction: service externe. Relecture: Charlotte Vogel

Photos: Sven Bachmann, Fotografie & Grafik, Enneturgi. Copyright: Sécurité des patients Suisse

Juin 2015

Fondation Sécurité des patients Suisse

Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich

Tél. +(0)43 244 14 80

Fax +(0)43 244 14 81

www.securitedespatients.ch

info@securitedespatients.ch

Référence bibliographique: Fondation Sécurité des patients Suisse. Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus. Recommandations dans le cadre du programme pilote national progress! La sécurité de la médication aux interfaces. 2015. Ce document peut être téléchargé à l'adresse: <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Mat-riel-d-information-Publications.html>

Cet ouvrage fait partie de la vaste série de documents publiés par Sécurité des patients Suisse traitant des divers aspects de la sécurité des patients et la gestion des risques cliniques. Informations et commandes: www.securitedespatients.ch.

ISBN 3-905803-16-X

S'inscrivant dans le cadre de la stratégie en matière de qualité de la Confédération, le programme pilote progress! La sécurité de la médication aux interfaces a été initié et est financé par l'Office fédéral de la santé publique.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

La fondation Sécurité des patients Suisse ...

- ... a été créée en décembre 2003 conjointement par la Confédération, l'Académie suisse des sciences médicales, diverses associations regroupant les professions de la santé (FMH, ASI, PES, SSO, pharmaSuisse, GSASA, physioswiss), le canton du Tessin et l'Organisation suisse des patients,
- ... s'est affirmée en tant que centre de compétences national pour la promotion de la sécurité des patients,
- ... encourage, coordonne et développe des activités, méthodes, projets et connaissances pratiques permettant d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les erreurs dans le système de santé,
- ... conduit des recherches et accompagne des activités scientifiques,
- ... travaille en réseau et dans le cadre d'autres formes de coopération avec, notamment, des organismes responsables, des prestataires de soins, des associations, les autorités, des experts, des bailleurs de fonds et des organisations de patients,
- ... fonde ses activités sur un large soutien de tous ses partenaires.

Le conseil de fondation réunit des représentants des organisations suivantes ...

- ... Académie suisse des sciences médicales (ASSM)
- ... Confédération suisse – Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- ... Fédération des médecins suisses (FMH)
- ... Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
- ... Société suisse pour les sciences infirmières (APSI)
- ... Société suisse des médecins-dentistes (SSO)
- ... Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse)
- ... Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA)
- ... Association suisse de physiothérapie (physioswiss)
- ... Organisation suisse des patients (OSP)
- ... Ente Ospedaliero Cantonale (EOC, établissement hospitalier du canton du Tessin)
- ... H+ Les hôpitaux de Suisse
- ... Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux (FSDH)
- ... Foederatio medicorum chirurgicorum helvetica (fmCh)
- ... Collège de médecine de premier recours (CMPR)
- ... Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Sécurité des patients Suisse est soutenue et financée par ...

- ... ses organismes responsables (voir ci-dessus),
- ... tous les cantons,
- ... des donateurs, des mécènes, des bailleurs de fonds, des sponsors et des partenaires,
- ... les recettes provenant de ses prestations de services,
- ... la coopération avec des spécialistes engagés et des organisations partenaires en Suisse et à l'étranger.

Table des matières

1 Remerciements	7
2 Avant-propos	7
3 L'essentiel en bref	10
4 Introduction	14
4 1 Le programme pilote progress! La sécurité de la médication aux interfaces	15
4 2 Contenu et but des recommandations	16
4 3 Qu'est-ce que la vérification systématique de la médication?	18
4 4 La sécurité de la médication aux interfaces: un domaine critique	19
4 5 Utilité de la vérification systématique de la médication	21
4 6 Les acteurs de la vérification systématique de la médication à l'hôpital	22
4 6 1 Personnel hospitalier	22
4 6 2 Patients	22
5 La vérification systématique de la médication à l'admission	24
5 1 Etape 1: Réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible	27
5 1 1 Quelles données faut-il recueillir?	28
5 1 2 Qui se charge de recueillir les données?	28
5 1 3 Sources	29
5 1 4 Déroulement	30
5 2 Etape 2: Etablissement/mise à jour de la prescription d'entrée	35
5 2 1 Déroulement	36
5 2 2 Inscription et motivation des changements apportés à la médication	36
5 3 Etape 3 (facultative): Contrôle par une deuxième personne	38
5 3 1 Qui effectue le contrôle?	38
5 3 2 Déroulement	38
6 La vérification systématique de la médication lors de transferts internes au sein de l'hôpital	40
6 1 Etape 1: Etablissement de la prescription par le service dans lequel le patient est transféré	43
6 2 Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne	43
6 2 1 Qui effectue le contrôle?	43
6 2 2 Déroulement	43

7 La vérification systématique de la médication à la sortie de l'hôpital	45
7 1 Etape 1: Etablissement de la médication de sortie	48
7 1 1 Déroulement	48
7 1 2 Etablissement de la documentation et motivation des changements apportés à la médication	48
7 2 Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne	49
7 2 1 Qui effectue le contrôle?	49
7 2 2 Déroulement	49
7 3 Etape 3: Entretien avec le patient sur la médication de sortie	50
7 3 1 Qui réalise l'entretien?	51
7 3 2 Déroulement	51
7 3 3 Listes de médicaments adaptées aux besoins et aux capacités des patients	52
7 4 Etape 4: Information des prestataires de soins	53
8 La vérification systématique de la médication – mise en œuvre efficace	54
8 1 Planifier (<i>Plan</i>)	56
8 1 1 Planifier l'application par étapes	56
8 1 2 S'assurer le soutien de la direction de l'hôpital et des cadres hospitaliers	57
8 1 3 Instituer un groupe de projet interprofessionnel	58
8 1 4 Définir les objectifs, le calendrier et les ressources	58
8 1 5 Analyser les processus existants et définir les processus à mettre en place	59
8 2 Mise en œuvre (<i>Do</i>)	61
8 2 1 Communication et diffusion de connaissances	61
8 2 2 Introduction des processus à mettre en place	61
8 3 Contrôler (<i>Check</i>) et définir les mesures à prendre (<i>Act</i>)	62
9 Bibliographie	64
10 Glossaire	64
11 Annexes	70
1. Vue d'ensemble des différentes étapes de la vérification systématique de la médication à l'hôpital, de l'admission à la sortie	71
2. Schéma: Processus normal – Vérification systématique de la médication à l'admission	81
3. Guide d'entretien pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible	82
4. Exemple d'une liste des médicaments pris avant l'admission complétée	83
5. Schéma: Processus spécial pour les étapes 1 et 2 – Vérification systématique de la médication à l'admission	84
6. Diagramme en couloirs: Déroulement du processus à mettre en place (exemple)	85

Remarques

- Pour éviter d'alourdir le texte et privilégier la lisibilité, les termes se référant à des personnes ou à des fonctions n'ont pas été systématiquement féminisés. Le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.
- Le glossaire (chapitre 10) contient la définition des termes du processus de médication et de la sécurité de la médication qui apparaissent dans les chapitres 4 à 8. Les termes contenus dans le glossaire sont soulignés lors de leur première occurrence dans le texte.
- Les recommandations ci-après ont pour but de sensibiliser les établissements de soins et les professionnels de la santé à l'importance de la vérification de la médication et de les aider à élaborer leurs propres directives. Il incombe aux prestataires de soins de vérifier la pertinence des recommandations dans leur propre contexte et, le cas échéant, de les adapter ainsi que de définir les processus et les responsabilités internes. La conception spécifique des recommandations, ainsi que leur application et leur adaptation conformément aux devoirs de diligence (fondés sur des critères techniques, professionnels, juridiques, individuels et situationnels particuliers) relèvent de la responsabilité exclusive des prestataires compétents.



- 1 | Remerciements
- 2 | Avant-propos

1 | Remerciements

Divers professionnels et experts ont largement contribué à la qualité du présent document par leurs conseils avisés et constructifs. Nous adressons donc nos vifs remerciements à tous les membres du groupe de suivi spécialisé du programme pilote progress! La sécurité de la médication aux interfaces:

Prof. Dr. med. Stefano Bassetti

Chefarzt Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel

Dr Johnny Beney, PD

Pharmacien d'hôpital FPH/Pharmacien-chef du Service de pharmacie, Hôpital du Valais (RSV) Institut Central (ICHV)

Prof. Pascal Bonnabry

Pharmacien-chef, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Marlise Egloff

Verantwortliche Pflegequalität, Mitglied des Managements, SPITEX BERN

Prof. Dr. med. Karin Fattinger

Chefärztin Medizinische Klinik, Leiterin Departement Medizin und Rehabilitation, Mitglied der Spitalleitung, Kantonsspital Schaffhausen

Prof. Dr. E. Kurt Hersberger

Pharmaceutical Care Research Group

Dr. med. Marc Jungi

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stv. Geschäftsführer Sanacare AG, Gruppenpraxis Bern

Dr. phil. Markus Lampert

Stellvertretender Leiter Spitalapotheke, Kantonsspital Bruderholz

Dr. med. Marc Oertle

Medizininformatik, Spital Thun

Prof. Dr. David Schwappach

Wissenschaftlicher Leiter von Patientensicherheit Schweiz

Ph.D. Anthony Staines

Consultant/Chargé du programme «sécurité des patients», Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)

Charlotte Vogel

Responsable Qualité, Clinique Cecil

Brigitte Waldispühl

Farmacista ospedaliera FPH/Responsabile Servizio centrale di farmacia (EOFARM), Ente Ospedaliero Cantonale

Franziska Zúñiga, MSN

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel/Leiterin Qualitätsmanagement, KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit

Barbara Züst, lic. iur. HSG

Co-Geschäftsführerin und fachliche Leiterin Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz

Nous tenons aussi à remercier

Dr Margrit Leuthold, directrice de Sécurité des patients Suisse, et

Dr Marc-Anton Hochreutener, ancien directeur de la fondation, pour leur précieux soutien.

2 | Avant-propos

Les médicaments jouent un rôle essentiel dans la prévention et le traitement de nombreuses maladies. Voilà pourquoi ils sont utilisés fréquemment et en grand nombre.

Pour qu'un remède soit efficace, il importe avant tout et surtout qu'il soit prescrit et pris correctement. Or, on sait depuis longtemps que les erreurs médicamenteuses représentent l'une des plus grandes proportions des erreurs médicales. De nombreuses études, tant nationales qu'internationales, révèlent d'ailleurs que les problèmes liés à la médication sont à l'origine d'une grande partie des préjudices causés dans notre système de santé. Ces erreurs n'entraînent pas seulement des conséquences pour les patients, les collaborateurs et les institutions concernés. Elles engendrent aussi des surcoûts considérables et méritent par conséquent que l'on s'y intéresse également pour des raisons économiques.

En accord avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Sécurité des patients Suisse a dès lors décidé de lancer un deuxième programme pilote progressif, afin de contribuer à éviter les erreurs médicamenteuses. La sécurité de la médication est le résultat d'un processus complexe, qui se caractérise par une multitude d'interactions tout au long de la chaîne thérapeutique, de la prescription à la prise du médicament par le patient. On ne saurait donc l'assurer en appliquant une mesure unique. En toute logique, il est donc impossible de définir une action claire et précise qui pourrait servir de point de départ à un programme visant à garantir cette sécurité.

Compte tenu de l'abondance de la littérature spécialisée internationale et de l'avis des nombreux experts consultés, Sécurité des patients Suisse a décidé de centrer le programme consacré à la sécurité de la médication sur les interfaces, ou points de transition, qui jalonnent le parcours de soins dans un hôpital de soins aigus, de l'admission à la sortie. Le relevé méthodique et exhaustif des médicaments pris avant l'hospitalisation est une condition sine qua non d'une

médication optimale et exempte d'erreurs durant le séjour hospitalier et après la sortie. Pour réduire le nombre d'erreurs médicamenteuses, il importe à chaque fois de vérifier que la médication prise par le patient est bien celle qui convient à ce stade du traitement.

Le présent document doit permettre aux hôpitaux d'instaurer une vérification efficace de la médication, afin de réduire sensiblement les erreurs et, par là même, les préjudices qui en résultent. En s'appuyant sur les éléments décrits ici pour garantir la sécurité de la médication, un petit nombre d'hôpitaux de soins aigus participeront à un projet d'approfondissement qui vise à mettre en place et à intégrer la vérification systématique de la médication dans le quotidien de l'hôpital en se concentrant sur le moment de l'admission. Le succès de ce processus passe par un bon travail d'équipe et une collaboration interprofessionnelle sans faille. Une répartition claire des tâches et la collecte d'informations par les divers groupes de professionnels, en particulier le corps médical, les pharmaciens et pharmaciennes d'hôpital et le personnel soignant, revêtent une importance primordiale dans la vérification systématique de la médication.

Nous remercions tous les professionnels impliqués dans ce programme, mais aussi les établissements et les organismes qui s'attachent à promouvoir la sécurité de leurs patients et nous aident à mener ce projet à bien. Nous sommes convaincus qu'il contribuera à améliorer l'efficacité des médicaments et la sécurité des patients.

Prof. Dieter Conen
Président

Dr Margrit Leuthold
Directrice



3 | L'essentiel en bref

3 | L'essentiel en bref

Ce résumé entend permettre au lecteur pressé de se faire rapidement une idée du contenu des présentes recommandations. Conçu comme un condensé, il peut être lu indépendamment du reste du texte. Une lecture intégrale du document s'impose toutefois pour bien comprendre et appliquer la vérification systématique de la médication.¹

Contexte

Les transferts de patients d'un secteur de prise en charge à un autre recèlent des risques au niveau de la médication. Des lacunes dans l'information et la communication ont tôt fait de conduire à des erreurs médicamenteuses qui peuvent s'avérer dangereuses. Ce phénomène a fait l'objet d'études approfondies dans le domaine hospitalier. Les erreurs médicamenteuses typiques aux interfaces que sont l'admission à l'hôpital et la sortie sont l'omission et l'ajout non intentionnels de préparations à la médication, ainsi que les erreurs de dosage.

Pour éviter ce genre d'erreurs, la vérification systématique de la médication (ou conciliation médicamenteuse) a fait ses preuves dans différents pays. En Suisse, son introduction et son application sont restées ponctuelles jusqu'ici. Voilà pourquoi les recommandations formulées dans le présent document sont au cœur du deuxième programme pilote national progress! La sécurité de la médication aux interfaces.

A qui s'adressent les recommandations?

En publiant ces recommandations dans le cadre du programme pilote national, Sécurité des patients Suisse entend fournir un appui à tous les milieux concernés pour mettre en place la vérification systématique de la médication. Le présent document s'adresse tout d'abord aux professionnels et aux chefs de projet des hôpitaux de soins aigus: corps médical, personnel soignant, employés de la pharmacie d'hôpital et personnes assurant la gestion de la qualité et des risques. Les recommandations sont également destinées aux professionnels d'autres types d'hôpitaux et établissements de soins, ainsi qu'à toutes les personnes intéressées.

Le programme pilote se concentre sur les hôpitaux de soins aigus, car les changements de thérapie médicamenteuse sont particulièrement fréquents au moment de l'admission à l'hôpital, durant le séjour hospitalier et à la sortie, de sorte que le risque d'erreur est spécialement élevé. Par ailleurs, les expériences rapportées dans la littérature spécialisée en relation avec la vérification systématique de la médication proviennent pour l'essentiel du secteur hospitalier. Les principes décrits ici ne s'appliquent toutefois pas seulement aux hôpitaux de soins aigus, mais à tous les secteurs de prise en charge.

Les recommandations énoncées constituent une synthèse de projets et de programmes qui font référence dans divers pays, en particulier le projet High 5s (Agir pour la sécurité des patients) de l'OMS et les projets menés aux Etats-Unis et au Canada. Leur contenu a été adapté au contexte helvétique avec l'aide de spécialistes suisses.

Prévu jusqu'à fin 2016 et formant une autre partie du programme pilote, le projet d'approfondissement mené avec plusieurs hôpitaux suisses permettra d'engranger des expériences sur l'application des recommandations. Les connaissances ainsi réunies seront évaluées et intégrées le cas échéant dans une version actualisée du présent document. Faute de temps et de ressources, ce projet se concentre sur l'admission à l'hôpital. La vérification de la médication à l'admission constitue en effet la base d'une prescription médicamenteuse optimale et sûre lors de l'entrée à l'hôpital, suivie d'une vérification efficace de la médication lors des transferts internes et au moment de la sortie.

Qu'est-ce que la vérification systématique de la médication?

Quel que soit le secteur de prise en charge – milieu hospitalier, soins de longue durée ou secteur ambulatoire –, la vérification systématique de la médication consiste en principe à:

- **établir systématiquement une liste exhaustive** des médicaments et préparations actuellement pris par le patient.
- **utiliser méthodiquement cette liste** lors de chaque prescription de médicaments.

Ces mesures garantissent la saisie et la transmission précise, complète et méthodique des données relatives à la médication à chaque point de transition du

¹ Ce résumé n'indique ni sources ni références. Celles-ci figurent dans les différents chapitres du document.

parcours de soins. Vérifiées et confirmées, les informations consignées constituent une base solide pour prendre des décisions appropriées quant à la thérapie médicamenteuse.

Le processus réserve une place particulière à la participation active des patients ou de leurs proches. Seul un entretien mené avec le patient ou avec ses proches permet en effet de savoir quels médicaments il prend effectivement et comment.

Outre qu'elle prévient les erreurs médicamenteuses potentiellement dangereuses (omission ou ajout de médicaments et erreurs de dosage), la vérification systématique de la médication a d'autres effets positifs: elle contribue à améliorer l'adhésion au traitement, à accroître la satisfaction des patients, à optimiser la communication au sein des équipes soignantes et entre les différents prestataires de soins, à augmenter l'efficacité des processus (anamnèse et prescription médicamenteuses) et à favoriser la collaboration multidisciplinaire et interprofessionnelle.

La vérification systématique de la médication de l'admission à l'hôpital jusqu'à la sortie

La vérification systématique de la médication s'applique à tous les points de transition du parcours de soins lors d'un séjour hospitalier. Réalisée une première fois lors de l'admission du patient, puis lors de chaque transfert interne, elle est effectuée une dernière fois au moment de la sortie. A chacun de ces points de transition, le processus de vérification comprend plusieurs étapes (cf. figure 1).

La première étape, qui est fondamentale, consiste à réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse possible au moment de l'admission, l'objectif étant d'établir une liste exhaustive des médicaments pris par le patient avant son entrée à l'hôpital (médication préhospitalière). Cette liste constitue une base essentielle pour établir une prescription d'entrée correcte et procéder à une conciliation médicamenteuse efficace aux points de transition ultérieurs (transferts internes et sortie). La meilleure anamnèse médicamen-

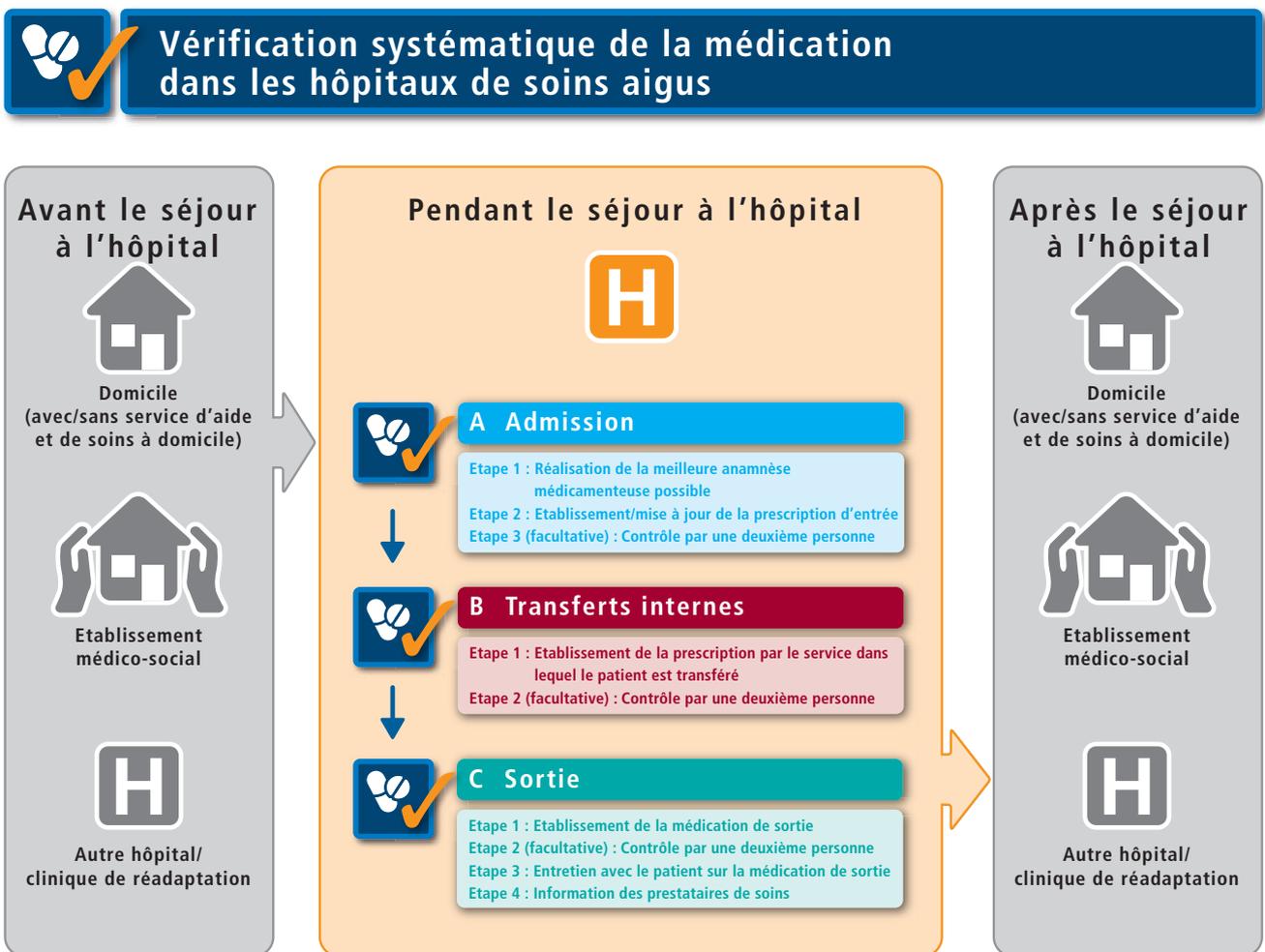


Figure 1: Etapes de la vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus

© Sécurité des patients Suisse

teuse possible consiste à dresser la liste de tous les médicaments et préparations qu'un patient utilise au moment de son admission à l'hôpital. La liste comprend aussi bien les préparations et les médicaments soumis à ordonnance que ceux non soumis à ordonnance, tels les médicaments *over the counter* (OTC), les préparations à base de plantes et les médicaments homéopathiques. Pour s'assurer que la liste est aussi exhaustive que possible, il convient d'utiliser au minimum deux sources d'informations, l'une d'entre elles étant si possible un entretien structuré avec le patient ou ses proches.

La deuxième étape lors de l'admission à l'hôpital comprend l'établissement de la prescription d'entrée sur la base de la liste des médicaments pris avant l'admission. Il est crucial que la prescription soit documentée de telle manière que toute modification éventuellement apportée à la médication préhospitalière soit claire pour l'équipe soignante. A défaut, on accroît le risque de divergences médicamenteuses non intentionnelles, c'est-à-dire de modifications involontaires de la médication. Une autre mesure de sécurité consiste, dans le cadre d'une troisième étape facultative, à faire vérifier la prescription et son exhaustivité par une autre personne. Celle-ci compare la prescription avec la médication préhospitalière, afin de déterminer s'il subsiste des divergences non motivées. Elle clarifie et élimine ces divergences avec le médecin prescripteur.

Les étapes 2 et 3 sont répétées aux points de transition que sont les *transferts internes* et la *sortie de l'hôpital*. A la sortie de l'hôpital, la vérification systématique de la médication comprend deux autres étapes importantes: premièrement, un entretien structuré sur la médication de sortie avec le patient ou ses proches; deuxièmement, la transmission immédiate des informations concernant la médication de sortie aux prestataires de soins qui assurent le suivi du patient. L'essentiel est d'expliquer clairement au patient les changements apportés à son traitement médicamenteux en raison de son séjour à l'hôpital et de porter ces changements, avec leurs motifs, à la connaissance des prestataires de soins qui prennent le relais.

Mise en œuvre efficace de la vérification systématique de la médication

La vérification systématique de la médication en milieu hospitalier est un processus complexe, à la fois interdisciplinaire et interprofessionnel, qui intervient à

différents stades du séjour à l'hôpital: il commence au moment de l'admission pour se terminer à la sortie. Sa mise en œuvre efficace exige une planification soignée et des ressources suffisantes. Elle passe aussi par la motivation et l'implication des collaborateurs concernés.

Facteurs déterminants pour une mise en œuvre efficace et durable

- Le succès de la vérification systématique de la médication passe par un *travail d'équipe* et par la *collaboration des divers groupes professionnels*. Les procédures à appliquer sont définies par l'hôpital, de même que les rôles, les tâches et les responsabilités au sein de l'établissement. Tous les professionnels qui prennent part au processus doivent connaître parfaitement la répartition des rôles et des tâches, et la respecter.
- Il est indispensable d'assurer une *formation appropriée aux collaborateurs* en charge des diverses étapes du processus. Cette formation comprendra par exemple des exercices pratiques consacrés à la meilleure anamnèse médicalement possible et à l'entretien avec le patient concernant sa médication de sortie.
- La mise en place efficace et efficiente de la vérification systématique de la médication nécessite *l'intégration* de ses différentes étapes *dans le système en vigueur* au sein de l'hôpital.
- Selon les recommandations des pays possédant une longue expérience en la matière, il convient *d'instaurer la vérification systématique de la médication par étapes*: le processus est tout d'abord mis en place dans un cercle restreint et progressivement affiné; ce n'est qu'ensuite que le champ d'application sera élargi.
- Comme dans tous les projets de promotion de la qualité, le *soutien actif des responsables administratifs et scientifiques* revêt une importance décisive.
- Afin de piloter au mieux la mise en place du processus, il convient de *collecter des données sur l'avancement des travaux* et de les transmettre aux collaborateurs. Il importe également de prendre des mesures d'amélioration ciblées.



4 | Introduction

4 | Introduction

4 | 1 | Le programme pilote progress! La sécurité de la médication aux interfaces

Destiné à promouvoir la santé des patients, le programme pilote national progress! La sécurité de la médication aux interfaces se déroule de 2014 à 2016. Il s'agit du deuxième projet pilote mené par la fondation Sécurité des patients Suisse après le programme progress! La sécurité en chirurgie, dont les travaux ont débuté en 2012 et devraient s'achever en 2015. Lancés tous deux par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ces programmes font partie intégrante de la Stratégie en matière de qualité dans le système de santé suisse^(L1) (1). Ils sont financés essentiellement par l'OFSP et développés ainsi que mis en œuvre par Sécurité des patients Suisse.

Le programme pilote progress! La sécurité de la médication aux interfaces a pour principal objectif d'introduire *la vérification systématique de la médication (en anglais medication reconciliation, soit la conciliation médicamenteuse) dans les hôpitaux de soins aigus*. Cette démarche vise à éviter les erreurs et événements indésirables médicamenteux qui peuvent survenir à la suite d'un manque de communication et d'information aux points de transition du parcours de

soins. Elle garantit que toutes les indications sur la médication seront consignées et transmises de manière précise, exhaustive et systématique à chaque interface.

Le programme pilote s'articule autour de deux axes prioritaires (cf. figure 2):

1. Sensibilisation et transmission de savoirs

La vérification systématique de la médication n'étant assurée en Suisse que de manière ponctuelle, le risque d'erreur médicamenteuse est d'autant plus grand. Il importe donc de sensibiliser, à travers tout le pays, le personnel hospitalier, les autres prestataires de soins et l'opinion publique au problème que représentent les erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins et à l'importance de vérifier systématiquement les traitements prescrits.

Voici les activités prévues pour atteindre cet objectif:

- Publication de recommandations en vue de la mise en œuvre de la vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus (soit le présent document).
- Mise à disposition d'outils pratiques.
- Sensibilisation et diffusions de connaissances à l'échelle nationale par le biais des médias (communiqués de presse et parution d'articles dans des publications spécialisées).

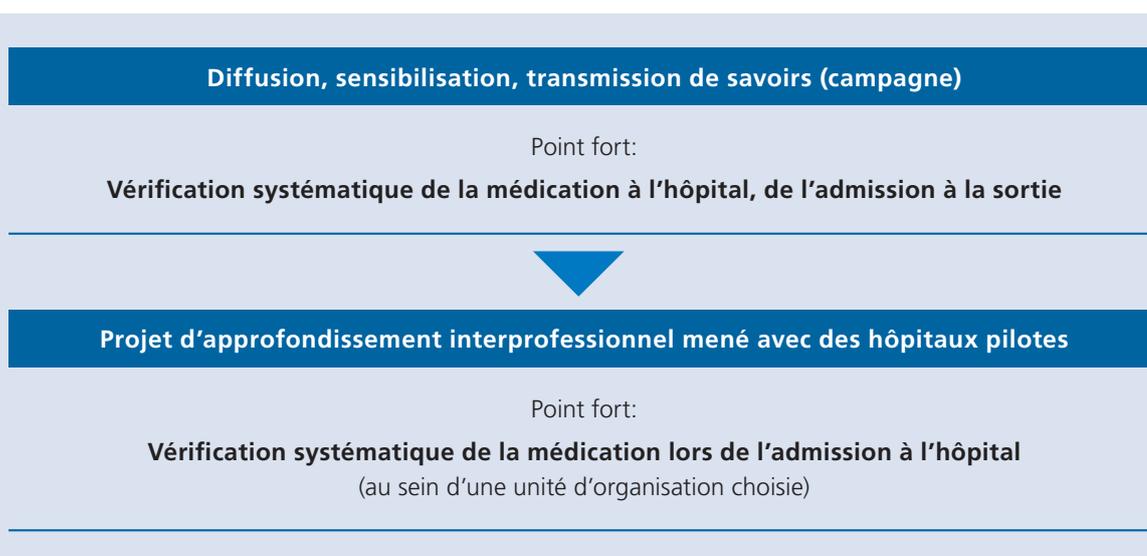


Figure 2: Composantes du programme progress! La sécurité de la médication aux interfaces

^(L1) <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=fr>

téressés de prendre les mesures requises afin d'introduire la vérification systématique de la médication. Les différents documents sont disponibles sur le site de Sécurité des patients Suisse^(L2)(2).

2. Projet d'approfondissement interprofessionnel dans les hôpitaux pilotes – début 2015 à fin 2016

Diverses unités organisationnelles soigneusement sélectionnées au sein des hôpitaux pilotes introduisent et appliquent la vérification systématique de la médication lors de l'admission des patients au sein de l'établissement. Ce projet met l'accent sur l'étape à la fois initiale et cruciale du processus: l'établissement d'une liste exhaustive des médicaments pris par le patient avant son admission (médication préhospitalière). Des informations détaillées concernant ce projet d'approfondissement sont disponibles sur le site internet de Sécurité des patients Suisse^(L2)(2).

4 | 2 | Contenu et but des recommandations

Le présent document décrit les étapes de la vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus aux différents points de transition, soit l'admission, les transferts internes et la sortie. Il formule des recommandations utiles pour garantir une mise en place efficace du processus. Il devrait par ailleurs servir de base à la conception de publications pour la campagne de sensibilisation du public et d'outil de travail pour le projet d'approfondissement.

Les recommandations s'adressent tout d'abord aux professionnels et aux chefs de projet des hôpitaux de soins aigus, les professions/disciplines concernées étant les suivantes: corps médical, personnel soignant, employés de la pharmacie d'hôpital et personnes assurant la gestion de la qualité et des risques. Les recommandations sont également destinées aux professionnels d'autres types d'hôpitaux et établissements de soins, ainsi qu'à toutes les personnes intéressées. Si le programme pilote vise les hôpitaux de soins aigus, nombre de ses éléments de base, telle la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, peuvent également être repris dans d'autres secteurs.

Comme le public visé est très varié, les connaissances préalables varient d'un lecteur à l'autre. Les recommandations étant destinées à tous, elles comportent, dans chaque domaine traité, des informations qui paraîtront évidentes à certains, alors qu'il s'agira de nouveautés pour d'autres.

Les recommandations énoncées ici constituent une synthèse de projets et de programmes qui font référence dans différents pays, à savoir:

- Le projet international *Agir pour la sécurité des patients: projet «High 5s»* a été lancé en 2007 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et s'est achevé en 2014. Il a débouché sur une recommandation en vue d'une démarche standardisée de vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus. Celle-ci a été appliquée et évaluée dans les pays ci-après (qui ont pris part au projet): Australie, Allemagne, France, Pays-Bas et

^(L2) <http://www.patientensicherheit.ch/fr/prestations/Programmes-pilotes-progress--S-curit--de-la-m-dication-aux-interfaces.html>

Etats-Unis. La recommandation et un guide d'application sont disponibles gratuitement (en anglais) sur le site internet de l'OMS^(L3)(3-5).

- Durant sa participation au projet High 5s, l'Allemagne a élaboré un guide permettant de réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse possible (6).
- Dans le cadre de la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, lancée en 2005, les services canadiens ont conçu des guides d'application et de nombreux outils pour procéder à la vérification systématique de la médication (ce processus étant appelé «bilan comparatif des médicaments» au Canada). Ces documents sont disponibles sur le site internet de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada^(L4) (ISMP Canada) (7). – Le guide intitulé *Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée – Trousse en avant!* a d'ailleurs servi de point de départ pour la mise au point de la recommandation formulée lors du projet High 5s (8).
- En 2011, au cours de l'étude *Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS)*, la Society of Hospital Medicine (SHM) des Etats-Unis a publié un guide d'application, qu'elle a adapté en 2014 en tenant compte des résultats de l'étude (9). Ce document, de même que divers outils mis au point par l'équipe de l'étude MARQUIS, peuvent être téléchargés après inscription sur le site de la SHM^(L5)(10).²

La présente recommandation puise parfois dans d'autres sources, qui sont alors mentionnées directement.

Les recommandations étant destinées au contexte suisse, elles ont été élaborées dans une large mesure avec des spécialistes travaillant sur le terrain (cf. chapitre 1, p. 8).

Nota bene

Prévu jusqu'à fin 2016, le projet d'approfondissement permettra d'engranger des expériences sur l'application des recommandations en Suisse. Les connaissances ainsi réunies seront évaluées et intégrées le cas échéant dans une version actualisée du présent document. Des compléments et des adaptations pourront être apportés aux modèles proposés, par exemple, en cours de projet déjà. Les versions mises à jour seront disponibles sur le site internet de Sécurité des patients Suisse^(L6)(2).

^(L3) <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>

^(L4) <http://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>

^(L5) http://www.hospitalmedicine.org/Web/Quality___Innovation/Implementation_Toolkit/MARQUIS/Overview_Medication_Reconciliation.aspx

^(L6) <http://www.patientensicherheit.ch/fr/prestations/Programmes-pilotes-progress-/progress--S-curit--de-la-m-dication-aux-interfaces.html>

² La vérification systématique de la médication a également fait l'objet de travaux prioritaires au sein d'autres organismes et réseaux importants: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) aux Etats-Unis, le National Health Service (NHS) en Grande-Bretagne ou encore le Réseau de l'Union européenne pour la sécurité des patients et la qualité des soins (PaSQ) (11-13).

4 | 3 | Qu'est-ce que la vérification systématique de la médication?

Il n'existe pas de définition précise de la vérification systématique de la médication. Se fondant sur les travaux menés au niveau international (cf. point 4.2), Sécurité des patients Suisse a adopté la définition ci-contre (voir encadré).

La vérification systématique de la médication est un outil précieux à chaque point de transition du parcours de soins, car c'est là que des divergences peuvent survenir lors de la prescription médicamenteuse. Elle s'avère donc également utile dans les soins de longue durée, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires ou encore dans le cadre de consultations.

Le programme pilote se concentre sur les hôpitaux de soins aigus, car les changements de thérapie médicamenteuse sont particulièrement fréquents au moment de l'admission à l'hôpital, durant le séjour hospitalier et à la sortie, de sorte que le risque d'erreur est particulièrement élevé. Par ailleurs, les expériences rapportées dans la littérature spécialisée en relation avec la vérification systématique de la médication proviennent le plus souvent du secteur hospitalier. Les principes décrits ici ne s'appliquent toutefois pas seulement aux hôpitaux de soins aigus, mais à tous les secteurs de prise en charge.

Pour les autres secteurs, nous suggérons au lecteur de se reporter par exemple aux publications de l'ISMP Canada, qui a élaboré des guides «Trousse en avant!» pour les établissements médico-sociaux ainsi que pour les soins ambulatoires et qui les met à disposition sur son site internet^(L7)(7;15;16).

Vérification systématique de la médication – définition

La vérification systématique de la médication est un processus qui consiste à:

- **établir systématiquement une liste exhaustive** des médicaments et préparations pris par le patient,
- **utiliser méthodiquement cette liste** lors de chaque prescription de médicaments.

La liste des médicaments doit, dans la mesure du possible, être établie sur la base d'un entretien avec le patient ou ses proches.

Les informations disponibles sont comparées, vérifiées et validées à chaque point de transition du parcours de soins et à chaque étape du processus pour permettre un traitement médicamenteux optimal.

La vérification systématique de la médication a pour but de garantir la saisie et la transmission précise, complète et méthodique des données relatives à la médication à chaque point de transition du parcours de soins. Elle vise à prévenir les erreurs telles que l'oubli d'un médicament, la double administration, les erreurs de dosage et les interactions médicamenteuses.

Le processus de vérification systématique fait partie intégrante de la gestion de la médication. Il sert de base à l'évaluation structurée du traitement médicamenteux, tel le contrôle des interactions potentielles, des indications, du dosage ou de l'éventuelle inadéquation de médicaments chez les personnes âgées.³ Le simple fait de dresser la liste exhaustive des médicaments pris par le patient permet souvent d'identifier des erreurs de médication ou des problèmes liés aux médicaments.

^(L7) <http://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>

³ Dans nombre d'études publiées, l'évaluation structurée du traitement médicamenteux – souvent appelée «*medication review*» dans la littérature anglophone («révision des médicaments» en français) – est comprise dans la notion de conciliation médicamenteuse (cf. tableau 1 dans (14)).

4 | 4 | La sécurité de la médication aux interfaces: un domaine critique

Les problèmes liés aux médicaments représentent une proportion considérable des événements indésirables survenant dans les hôpitaux: selon les études réalisées dans différents pays, cette proportion oscille entre 10 et 30% (17-19).

Aucune étude scientifique de grande envergure n'a encore été réalisée en Suisse sur les événements indésirables médicamenteux et les erreurs médicamenteuses dans les hôpitaux. Certains travaux donnent toutefois une idée de l'ampleur du problème dans notre pays:

Dans le cadre d'un sondage réalisé en 2006 par Sécurité des patients Suisse, les gestionnaires de risques des hôpitaux suisses ont estimé que la sécurité de la médication est l'un des points critiques de la sécurité des patients (20). Des études nationales ont par ailleurs estimé que 8% environ de tous les patients sont victimes d'un événement indésirable médicamenteux durant leur séjour à l'hôpital (21;22). De plus, 4 à 7% environ des hospitalisations seraient consécutives à un tel événement (21;23;24). Les études menées dans d'autres pays font état de pourcentages similaires, voire supérieurs (25-30). Selon les travaux suisses, un tiers environ des événements indésirables médicamenteux ayant conduit à une hospitalisation sont dus à une erreur de médication; autrement dit, ils auraient en principe pu être évités (21;24). Par extrapolation, Lepori et al. ont établi que les coûts des séjours hospitaliers dus à un traitement médicamenteux erroné ou inutile se situent entre 70 et 100 millions de francs par an (23). Les patients pensent eux aussi que les erreurs de médication sont fréquentes. Au cours du sondage international réalisé auprès de la population par le Commonwealth Fund, 5,3% des Suisses interrogés ont affirmé qu'il est arrivé au moins une fois au cours des deux années précédentes qu'un professionnel de la santé leur prescrive le mauvais médicament ou un dosage médicamenteux erroné (31).

C'est surtout lors du passage d'un secteur de prise en charge à un autre (transfert d'un service hospitalier ou ambulatoire vers un secteur de long séjour ou lors de l'admission à l'hôpital ou à la sortie) que le risque d'événement indésirable s'accroît. Ce phénomène est dû à un manque de communication ou à la dispari-

tion accidentelle d'informations. On observe alors souvent des divergences dans la médication, c'est-à-dire des incohérences dans les informations fournies sur les médicaments. La littérature spécialisée mentionne les erreurs typiques ci-après lors de l'admission à l'hôpital et à la sortie:

- omission non intentionnelle de médicaments pris avant l'hospitalisation;
- ajout non intentionnel de préparations à la médication:
 - prescription, à l'hôpital, de médicaments dont la prise avait été arrêtée avant l'hospitalisation;
 - double prescription, due à la prescription de deux préparations utilisant la même substance active;
 - administration multiple liée à une prescription par diverses voies d'administration (voie orale et intraveineuse, p. ex.);
- erreur de dosage: dosage erroné, erreur dans la posologie, forme galénique inadéquate.

Ces erreurs risquent de plus d'être perpétuées après la sortie de l'hôpital.

De nombreuses études réalisées dans différents pays illustrent l'étendue du problème. Nous en re prenons quelques exemples ci-après.

Lors de l'admission à l'hôpital

- Une évaluation systématique de diverses études a révélé en 2005 que l'anamnèse médicamenteuse de 27 à 54% de tous les patients comportait au moins une erreur (32). Une étude suédoise plus récente a également montré que le relevé des médicaments présentait au moins une erreur dans 47% des cas (33).
- Dans une étude suisse, il est apparu que 9% des médicaments pris à domicile par les patients n'étaient enregistrés que lors d'une anamnèse médicamenteuse systématique. Ces médicaments ne figuraient ni sur la lettre de recommandation du médecin ni sur la liste des médicaments établie par les patients. Cette situation valait pour un tiers des patients (34).
- Une étude réalisée dans un hôpital suisse a dénombré 1,9 divergence médicamenteuse non intentionnelle par patient (depuis l'admission jusqu'à la sortie). La moitié d'entre elles étaient à mettre

sur le compte d'omissions lors de la réalisation de l'anamnèse médicamenteuse au moment de l'admission (35).

- Une étude américaine a révélé que trois quarts environ des divergences médicamenteuses non intentionnelles potentiellement dangereuses constatées de l'admission à l'hôpital jusqu'à la sortie étaient dues à des erreurs commises lors du relevé de la médication préhospitalière (36).
 - Une autre étude américaine est arrivée à la conclusion que la prescription d'entrée, établie lors de l'admission à l'hôpital, comportait au moins une erreur pour plus d'un quart de tous les patients (37).
 - Une étude anglaise s'est quant à elle penchée sur les facteurs pouvant engendrer des erreurs de prescription au moment de l'admission à l'hôpital. Lors d'entretiens réalisés, tous les médecins interrogés ont certes déclaré qu'ils se fondaient parfois ou toujours sur plusieurs sources d'informations pour réaliser l'anamnèse médicamenteuse. Or, ils n'ont eu recours qu'à une seule source dans la moitié des cas évalués. Des erreurs ont été découvertes sur 46% des ordonnances et 13% de ces erreurs présentaient un risque pour le patient (38).
 - Une enquête australienne portant sur des patients atteints de diabète envoyés à l'hôpital par leur médecin de famille a fait ressortir que plus de 80% des lettres de recommandation contenaient au moins une divergence, intentionnelle ou non intentionnelle, dans la médication. Dans la majorité des cas, il s'agissait de l'omission de médicaments (39).
- tentielles dans 71% des cas et que près d'un tiers de ces divergences pouvaient avoir des effets préjudiciables pour la santé du patient (42).
- Dans une étude américaine, 14% des patients présentaient une ou plusieurs divergences médicamenteuses à la sortie de l'hôpital (non-adhésion thérapeutique, informations contradictoires dans les documents, doubles prescriptions, etc.). Par ailleurs, 14% de ces patients ont été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours, tandis que ce taux atteignait 6% parmi les patients sans divergence médicamenteuse (43).
 - Une autre étude américaine s'est intéressée aux modifications apportées à la médication de personnes âgées au cours d'une hospitalisation: en moyenne, un patient s'est vu prescrire 2 nouveaux médicaments, l'administration de 0,8 médicament a été arrêtée, la fréquence des prises a été modifiée pour 0,7 médicament et le dosage pour 0,5 médicament. Sur les médicaments dont l'administration a été arrêtée durant le séjour à l'hôpital, près de la moitié étaient repris dès le troisième jour après la sortie, ces médicaments comprenant surtout des opiacés (44).
 - Une autre étude américaine encore, consacrée à l'admission des patients dans un établissement de soins, a révélé que la moitié environ des rapports de sortie et de transmission de l'hôpital d'où s'effectuait le transfert ne concordaient pas pour ce qui était des médicaments (45).

A la sortie de l'hôpital

- Une étude suisse réalisée dans les pharmacies d'officine a montré que 55% des ordonnances remises aux patients à la sortie de l'hôpital présentaient des imprécisions, des erreurs ou d'autres problèmes d'ordre médicamenteux (40).
- Une étude américaine a constaté que des événements indésirables médicamenteux se sont produits chez 11% des patients dans les trois semaines suivant leur sortie de l'hôpital. Un quart environ des ces événements ont été jugés évitables (41).
- Une étude canadienne a démontré que la médication prescrite à la sortie de l'hôpital comportait des divergences non intentionnelles effectives ou po-

4 | 5 | Utilité de la vérification systématique de la médication

Menée avec rigueur, la vérification systématique de la médication garantit que des informations précises et fiables sur la médication d'un patient sont transmises chaque fois que celui-ci change de secteur de prise en charge. Ce processus permet d'éviter des omissions non intentionnelles de médicaments, de même que des ajouts et des erreurs de dosage dans le cadre hospitalier (cf. point 4.4, p. 19). Il contribue également à prévenir les interactions indésirables, par exemple entre des médicaments et des préparations que le patient prend à l'insu du médecin.

Voici quelques-uns des *avantages* d'une vérification systématique de la médication (12):

- saisie améliorée et transparente des données relatives à la médication;
- efficacité accrue des processus (le travail supplémentaire consacré à la réalisation et à l'enregistrement de l'anamnèse médicamenteuse abrège et simplifie les processus ultérieurs). Il permet ainsi d'économiser du temps et des ressources humaines, car le personnel hospitalier ne perdra pas de temps à chercher des informations et aura moins de questions. Il évite par ailleurs le travail à double: dans la mesure où les médicaments pris avant l'hospitalisation sont enregistrés sur une seule et même liste, les collaborateurs ne collecteront pas les mêmes informations chacun de son côté;
- mise à disposition rapide d'informations correctes et précises sur la médication, ce qui est essentiel pour mettre en œuvre sans délai un traitement adéquat;
- amélioration de la collaboration multidisciplinaire;
- élaboration de normes et de procédures ad hoc pour la gestion des transferts et la transmission des informations sur la médication;
- amélioration de la communication entre l'hôpital et les autres prestataires de soins, les patients et leurs proches;
- implication accrue des patients dans leur traitement: ceux-ci seront en mesure de mieux comprendre leur médication et de communiquer les informations importantes aux prestataires de soins.

Ce système contribue à améliorer l'adhésion au traitement, à accroître la satisfaction des patients et à réduire les divergences médicamenteuses (43);

- prévention d'hospitalisations et d'admissions dans d'autres établissements de soins dues à des erreurs de prescription ou à un manque de suivi du traitement.

De nombreuses études ont déjà évalué *l'efficacité* de la vérification systématique de la médication dans le cadre hospitalier. Trois revues de ces études, réalisées avec des méthodes légèrement différentes, sont parvenues aux conclusions suivantes (46-48):

- La vérification systématique de la médication a permis de repérer à temps un nombre élevé de divergences médicamenteuses non intentionnelles et d'éviter ainsi de possibles atteintes à la santé des patients.
- L'examen des diverses études n'a pas permis de parvenir à un résultat aussi clair quant aux conséquences cliniques (événements indésirables médicamenteux, réadmission à l'hôpital ou admission en urgence après la sortie) de la vérification systématique de la médication. Il est en effet possible d'interpréter les données obtenues de diverses manières en fonction, par exemple, de la conception et de la durée de l'étude ainsi que du nombre de cas étudiés.

Facteurs déterminant l'efficacité

- Selon les connaissances actuelles, la vérification systématique de la médication s'avère plus efficace lorsqu'elle bénéficie d'une participation active du personnel de la branche pharmaceutique (46;47). Une grande partie des études sur la vérification systématique de la médication ont suivi des schémas que des pharmaciens d'hôpital ou des pharmaciens cliniciens ont largement contribué à concevoir et à appliquer (mots-clés *pharmacy-based model* ou *pharmacist-led medication reconciliation*).⁴
- Les études ne sont pas unanimes quant à l'utilité de délimiter une population précise. Tandis que Mueller et al. considèrent que le fait de limiter la vérification systématique de la médication à une population à haut risque, comme les personnes âgées, les patients prenant plusieurs médicaments simultanément (polypharmacie) et ceux présentant des

⁴ Il convient de souligner que la majorité des études ont été réalisées dans des pays anglo-saxons, tels les Etats-Unis et le Canada, où la pharmacie clinique occupe depuis des décennies déjà une place importante dans les soins hospitaliers.

comorbidités (cf. point 8.1.1, p. 57), constitue un facteur de succès car il a permis d'obtenir un rapport coût-utilité optimal, Kwan et al. n'ont pas découvert d'éléments convaincants qui prouveraient l'effet positif d'une telle limitation (46;47).

- Selon Mueller et al., la vérification systématique de la médication a surtout engendré des conséquences positives au niveau clinique lorsqu'elle a été menée de manière très minutieuse, notamment avec la participation active de pharmaciens à toutes les étapes du processus, et qu'elle comprenait un entretien téléphonique de suivi après la sortie de l'hôpital (46).

Pour ce qui est du *rapport coût-efficacité*, une évaluation systématique des analyses économiques des diverses stratégies visant à garantir la sécurité des patients a conclu que la vérification systématique de la médication, assurée avec la participation décisive de pharmaciens, compte parmi les cinq stratégies les plus efficaces, car elle permet d'éviter les coûts élevés engendrés par des événements indésirables médicamenteux (49).

4 | 6 | Les acteurs de la vérification systématique de la médication à l'hôpital

4 | 6 | 1 | Personnel hospitalier

Dans la vérification systématique de la médication, chaque membre de l'équipe de soins porte, avec ses collègues, la responsabilité du processus. Chacun doit connaître précisément sa tâche et l'assumer.

Voici les différents groupes de professionnels qui participent au processus:

- médecins;
- personnel soignant;
- pharmaciens d'hôpital (si l'hôpital en emploie);
- autres professionnels le cas échéant, tels les assistants en pharmacie et les assistants médicaux.

La collaboration interprofessionnelle fait partie intégrante d'une bonne vérification systématique de la médication. Tous les professionnels qui prennent part au processus doivent connaître parfaitement la répartition des rôles et des responsabilités, et la respecter.

Chaque hôpital définissant les rôles et les responsabilités de chaque discipline en fonction du personnel à disposition, la répartition peut varier d'un établissement à l'autre. Les collaborateurs chargés de réaliser les diverses étapes du processus doivent impérativement être formés en conséquence (cf. point 8.2.1, p. 61).

4 | 6 | 2 | Patients

Le patient est le seul des acteurs qui suit le parcours de soins du début à la fin. Souvent, seul l'entretien avec le patient ou avec ses proches fournira au final les informations les plus récentes sur la médication actuelle et, surtout, sur la manière dont les médicaments prescrits sont réellement pris. Dans la mesure où la situation le permet, le patient ou ses proches devraient toujours être activement associés à la réalisation de l'anamnèse médicamenteuse (cf. point 5.1, p. 27 et suiv.).

Les patients devraient également être impliqués dans les autres étapes de la vérification systématique de la médication. Ils devraient ainsi:

- être informés directement de chaque modification apportée à leur traitement médicamenteux (p. ex., lors de l'admission à l'hôpital, en cas de transfert au sein de l'établissement et, en particulier, lors de la sortie);
- recevoir, si possible par écrit et en particulier dans le cadre de l'entretien de sortie, des instructions claires sur la manière dont ils doivent prendre ou utiliser leurs médicaments;
- recevoir, lors de l'entretien de sortie auquel elles servent de base, des informations écrites et compréhensibles sur les adaptations apportées à leur traitement médicamenteux.

Il importe en outre de vérifier si les patients ou leurs proches ont compris les informations reçues, en les invitant par exemple à les reformuler en utilisant leurs propres mots. Certaines informations doivent de plus être fournies par étapes et à plusieurs reprises.

Les patients peuvent contribuer largement à garantir leur sécurité à l'hôpital et à éviter des erreurs et des incidents. Il importe dès lors de les encourager à faire part de leurs connaissances et à poser des questions sur ce qui ne leur paraît pas clair. Les patients et leurs proches possèdent souvent des connaissances approfondies, en particulier lors de maladies chroniques. On peut partir du principe qu'une proportion considérable des patients sont prêts et motivés à faire un effort pour améliorer leur propre sécurité. Ils ne manqueront donc pas de contribuer à la réussite d'une vérification systématique de la médication.

Sécurité des patients Suisse a réuni des recommandations qui permettent aux patients d'accroître leur sécurité dans la brochure intitulée *Eviter les erreurs – avec votre aide. Votre sécurité à l'hôpital*, qui contient également des recommandations pour améliorer la sécurité de la médication (50).

Cette brochure vise à expliquer aux patients et à leurs proches le rôle crucial des points suivants. Elle les invite à:

- tenir scrupuleusement à jour une liste complète des médicaments qu'ils prennent, ou alors à en demander une à leur médecin ou à leur pharmacien; les patients devraient présenter cette liste lors de tout contact avec un prestataire de soins de santé;
- apporter leurs emballages de médicaments lors de leur admission à l'hôpital ou de la consultation ambulatoire de préhospitalisation;
- spécifier les allergies ou les intolérances à des médicaments dont ils souffrent;
- savoir quels nouveaux médicaments ils doivent prendre durant leur séjour à l'hôpital, ainsi que ceux qu'ils ne doivent plus prendre ou dont le dosage a changé, et comprendre les raisons des modifications apportées à la médication;
- poser des questions lorsqu'ils ont l'impression qu'ils pourraient être ou ont déjà été victimes d'une erreur médicamenteuse.

Il est possible de favoriser cette responsabilisation en utilisant du matériel d'information et divers instruments, tels des posters, des brochures, des vidéos et des exemples de plans de médication.



5 | La vérification systématique de la médication à l'admission

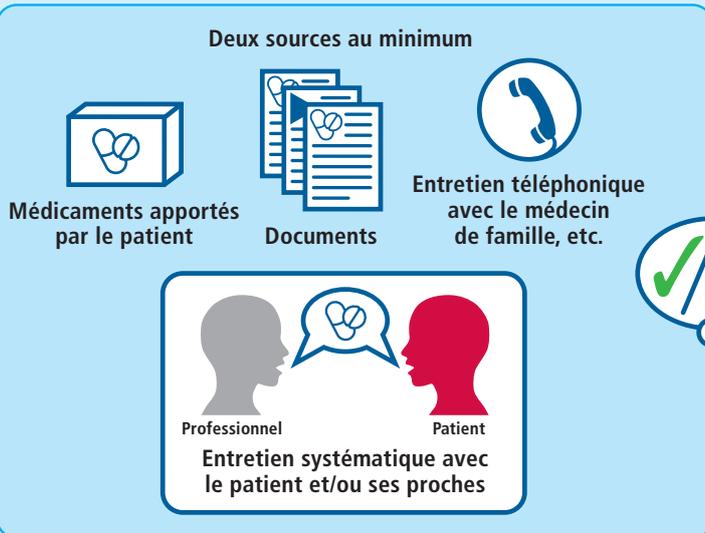


A Admission



Etape 1 Réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible

Responsable



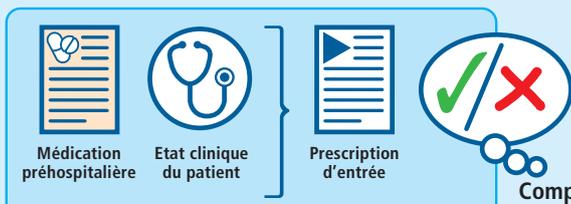
Clarifier les points en suspens



Médication préhospitalière

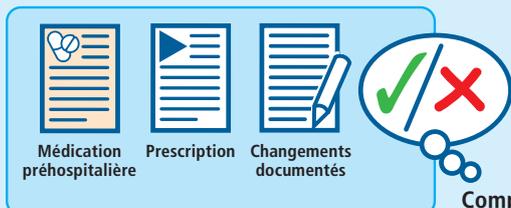
Etape 2 Etablissement/mise à jour de la prescription d'entrée

Responsable



Etape 3 (facultative) Contrôle par une deuxième personne

Responsable



5 | La vérification systématique de la médication à l'admission

Ce chapitre explique en détail le déroulement de la vérification systématique de la médication au moment de l'entrée du patient à l'hôpital. Un résumé des différentes étapes du processus complet – soit à l'admission, lors de transferts internes et à la sortie – figure à l'annexe 1, p. 71, et peut être distribué aux collaborateurs avec les graphiques qui l'accompagnent.

Ces trois étapes doivent, autant que faire se peut, être réalisées dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission du patient dans le service. Pour les entrées en urgence le vendredi soir, le week-end et les jours fériés, la vérification de la médication devrait être effectuée au plus tard le premier jour ouvrable suivant l'admission. Si elle ne peut pas se faire dans ce délai, il importe de la réaliser dès que possible.

— Vignette

Absence de vérification de la médication à l'admission

Une femme d'un certain âge est admise à l'hôpital. Le médecin suspectant une pneumonie communautaire, elle est mise sous antibiotiques et ses symptômes sont traités. Deux jours plus tard, la patiente fait un infarctus du myocarde. Il s'avère qu'un médicament dont la prise était nécessaire, un bêtabloquant, ne lui a plus été prescrit au moment de son entrée à l'hôpital. Il n'avait pas été recensé lors de l'anamnèse médicamenteuse (51).

La conciliation médicamenteuse à l'admission repose sur le relevé complet et précis de tous les médicaments pris avant l'entrée à l'hôpital (meilleure anamnèse médicamenteuse possible) et sur l'enregistrement des données recueillies sous la forme d'une liste qui accompagnera le patient tout au long de son séjour hospitalier. A chaque point de transition du parcours de soins (admission, transferts et sortie) où le traitement médicamenteux est réévalué, la prescription est établie sur la base de cette liste. Au moment du départ du patient, celle-ci permet, après comparaison avec le traitement administré durant le séjour à l'hôpital, une reprise optimale de la médication pré-hospitalière.

Lors de l'admission à l'hôpital, la vérification systématique de la médication comprend les étapes suivantes, qui sont présentées en détail par la suite (cf. graphique A Admission):

- Etape 1: Réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible
- Etape 2: Etablissement/mise à jour de la prescription d'entrée
- Etape 3 (facultative): Contrôle par une deuxième personne

— Nota bene

Dans le cadre du projet d'approfondissement progressif! La sécurité de la médication aux interfaces, on applique la règle suivante: pour les entrées en urgence du vendredi à 12 h au lundi à 7 h, les deux premières étapes devraient être terminées jusqu'au mardi à 7 h, la troisième également si l'hôpital décide de la réaliser. Pour les patients admis en urgence les jours fériés, la règle est la même que pour les admissions en fin de semaine.

La réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible (étape 1) devrait en principe être terminée *avant* l'établissement de la première prescription à l'hôpital. Cela vaut en particulier pour les admissions planifiées. Pour les entrées en urgence, l'anamnèse médicamenteuse se déroule souvent en deux temps: une anamnèse sommaire est réalisée au moment de l'admission et sert de base à la prescription d'entrée; le relevé des médicaments est complété par la suite, au besoin à l'aide d'autres sources, ce qui conduit, le cas échéant, à la mise à jour de la prescription initiale. Dans pareil cas, il est important de garder à l'esprit les éléments qui n'ont pas encore été réalisés.

Important A chaque étape, il est essentiel que la personne responsable confirme que cette partie du processus est bien terminée.

5 | 1 | Etape 1: Réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible

Objectif Etablir une liste exhaustive des médicaments pris par le patient avant son admission (médication préhospitalière).

La réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible au moment de l'admission et l'enregistrement des données, recueillies sous la forme d'une liste répertoriant tous les médicaments pris par le patient, avant son entrée à l'hôpital, constituent la base d'une prescription d'entrée correcte. Cela permet aussi une vérification efficace de la médication aux points de transition ultérieurs du parcours de soin (transferts internes et sortie).

La qualité de chaque étape du processus détermine le bon déroulement de l'étape suivante. Une anamnèse médicamenteuse inexacte peut entraîner

l'arrêt d'un médicament indispensable, l'administration d'un traitement à double, des erreurs de dosage ou des interactions gênantes. Lors de la mise en œuvre de la vérification systématique de la médication, il convient par conséquent d'accorder une attention particulière à cette première étape.

Une liste complète, précise et actuelle des médicaments pris par le patient avant son admission constitue une condition *sine qua non* pour sécuriser la prescription d'entrée et garantir une vérification efficace de la médication à tous les points de transition du parcours de soins.

La meilleure anamnèse médicamenteuse possible se distingue de l'anamnèse médicamenteuse usuelle ou de routine par son exhaustivité et son caractère systématique (cf. tableau 1).

Anamnèse médicamenteuse usuelle	Meilleure anamnèse médicamenteuse possible
Souvent sommaire et non systématique.	Systématique.
Une seule source en général.	Deux sources au minimum (si possible un entretien avec le patient et/ou ses proches et au moins une autre source comportant des informations fiables sur la médication).
Données souvent incomplètes – inappropriée pour sécuriser la prescription médicamenteuse.	Relevé complet et précis des médicaments pris avant l'admission – appropriée pour sécuriser la prescription (et pour la réévaluer par la suite).
Données fréquemment recueillies par le médecin d'une part (anamnèse médicale) et par le personnel soignant d'autre part (anamnèse infirmière) et parfois inscrites dans des documents séparés.	Compilation de toutes les informations relatives à la médication; élimination des données répertoriées à double et définition claire des responsabilités qui incombent à toutes les personnes impliquées.

Tableau 1: Différences entre l'anamnèse médicamenteuse usuelle et la meilleure anamnèse médicamenteuse possible

5 | 1 | 1 | Quelles données faut-il recueillir?

Tous les médicaments et les préparations pris par le patient avant son admission, à savoir:

- les médicaments pris sur prescription (du médecin de famille/d'autres médecins);
- les médicaments pris sans prescription (automédication);
- les médicaments soumis à ordonnance et non soumis à ordonnance comme les médicaments *over the counter* (OTC), les médicaments en vente libre, les préparations à base de plantes, les remèdes homéopathiques, les compléments alimentaires tels que vitamines, sels minéraux et autres suppléments;
- les préparations prises régulièrement, mais aussi les médicaments en réserve, que le patient prend en fonction de ses besoins.

Il est important de se renseigner sur la prise de produits à base de plantes et de compléments alimentaires, telles les préparations à base de calcium, de millepertuis, de ginseng ou de pélagonium (52). Ces produits, souvent pris à l'insu du médecin traitant, peuvent en effet interférer avec les médicaments.

Les médicaments et les préparations sont inventoriés de façon *précise*, c'est-à-dire que, pour chacun d'entre eux, le relevé comprendra au moins les informations suivantes:

- nom/substance active;
- dosage;
- forme galénique;
- posologie.

Selon le manuel MARQUIS (cf. point 4.2, p. 17), les données suivantes devraient également être enregistrées (9):

- indication;
- date du début et de la fin de la prise du médicament.

Par ailleurs, si cela n'a pas déjà été fait, il importe d'inscrire les éléments ci-après dans la documentation:

- allergies/intolérances aux médicaments;
- sources utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse;
- nom et adresse du médecin de famille et/ou d'autres prescripteurs;
- le cas échéant, pharmacie habituelle du patient.

D'une manière générale, il s'agit d'inventorier l'ensemble des médicaments pris par le patient juste avant son hospitalisation. Pour les médicaments en réserve, qui sont utilisés en fonction des besoins, il convient de se renseigner sur la façon dont le patient les a pris au cours des trois derniers mois. Dans certains cas, il est judicieux d'étendre cette durée au dernier semestre afin d'avoir une image plus claire des changements apportés au traitement médicamenteux.

5 | 1 | 2 | Qui se charge de recueillir les données?

En principe, l'anamnèse médicamenteuse est du ressort du médecin à l'hôpital. Etant donné que la meilleure anamnèse médicamenteuse possible est plus complète que l'anamnèse médicamenteuse de routine et que sa réalisation demande par conséquent davantage de temps (cf. tableau 1, p. 27), d'autres solutions sont envisageables. Les expériences faites dans divers pays comme l'Australie, la Belgique, l'Allemagne, le Canada, les Pays-Bas et les Etats-Unis montrent que d'autres membres du personnel hospitalier peuvent se charger de cette tâche ou aider à réunir les informations nécessaires. Dans ces pays, la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible est souvent confiée aux pharmaciens d'hôpital ou aux pharmaciens cliniciens. Selon la littérature spécialisée, des infirmiers ou des assistants en pharmacie se sont également acquittés de cette mission avec succès (37;53-57).

Quelle que soit la solution retenue, il est essentiel que le personnel chargé du relevé des données dispose du temps et des moyens nécessaires. Lors d'admissions planifiées, la meilleure anamnèse médicamenteuse possible peut déjà être effectuée avant l'entrée du patient, par exemple dans le cadre d'une consultation de préhospitalisation.

La technique requise pour dresser un inventaire complet et précis des médicaments peut tout à fait s'apprendre et s'entraîner. Il est primordial que les personnes chargées de cette tâche soient formées en conséquence, qu'elles procèdent de façon systématique et qu'elles s'acquittent de leur travail de manière consciencieuse et responsable.

Pour ce faire, certaines connaissances et compétences sont indispensables, à savoir:

- connaître les différents types et noms de médicaments/substances actives;
- disposer de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments: formes galéniques, dosage, moment de la prise, indications;
- savoir où et comment se procurer les informations relatives au traitement médicamenteux (connaître p. ex. les médecins de famille et les pharmacies de la région);
- connaître les difficultés que peut soulever la réalisation d'une anamnèse médicamenteuse correcte ainsi que les erreurs typiques qui peuvent se produire (p. ex. omissions, erreurs de dosage, confusion de médicaments présentant une ressemblance au niveau de l'apparence («look alike») ou de la dénomination («sound alike»);
- maîtriser la technique d'entretien nécessaire pour recueillir toutes les informations sur les médicaments pris par le patient;
- être capable d'instaurer un climat de confiance pour amener le patient à fournir tous les renseignements requis;
- avoir le sens de la communication et du travail en équipe, ce point étant notamment important pour la communication avec les prestataires de soins externes;

- être en mesure d'évaluer les données relatives à la médication et leur exhaustivité;
- faire preuve de rigueur dans l'établissement de la documentation.

Le cas échéant, il peut être judicieux de déléguer certains éléments de l'anamnèse médicamenteuse (p. ex. recherche des sources ou de compléments d'information, entretien avec le patient et établissement de la documentation) afin d'exploiter au mieux les ressources en personnel disponibles.

5 | 1 | 3 | Sources

Pour recueillir toutes les données de manière aussi complète et précise que possible, on aura recours à *deux sources d'information au minimum* (cf. tableau 2 Exemples de sources).

Entretien avec le patient/ses proches

Dans la mesure du possible, on privilégiera l'entretien structuré avec le patient et/ou ses proches comme *source principale pour l'anamnèse médicamenteuse*. Seule une discussion permet en effet de savoir si le patient se conforme effectivement aux indications figurant sur une liste de médicaments et si celle-ci est à jour.

Entretien avec le patient/ses proches

Médicaments apportés par le patient avec leurs emballages et/ou la notice d'emballage

Sources écrites/documents:⁵

- liste de médicaments du médecin de famille/du médecin adressant le patient;
- liste de médicaments d'autres médecins traitants;
- lettre du médecin;
- documentation du service d'aide et de soins à domicile, de l'EMS ou de la clinique de réadaptation;
- liste de médicaments/rapport de transmission d'un établissement hospitalier;
- documentation provenant d'un séjour hospitalier antérieur (p. ex. rapport de sortie);⁶
- liste de la pharmacie habituelle;
- plan de médication/carte de traitement médicamenteux du patient (p. ex. carte de traitement anticoagulant, carnet de suivi de diabète);
- autres.

Renseignements pris par téléphone (p. ex. entretien avec le médecin de famille)

Tableau 2: Exemples de sources permettant de réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse possible

⁵ Y compris les documents électroniques (p. ex. dossier électronique partagé par les différents secteurs de prise en charge).

⁶ L'hôpital définit pendant combien de temps les documents sont réputés d'actualité.

Médicaments/emballages apportés par le patient

Il est souhaitable que le patient ou ses proches apportent les médicaments pris à domicile. Lors de l'entretien structuré, on pourra alors les passer en revue avec le patient, ce qui augmentera la fiabilité des données.

5 | 1 | 4 | Déroulement

En principe, la meilleure anamnèse médicamenteuse possible se déroule comme suit (cf. schéma Processus normal, annexe 2, p. 81):

- a. Compiler les informations relatives à la médication provenant de sources fiables (sources écrites, médicaments apportés par le patient et, le cas échéant, renseignements pris par téléphone).
- b. Mener un entretien systématique avec le patient et/ou ses proches, comparer les informations ainsi obtenues avec les autres sources et inscrire les données sur la liste des médicaments pris avant l'admission.
- c. Éliminer les éventuelles incertitudes restantes, compléter la liste et finaliser le document.
- d. Classer la liste en bonne place dans le dossier du patient.

Explications point par point

a. Compiler les informations relatives à la médication provenant de sources fiables (sources écrites, médicaments apportés par le patient et, le cas échéant, renseignements pris par téléphone)

Objectif: Disposer d'informations fiables sur les médicaments pris par le patient avant son admission à l'hôpital afin d'avoir une base pour mener un entretien structuré avec celui-ci.

Les sources écrites utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse doivent être récentes et fiables. En cas de doute, à plus forte raison si le patient ne semble pas en mesure de fournir suffisamment d'informations, il convient de se renseigner auprès des médecins traitants ou d'autres prestataires de soins, si possible avant l'entretien structuré (attention au respect de la protection des données!). Pour les patients admis en urgence qui n'ont apporté ni liste de médicaments, ni emballages, on demandera aux proches de faire le nécessaire.

Lorsque l'admission est planifiée, le patient est invité, avant l'hospitalisation, à apporter ses médicaments et une liste aussi complète et récente que possible des traitements médicamenteux qu'il suit. À défaut et en l'absence d'autres sources, il convient de se renseigner auprès du médecin de famille ou d'autres prestataires de soins.

Pour accroître l'efficacité et l'efficience du processus, il importe de garantir un accès aisé aux sources d'informations. Voici quelques solutions envisageables:

- mettre en place un échange de données avec les médecins qui adressent des patients à l'hôpital et les autres prestataires de soins afin de garantir la transmission d'informations exhaustives concernant la médication;
- introduire des solutions informatisées en vue de faciliter l'échange de données actuelles concernant la médication avec, dans le meilleur des cas, gestion d'une liste commune de médicaments (cybersanté);
- informer le patient et le motiver à constituer une liste de ses médicaments et à la mettre à jour à chaque changement; l'inciter à l'apporter à chaque rendez-vous; s'il ne l'a pas prise lors de son admission à l'hôpital, demander à ses proches de l'apporter par la suite (avec les emballages de médicaments);
- garantir l'accès aux informations provenant d'hospitalisations antérieures;
- assurer la formation des professionnels chargés de réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, en veillant en particulier à ce qu'ils sachent comment accéder rapidement aux sources d'information.

b. Mener un entretien systématique avec le patient et/ou ses proches, comparer les informations ainsi obtenues avec celles provenant d'autres sources et inscrire les données sur la liste des médicaments pris avant l'admission

Objectif: Recueillir des informations aussi complètes que possible sur les médicaments et les préparations utilisés par le patient avant l'admission et enregistrer systématiquement ces données dans la documentation.

L'entretien avec le patient et/ou ses proches est mené de façon méthodique. Il s'agit de déterminer quels médicaments le patient prend habituellement et comment il les prend. Bien souvent, la prise effective

s'écarter en effet du traitement prescrit; il arrive également que le patient utilise d'autres préparations en sus (58). Par ailleurs, les listes de médicaments ne sont fréquemment pas à jour ou comportent des erreurs (34;39).

Un entretien structuré permet d'obtenir des informations aussi complètes que possible. On ne saurait se contenter de lire une liste de médicaments préétablie que le patient confirmerait passivement, car la probabilité d'erreurs et d'omissions serait alors élevée. Il faut au contraire donner au patient la possibilité d'expliquer lui-même quels médicaments il prend, en commençant la discussion par des questions ouvertes. Exemple: «Quels médicaments prenez-vous régulièrement?».

Pour réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, il est indispensable d'associer le patient et, le cas échéant, ses proches, à la démarche de manière ciblée, en faisant preuve à la fois d'empathie et d'habileté.

Au cours de l'entretien, les informations fournies par le patient ou ses proches sont comparées avec les données déjà recueillies, puis inscrites dans la documentation. Durant la discussion, il est important que le patient n'ait pas le sentiment d'être soumis à un interrogatoire. Les éventuelles divergences sont tirées au clair. On s'appuiera sur le dossier médical du patient pour s'assurer que les données sont plausibles.

Pour conclure, la personne qui réalise l'entretien posera des questions sur les éventuels médicaments et préparations qui auraient pu être oubliés. Elle se renseignera par exemple expressément sur les médicaments qui se présentent sous une forme galénique particulière (gouttes pour les yeux/les oreilles/le nez, inhalateurs, patches, sprays, onguents, médicaments injectables, etc.).

Guide d'entretien

Un guide d'entretien est utile pour n'oublier aucun élément important et pour recenser le plus systématiquement possible toutes les informations pertinentes. Couvrant tous les points fondamentaux qu'il convient d'aborder lors de la discussion avec le patient et/ou ses proches, y compris les médicaments et

les préparations auxquels on ne pense généralement pas, il comporte, dans l'idéal, des propositions pour la formulation des questions (cf. exemple à l'annexe 3, p. 82).

Autres points importants

- Poser des questions ouvertes qui n'impliquent aucun jugement. Exemple: «Dites-moi, s'il vous plaît, comment vous prenez vos médicaments» et non «Prenez-vous les médicaments comme le médecin vous l'a prescrit?»
- Aborder l'adhésion du traitement et demander au patient s'il a de la peine à respecter la prescription. Exemples: «Vous arrive-t-il de ne pas prendre une dose?» «Avez-vous du mal à prendre vos médicaments comme le médecin vous l'a prescrit?» Si le patient a apporté des emballages de médicaments: «Quand avez-vous entamé la boîte?» Si plusieurs médicaments doivent être pris au même moment (p. ex. le matin), vérifier s'ils sont pris ensemble et si les indications concernant le moment de la prise (avant, pendant ou après le repas) sont respectées. Le relevé précis de ces informations est particulièrement important lorsque des substances actives ne doivent pas être absorbées simultanément. En outre, le moment de la prise est souvent déterminant pour la pharmacocinétique/la résorption. La norfloxacine, par exemple, devrait être prise à jeun et pas en même temps que des médicaments contenant du zinc, du fer ou de l'hydroxyde d'aluminium (préparations multivitaminées, médicaments contre les brûlures d'estomac, etc.).
- Si le patient ne prend pas ses médicaments comme le médecin l'a prescrit, noter l'écart entre la prescription et la prise effective. C'est là un élément essentiel pour que le prescripteur puisse le cas échéant adapter le traitement médicamenteux à l'hôpital et disposer d'une base pour aborder, le moment venu, les difficultés liées à la prise des médicaments avec le patient (p. ex. lors de l'entretien de sortie, cf. chapitre 7).
- Si l'on sait que le patient présente certaines maladies (diabète, hypertension) ou certains symptômes, lui demander s'il prend les médicaments couramment utilisés pour traiter ces troubles.
- Si le patient est en traitement chez un spécialiste, se renseigner sur les médicaments prescrits par celui-ci. Exemple: «Votre neurologue vous prescrit-il des médicaments?»

Quand les informations disponibles sont-elles suffisantes et quand faut-il chercher des renseignements supplémentaires?

En fin de compte, c'est à la personne qui procède à la meilleure anamnèse médicamenteuse possible qu'il appartient de déterminer si les données recueillies suffisent ou s'il subsiste des divergences qu'il est possible et nécessaire de tirer au clair. A titre indicatif, on peut appliquer la règle suivante:

La collecte d'informations peut être considérée comme terminée lorsque:

- les renseignements fournis par le patient et/ou ses proches semblent fiables;
- ces informations concordent avec les données dont on dispose sur la base d'une liste de médicaments et/ou d'emballages de médicaments ou présentent avec celles-ci des divergences qui peuvent être expliquées.

A l'inverse, il convient de se renseigner sur les médicaments pris par le patient avant son admission auprès du médecin de famille ou d'autres médecins traitants/prestataires de soins lorsque:

- le patient et/ou ses proches ne sont pas sûrs d'eux;
- ils ne sont pas en mesure de donner des explications claires sur les divergences constatées lors de la comparaison entre les informations qu'ils ont fournies et les autres sources.

Il peut arriver que l'entretien avec le patient et/ou ses proches soit impossible ou difficile à réaliser pour diverses raisons.

Etat médical

Suivant l'état dans lequel il se trouve, le patient n'est pas en mesure de fournir des renseignements ou ne peut le faire que de façon limitée (p. ex. lors de démence, de perte de connaissance, d'aphasie ou de maladie psychique). Dans pareil cas, il faut si possible associer les proches à l'entretien, tout en sachant que cette manière de procéder risque de soulever des difficultés selon le type de relation que ceux-ci entretiennent avec le patient et la répartition des rôles au sein de la famille.

Si ni le patient ni ses proches ne sont en mesure de donner des renseignements, il faudra chercher une autre source que l'entretien structuré pour réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse possible.

Barrières linguistiques

La langue peut elle aussi faire obstacle à un entretien approfondi avec le patient. Il arrive que la compréhension et la communication entre le patient et le médecin soient insuffisantes, voire impossibles. Différentes études montrent que les barrières linguistiques peuvent, en entravant le flux des informations, avoir des conséquences considérables au niveau de la gestion du traitement (59;60). Il faut donc partir du principe que le risque d'erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins est encore plus élevé lorsque le patient est de langue étrangère.

Pour réaliser un entretien avec un patient allophone, il faut faire appel à un interprète, de préférence professionnel, qui maîtrise le domaine complexe de l'anamnèse médicamenteuse. On le contactera par téléphone en cas d'urgence ou on le fera venir sur place lorsque l'entretien avec le patient peut être planifié. Il est également possible de recourir à des personnes qui n'ont pas une formation d'interprètes, comme les collaborateurs de l'hôpital qui parlent la langue du patient ou les parents ou amis de celui-ci. Avant d'opter pour cette solution, il convient de peser soigneusement le pour et le contre. De nombreux facteurs peuvent en effet altérer la qualité de la traduction effectuée par un interprète non professionnel: manque de compétences linguistiques, non-respect de la confidentialité, partialité, difficulté à gérer les aspects médicaux ou la dimension émotionnelle. Le problème se pose tout particulièrement lorsque des enfants ou des adolescents assurent la traduction pour leurs parents; les questions médicales peuvent les dépasser, la charge émotionnelle et la responsabilité qui pèsent sur eux sont immenses et la hiérarchie familiale se trouve bouleversée. Pour ce qui est du personnel hospitalier polyglotte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande de le sélectionner avec soin et de lui assurer une formation ad hoc.

Le rapport *Des ponts linguistiques pour mieux guérir – L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse* et la formation en ligne⁽⁶⁸⁾ mise à disposition par l'OFSP donnent un bon aperçu des avantages et des inconvénients que comporte le recours à des interprètes professionnels et non professionnels (59;61). Ces documents fournissent également de précieuses informations pour la collaboration avec ces intermédiaires.

⁽⁶⁸⁾ <http://elearning-iq.ch/fr/>

En évaluant la meilleure façon de procéder lorsque la langue pose problème, il convient de tenir compte des facteurs non seulement médicaux, mais aussi organisationnels, éthiques, financiers et juridiques. Il est donc essentiel que les hôpitaux et autres institutions de santé mettent en place une stratégie interne pour gérer la question des obstacles linguistiques.

Contexte culturel

Aux obstacles linguistiques s'ajoutent souvent des barrières culturelles. Une perception différente de l'origine de la maladie (p. ex. maladie considérée comme l'expression de la volonté divine, stigmatisation de certaines maladies), des différences dans la façon de s'exprimer (p. ex. emploi de paraphrases pour décrire des thèmes tabous) et dans les attentes concernant les échanges entre le patient et le médecin (p. ex. manque de confiance), les principes religieux (p. ex. périodes de jeûne) ou l'éducation (p. ex. analphabétisme) influencent la compréhension du traitement médicamenteux et la disposition à le suivre. Ces différences peuvent générer des malentendus entre les professionnels et les patients. Lorsque le patient et/ou ses proches sont issus d'une autre culture, la réussite de l'entretien présuppose par conséquent une certaine sensibilité et une certaine ouverture à l'autre. Suivant la situation, il peut être judicieux de recourir aux services d'un interprète communautaire. Le passé migratoire et le statut de séjour sont également des facteurs dont il faut tenir compte. Les services sociaux de l'hôpital constituent généralement de précieuses sources d'information dans ce domaine.

Pour approfondir le sujet, l'OFSP met à disposition toute une série d'informations en ligne⁴⁹(62). Le ma-

nuel *Diversité et égalité des chances* donne lui aussi une bonne vue d'ensemble des questions les plus importantes pour les institutions de santé (60).

Inscription des données sur la liste des médicaments pris avant l'admission

Les données relatives à la médication doivent être enregistrées dès que possible sur la liste des médicaments pris avant l'admission. Pour celle-ci, on utilise un formulaire standard sur lequel seront inscrites toutes les informations nécessaires (cf. point 5.1.1, p. 28). Un formulaire type figure en p. 34 (figure 3), un exemple de liste complétée en p. 83 (annexe 4).

La liste peut être établie sur papier ou faire partie du dossier électronique du patient.

c. Eliminer les éventuelles incertitudes restantes, compléter la liste et finaliser le document

Objectif: Compléter les informations relatives aux médicaments et aux préparations pris par le patient avant son admission à l'hôpital.

Les données concernant le traitement médicamenteux suivi par le patient avant son séjour à l'hôpital sont complétées. Les écarts entre la prescription médicale et la prise effective sont également notés. Si l'entretien avec le patient n'a pas permis d'éliminer les éventuelles divergences entre les sources, la recherche d'informations complémentaires s'avère indispensable (p. ex. prise de renseignements auprès du médecin de famille).

d. Classer la liste en bonne place dans le dossier du patient

Objectif: Garantir que la liste de médicaments établie au moment de l'admission soit accessible à tous les collaborateurs de l'hôpital qui participent au *processus de médication*.

La liste dressée au moment de l'entrée à l'hôpital est classée en bonne place dans le dossier (papier ou électronique) du patient de façon à ce qu'on la retrouve aisément. La personne responsable atteste clairement que la meilleure anamnèse médicamenteuse possible a été réalisée et qu'elle est terminée (p. ex. en apposant son timbre/sa signature).

Malgré tous les efforts déployés, il peut néanmoins arriver que l'entretien avec le patient et/ou ses proches ne puisse pas avoir lieu pour des raisons médicales, linguistiques ou culturelles. Dans ce cas, on utilisera au moins deux autres sources d'information pour réaliser l'anamnèse médicamenteuse. La raison pour laquelle l'entretien n'a pas pu se dérouler devrait également être notée dans la documentation.

⁴⁹ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/index.html?lang=fr>

La liste des médicaments pris avant l'admission est utilisée pour établir/mettre à jour la prescription d'entrée, lors de transferts internes ainsi qu'à la sortie de l'hôpital. Elle est actualisée tout au long du séjour hospitalier, autrement dit jusqu'au départ du patient, si l'équipe soignante a connaissance d'informations supplémentaires concernant la médication *antérieure* à l'hospitalisation. L'hôpital définit la procédure à suivre lorsqu'un collaborateur constate des erreurs sur la liste.

5 | 2 | Etape 2: Etablissement/mise à jour de la prescription d'entrée

Objectif Etablir systématiquement la prescription d'entrée sur la base de la liste des médicaments pris avant l'admission; signaler clairement et motiver les changements apportés à la médication préhospitalière.

Le médecin prescripteur vérifie que tous les médicaments de la liste établie à l'admission sont pris en compte dans la prescription d'entrée et qu'ils sont adaptés à l'état actuel du patient. Pour chacun des médicaments de la liste, il note la suite du traitement (poursuite, arrêt, suspension ou modification) en motivant ses décisions de manière à ce qu'elles soient claires pour toutes les personnes chargées du suivi du patient dans l'immédiat ou ultérieurement. Ce système permet d'éviter des divergences non intentionnelles entre le traitement médicamenteux préhospitalier et la médication administrée durant le séjour à l'hôpital.

Le médecin informe le patient des médicaments qu'il devra prendre à l'hôpital; il lui explique en particulier les éventuels changements apportés au traitement préhospitalier.

Il est important que le médecin prescripteur confirme que cette étape du processus est terminée (par exemple en apposant son timbre/sa signature).

Tous les changements apportés au traitement médicamenteux préhospitalier doivent ressortir clairement de la documentation établie en vue de la prescription d'entrée pour que toute l'équipe qui s'occupe du patient (et pas seulement le médecin prescripteur!) les comprenne aisément. Il s'agit là d'un point essentiel pour vérifier la médication au moment de l'admission, mais aussi pour pouvoir contrôler le traitement médicamenteux avec tout le soin requis à la sortie de l'hôpital.

5 | 2 | 1 | Déroulement

En principe, la prescription d'entrée est établie après que la liste complète des médicaments pris avant l'admission a été dressée. C'est le moyen le plus sûr de garantir qu'elle tienne compte comme il se doit de tous les traitements préhospitaliers.

Processus normal – processus spécial

Cette façon de faire est particulièrement adaptée lors d'admissions planifiées (la meilleure anamnèse médicamenteuse possible pouvant, par exemple, être réalisée lors de la consultation de préhospitalisation) ou lorsque le nombre de cas est relativement faible. Suivant la situation du moment, le personnel à disposition et l'état du patient, la meilleure anamnèse médicamenteuse possible ne pourra toutefois pas être effectuée avant la première prescription à l'hôpital. Pour les entrées en urgence en particulier, une première prescription est souvent établie avant que toutes les données concernant la médication préhospitalière soient disponibles.

Dans pareils cas, on peut procéder comme suit (cf. schéma Processus spécial pour les étapes 1 et 2, annexe 5, p. 84):

- a. Le médecin prescripteur réalise une anamnèse médicamenteuse sommaire (provisoire) qui lui sert de base pour établir une première prescription. L'hôpital définit si les données ainsi recueillies sont notées sur le formulaire utilisé pour dresser la liste des médicaments pris avant l'admission ou, dans un premier temps, à un autre endroit.
- b. La meilleure anamnèse médicamenteuse possible est réalisée ou complétée, autant que possible, dans les vingt-quatre heures suivant l'admission; les informations recueillies sont inscrites ou ajoutées sur la liste de manière à obtenir un relevé exhaustif de la médication préhospitalière.
- c. Le médecin prescripteur compare la liste ainsi établie avec la prescription d'entrée. Il vérifie si certaines préparations doivent être ajoutées à la médication hospitalière ou si d'autres adaptations sont nécessaires. Ce contrôle peut être effectué par une personne autre que le prescripteur, pour autant qu'elle dispose des connaissances requises; elle informera celui-ci si la médication hospitalière doit être adaptée (cf. étape 3). La prescription est mise à jour et la décision du médecin concernant la suite du traitement est notée dans le dossier du patient.

5 | 2 | 2 | Inscription et motivation des changements apportés à la médication

Les changements apportés à la médication sont inscrits dans le dossier du patient, par exemple sur la fiche de suivi. Il est également possible de noter et de motiver la suite du traitement sur le formulaire utilisé pour établir la liste des médicaments pris avant l'admission (cf. modèle, figure 4, p. 37). Ce document permet d'indiquer, à côté de chaque médicament ou préparation, si le traitement est poursuivi, arrêté, suspendu ou modifié (modification du dosage, du schéma d'administration, etc.) ou si un médicament doit être remplacé par un autre figurant sur la liste interne de l'hôpital. Tous les changements, toutes les suspensions et tous les arrêts doivent être motivés par écrit.

L'hôpital définit les règles applicables à la documentation. Il peut par exemple décider qu'il n'est pas nécessaire de documenter et de motiver la suite du traitement pour les médicaments OTC, les compléments alimentaires ou les médicaments en réserve rarement utilisés par le patient.

Différentes mesures peuvent être utiles pour réduire le temps consacré à l'établissement de la documentation:

- Utiliser des abréviations standard pour les motifs courants. L'abréviation AP, par exemple, peut être utilisée pour désigner un changement de dosage nécessaire du point de vue thérapeutique, celle d'OP pour la suspension d'un médicament avant une opération et celle d'IA pour un arrêt lié à des interactions médicamenteuses (63).

Important: Etablir une liste des abréviations utilisées de façon à garantir leur interprétation correcte et la placer à un endroit bien visible. Si les abréviations sont utiles pour gagner du temps, il est néanmoins recommandé de ne pas en abuser et de prendre toutes les précautions qui s'imposent pour éviter les malentendus.

- Proposer, si le dossier du patient est disponible en version électronique, un choix de motifs à sélectionner sous forme de menu déroulant.

Figure 4: Modèle de la liste des médicaments pris avant l'admission et décision du médecin

Liste des médicaments pris avant l'admission et décision du médecin

Données personnelles (évent. étiquette imprimée par l'hôpital)		Allergies/intolérances				
Nom:						
Prénom:						
Date de naissance:						
Sexe:						
		<input type="checkbox"/> Aucune allergie/intolérance connue				
Sources utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse						
<input type="checkbox"/> Entretien avec le patient/ses proches ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶		<input type="checkbox"/> Pas d'entretien. Motif:				
<input type="checkbox"/> Médicaments/emballages		<input type="checkbox"/> Ne parle pas la langue				
<input type="checkbox"/> Liste de médicaments du médecin de famille: _____		<input type="checkbox"/> N'est pas en mesure de fournir les renseignements nécessaires				
<input type="checkbox"/> Autres sources écrites (p. ex. liste de la pharmacie, du service d'aide et de soins à domicile, de l'EMS, de la clinique de réadaptation, plan de médication du patient): _____		<input type="checkbox"/> Autres: _____				
<input type="checkbox"/> Renseignements pris par téléphone (p. ex. médecin de famille, EMS): _____		Remarques: _____				

1 Médicaments pris avant l'admission			2 Décision du médecin			
Prescription médicale	Automédication	Nom/substance active, dosage et forme galénique	Posologie	Remarques (p. ex. motif de la prise/informations concernant la prise; dernière utilisation en cas de prise irrégulière; écart entre la prescription et la prise effective)	Poursuivre: ✓ Modifier: m Substituer: x Arrêter: > Suspendre: s	Motif du changement (éventuellement avec une liste d'abréviations)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Médicaments en réserve						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Autres remarques (p. ex. médicaments arrêtés récemment): _____						

<input type="checkbox"/> Le patient ne prend aucun médicament ni préparation						
Timbre/signature de la personne responsable: _____			Date: _____	Heure: _____		
Remarques en cas de mises à jour ultérieures: _____						

5 | 3 | Etape 3 (facultative): Contrôle par une deuxième personne

Objectif Identifier et éliminer les éventuelles divergences subsistant entre la liste établie à l'admission et la prescription d'entrée.

Le contrôle est effectué par une personne autre que le médecin prescripteur; il peut s'agir d'un médecin ou d'un autre collaborateur. Si l'étape 2, qui constitue un élément clé, a été réalisée correctement, il est en principe superflu de vérifier s'il subsiste encore des divergences. Un contrôle pratiqué par une autre personne offre toutefois une sécurité supplémentaire. L'hôpital définit si l'étape 3 peut être réalisée en fonction de sa situation spécifique et du personnel à disposition. Il peut être judicieux, le cas échéant, de limiter la vérification à certains groupes de patients bien précis ou de procéder à des contrôles aléatoires.

5 | 3 | 1 | Qui effectue le contrôle?

Dans les pays où la vérification systématique de la médication est en place depuis un certain temps déjà, ce contrôle est souvent du ressort des pharmaciens cliniciens; il peut toutefois aussi être confié à un autre médecin (p. ex. le chef de clinique).

Il est souhaitable que la personne qui s'acquitte de cette tâche dispose de connaissances approfondies sur les médicaments et les traitements médicamenteux. Elle sera ainsi en mesure de comprendre les changements apportés au traitement dans la prescription hospitalière et d'évaluer si ces changements sont judicieux et appropriés du point de vue pharmaco-clinique. En cas de divergences entre la prescription et la liste établie au moment de l'admission, de solides connaissances permettent de mieux évaluer si l'écart est intentionnel, mais insuffisamment documenté, ou s'il n'est pas intentionnel et témoigne ainsi d'une erreur médicamenteuse.

La comparaison de la prescription d'entrée avec la liste établie à l'admission requiert les connaissances et compétences ci-après:

- disposer de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments (substances actives, indications, dosages appropriés);

- connaître l'état médical du patient (motif d'hospitalisation et antécédents médicaux);
- être capable de contrôler de façon précise la liste des médicaments pris avant l'admission et la prescription d'entrée et d'identifier les divergences entre les deux;
- être en mesure d'évaluer les cas dans lesquels une divergence doit être tirée au clair avec le médecin prescripteur;
- avoir le sens de la communication et du travail en équipe;
- faire preuve de ténacité.

5 | 3 | 2 | Déroutement

La comparaison entre la liste établie à l'admission et la prescription d'entrée permet de vérifier encore une fois qu'aucun médicament dont la prise est nécessaire n'a été omis dans le traitement à suivre à l'hôpital et qu'aucune préparation n'a été prescrite à double.⁷ Les informations concernant le dosage, la forme galénique et la posologie qui figurent sur les deux documents sont également comparées. On vérifie si la suite du traitement a été définie pour tous les médicaments répertoriés sur la liste établie au moment de l'admission. Les arrêts, suspensions ou modifications du traitement médicamenteux doivent être documentés et motivés clairement.

Les éventuelles divergences entre les deux documents sont éliminées le plus rapidement possible soit dans le cadre d'une discussion personnelle avec le médecin prescripteur, soit par téléphone.

Elimination des divergences

Les divergences peuvent résulter d'une erreur dans la documentation ou d'une erreur médicamenteuse. Pour déterminer d'où vient l'écart constaté, il est impératif de se renseigner auprès du médecin prescripteur (voir exemples en encadré, p. 39).

Erreur dans la documentation

Le changement apporté au traitement médicamenteux est délibéré, mais la décision prise n'a pas été inscrite dans la documentation. Dans la littérature spécialisée, on parle de «divergence intentionnelle». Une documentation lacunaire crée la confusion, nécessite des éclaircissements et peut aboutir à une erreur médicamenteuse.

⁷ L'évaluation structurée de la médication du point de vue clinique ne fait pas *expressément* partie de cette étape. Elle peut toutefois être réalisée en sus.

Si les renseignements pris auprès du prescripteur montrent que la divergence est intentionnelle, mais insuffisamment documentée, le changement apporté au traitement médicamenteux est inscrit dans la documentation et motivé.

Erreur médicamenteuse

Le traitement médicamenteux préhospitalier a été modifié par mégarde par le médecin prescripteur. Les divergences de ce type (divergences non intentionnelles) sont souvent dues à l'omission involontaire d'un médicament. Une erreur médicamenteuse peut

entraîner un événement médicamenteux indésirable et avoir des effets préjudiciables pour le patient.

La prescription médicamenteuse est mise à jour dès que l'on a pu vérifier auprès du prescripteur que la divergence n'était pas intentionnelle. Il convient de communiquer le changement apporté au traitement (p. ex. interruption ou ajout d'un médicament) au patient et/ou à ses proches.

Il est important que la personne responsable confirme que cette étape du processus est terminée (p. ex. en apposant son timbre/sa signature).

— Erreur dans la documentation

- Une patiente à qui son médecin a prescrit un bêtabloquant en raison d'une tension artérielle trop élevée est hospitalisée en vue d'une intervention chirurgicale. A l'hôpital, le chirurgien traitant ne reprend pas ce médicament, car il craint une hypotension péri-opératoire. La raison pour laquelle le bêtabloquant est suspendu n'est toutefois pas inscrite dans le dossier.

Mesure corrective: La suspension du médicament est notée et motivée dans le dossier.

- Avant son entrée à l'hôpital, un patient prend de l'ibuprofène 200 mg par voie orale toutes les six heures environ pour calmer ses douleurs. Ce médicament ne lui est pas prescrit à l'admission. La discussion avec le médecin prescripteur révèle que celui-ci a dit verbalement à l'équipe soignante de ne pas administrer d'antirhumatismeaux non stéroïdiens au patient, mais que cette décision n'a pas été inscrite dans le dossier.

Mesure corrective: L'arrêt du traitement médicamenteux est noté et motivé dans le dossier.

— Erreur médicamenteuse

- Avant son hospitalisation, une patiente prend quotidiennement de l'AAS 100 mg par voie orale. Ce médicament ne figure plus sur la prescription d'entrée. La discussion avec le médecin prescripteur montre qu'il a oublié de le reprendre dans la médication hospitalière.

Mesure corrective: La prescription est mise à jour (prise quotidienne d'AAS 100 mg par voie orale).

- Avant son entrée à l'hôpital, une patiente prend quotidiennement de la lévothyroxine 0,025 mg par voie orale. Le dosage mentionné sur la prescription d'entrée est de 0,25 mg. Les renseignements pris auprès du prescripteur révèlent qu'il s'agit d'une modification non intentionnelle.

Mesure corrective: La prescription est mise à jour (correction du dosage).

- Un patient admis en urgence apporte, avec ses emballages de médicaments, des comprimés contre l'hypertension. A l'hôpital, le médecin prescrit la poursuite du traitement. La meilleure anamnèse médicamenteuse possible est réalisée alors que la prescription d'entrée a déjà été établie. La liste de médicaments faxée par le médecin de famille ne comporte pas de médicament contre l'hypertension. Comme le patient indique qu'il prend régulièrement les comprimés qu'il a apportés avec lui, l'hôpital contacte son médecin. Celui-ci explique qu'il a mis fin au traitement deux mois auparavant, décision dont le médecin prescripteur à l'hôpital est alors informé.

Mesure corrective: mise à jour de la prescription (arrêt du médicament contre l'hypertension).

Encadré: Exemples de divergences (modifiés d'après (5))

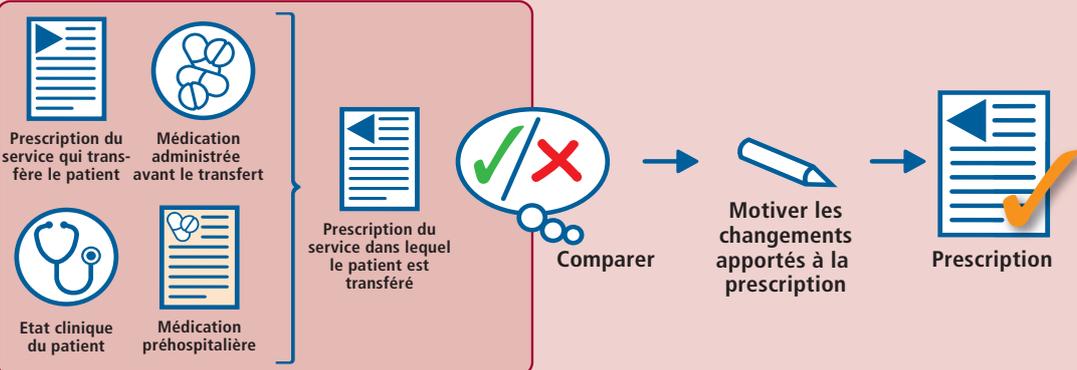


6 | La vérification systématique de la médication lors de transferts internes au sein de l'hôpital

B Transferts internes

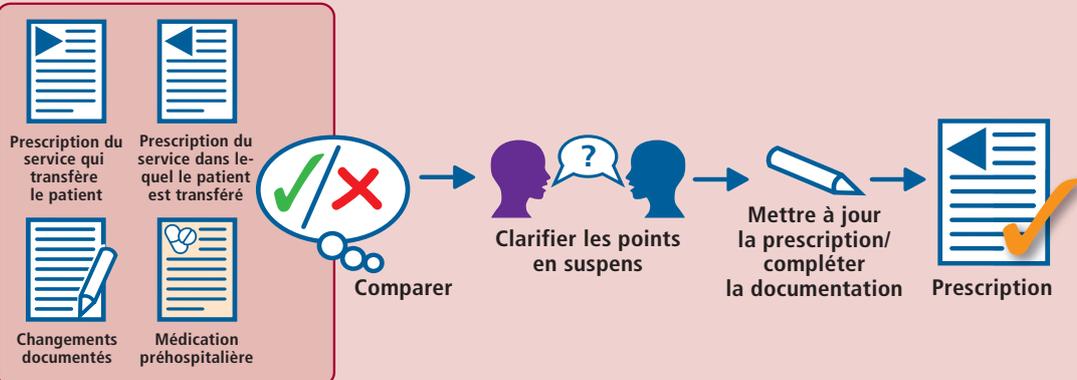
Etape 1 Etablissement de la prescription par le service dans lequel le patient est transféré

Responsable



Etape 2 (facultative) Contrôle par une deuxième personne

Responsable



6 | La vérification systématique de la médication lors de transferts internes au sein de l'hôpital

— Vignette

Absence de vérification de la médication lors d'un transfert interne

Sujet à des embolies pulmonaires récidivantes, un patient prend depuis quelques mois des anticoagulants oraux. Hospitalisé en raison d'un œdème pulmonaire, il est admis aux soins intensifs, où l'on suspend l'anticoagulation orale, comme le veut la routine, pour la remplacer par de l'héparine sous forme intraveineuse. Lors du transfert dans un service normal, le prescripteur ne remarque pas que le patient reçoit de l'héparine par voie intraveineuse et lui prescrit, en plus, un traitement anticoagulant à base de Marcoumar et d'héparine sous-cutanée de bas poids moléculaire, car c'est le traitement habituellement administré dans le service. Le patient fait une hémorragie cérébrale.

Un manque de communication entre les équipes de soins expose les patients à un risque d'erreur médicamenteuse. Il importe de prévenir ce risque en comparant et en comparant systématiquement la médication du service qui transfère le patient avec celle du service dans lequel il est transféré et avec la médication préhospitalière.

La vérification systématique de la médication lors de transferts internes comprend les deux étapes suivantes (cf. graphique B Transferts internes):⁸

- **Etape 1: Etablissement de la prescription par le service dans lequel le patient est transféré**
- **Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne**

Important A chaque étape, la personne responsable confirme, dans le dossier du patient, que cette partie du processus est bien terminée.

Les deux étapes sont décrites en détail ci-après (elles correspondent aux processus intervenant lors de l'admission à l'hôpital et à la sortie).

Les transferts au sein d'un hôpital résultent en règle générale d'une modification de l'état de santé du patient. Ils exigent dès lors une validation et une adaptation de la médication. Voici quelques exemples:

- *Transfert des soins intensifs dans un service normal:* Aux soins intensifs, un patient se voit administrer un médicament inotrope positif par voie intraveineuse; après son transfert dans un service normal, on met fin à cette médication, car le service ne possède pas les appareils de surveillance nécessaires et parce que ce changement correspond aux directives de l'hôpital.
- *Transfert postopératoire:* Le traitement antalgique postopératoire d'une patiente consiste en une perfusion continue d'opiacés. Les douleurs s'étant apaisées, le traitement intraveineux est remplacé par des analgésiques oraux lors du transfert dans le service qui assure la prise en charge après l'opération.

⁸ Une vue d'ensemble des différentes étapes du processus de vérification systématique de la médication à l'admission, lors de transferts internes et à la sortie de l'hôpital figure à l'annexe 1 (p. 71 et suiv.), avec les graphiques ad hoc.

6 | 1 | Etape 1: Etablissement de la prescription par le service dans lequel le patient est transféré

Objectif Etablir systématiquement la prescription sur la base de la dernière médication et de la liste des médicaments pris avant l'admission; signaler clairement et motiver les changements apportés au traitement médicamenteux.

Le plus tôt possible après le transfert, le médecin prescripteur du service dans lequel le patient est transféré établit la prescription médicamenteuse en la comparant avec

- a) la médication prescrite par le service qui transfère le patient,
- b) la dernière médication administrée avant le transfert et
- c) la liste des médicaments pris avant l'hospitalisation.

Il est possible que cette dernière liste ne soit pas encore disponible au moment du transfert (parce que celui-ci intervient par exemple peu après l'admission à l'hôpital). Dans ce cas, la liste des médicaments pris avant l'hospitalisation doit être établie le plus rapidement possible.

Lors de la prescription, le médecin doit déterminer systématiquement, en tenant compte de l'état médical du patient,

- a) si la poursuite du traitement médicamenteux administré jusque-là à l'hôpital est appropriée et
- b) si certains médicaments de la liste établie au moment de l'admission dont l'administration a été suspendue ou arrêtée doivent être repris.

Le médecin documente et motive les changements apportés au traitement médicamenteux (nouvelle prescription, arrêt, suspension ou modification), de manière à ce que ses décisions soient claires pour d'autres personnes, en particulier les collaborateurs appelés à assurer la prise en charge du patient par la suite. Le médecin inscrit par exemple ses décisions dans les documents de suivi du traitement, qui font partie du dossier du patient. En cas de modification de la médication, le médecin en informe également le patient.

6 | 2 | Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne

Objectif Identifier et éliminer les éventuelles divergences subsistant entre la prescription médicamenteuse du service qui transfère le patient, la prescription du service dans lequel celui-ci est transféré et la liste des médicaments pris avant l'admission.

Cette étape intervient le plus tôt possible après l'établissement de la première prescription par le service dans lequel le patient est transféré. Elle est réalisée par un médecin ou un collaborateur *autre* que le médecin prescripteur (pour des explications détaillées, cf. point 5.3, p. 38).⁹

6 | 2 | 1 | Qui effectue le contrôle?

La personne chargée du contrôle doit remplir les conditions décrites plus haut (cf. point 5.3.1, p. 38):

- disposer de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments (substances actives, indications, dosages appropriés);
- connaître l'état médical du patient;
- connaître les difficultés que peut soulever la prescription médicamenteuse lors d'un transfert et les erreurs typiques qui peuvent se produire;
- être capable de contrôler de façon précise les documents et d'identifier d'éventuelles divergences;
- avoir le sens de la communication et du travail en équipe;
- faire preuve de ténacité.

6 | 2 | 2 | Déroutement

La personne qui procède au contrôle compare la médication du service qui transfère le patient, la prescription du service dans lequel celui-ci est transféré et la liste des médicaments pris avant l'admission afin de vérifier si toutes les adaptations apportées à la médication sont motivées par écrit, par exemple dans les documents de suivi du traitement du patient (cf. point 6.1).¹⁰

⁹ Dans ses grandes lignes, l'étape 2 du processus correspond à l'étape 3 de la vérification de la médication lors de l'admission à l'hôpital. Pour éviter les répétitions inutiles, sa description est plus succincte ici qu'au chapitre 5 (Admission).

¹⁰ L'évaluation structurée de la médication du point de vue clinique ne fait pas *expressément* partie de cette étape. Elle peut toutefois être réalisée en sus.

Les éventuelles divergences qui ne sont pas motivées par le médecin prescripteur du service dans lequel le patient est transféré seront éliminées le plus rapidement possible avec celui-ci dans le cadre d'un entretien personnel ou téléphonique.

Élimination des divergences

Les divergences peuvent résulter d'une erreur dans la documentation ou d'une erreur médicamenteuse (cf. encadré). Dans le premier cas, les motifs du changement apporté à la médication seront ajoutés dans le dossier. Dans le second, la prescription sera adaptée en conséquence; les collaborateurs concernés et le patient seront informés oralement.

<h4>— Erreur dans la documentation</h4>	
<ul style="list-style-type: none"> • Une patiente est transférée d'un service d'oncologie dans un service de soins palliatifs. Dans ce dernier, nombre des médicaments qui lui étaient jusqu'alors administrés ne lui sont plus prescrits. Interrogé à ce sujet, le médecin prescripteur déclare que la patiente ne devrait plus, compte tenu de son état, 	<p>recevoir de traitement agressif. Cette décision n'a toutefois pas été consignée.</p> <p><i>Mesure corrective:</i> Les raisons qui ont motivé l'arrêt des médicaments sont ajoutées dans le dossier de la patiente.</p>
<h4>— Erreur médicamenteuse</h4>	
<ul style="list-style-type: none"> • Un patient est transféré du service de soins intensifs dans le service de cardiologie. Dans celui-ci, le médecin lui prescrit une dose journalière d'atorvastatine de 40 mg. La comparaison avec la prescription du service de soins intensifs révèle que le patient recevait dans ce service une dose journalière de 80 mg de ce médicament. La discussion avec le 	<p>médecin prescripteur du service de cardiologie révèle que la réduction de la dose n'est pas intentionnelle.</p> <p><i>Mesure corrective:</i> La prescription du service dans lequel le patient a été transféré est adaptée (le dosage du médicament est corrigé).</p>

Encadré: Exemples de divergences (modifiés d'après (8))



7 | La vérification systématique de la médication à la sortie de l'hôpital

C Sortie

Etape 1 Etablissement de la médication de sortie

Responsable



Motiver les divergences par rapport à la médication préhospitalière



Etape 2 (facultative) Contrôle par une deuxième personne

Responsable



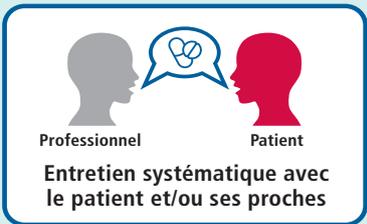
Clarifier les points en suspens

Mettre à jour la prescription/ compléter la documentation



Etape 3 Entretien avec le patient sur la médication de sortie

Responsable



Etape 4 Information des prestataires de soins

Responsable



- Médecin de famille/autres médecins
- Autre hôpital/clinique de réadaptation
- Etablissement médico-social
- Service d'aide et de soins à domicile
- Eventuellement pharmacie

7 | La vérification systématique de la médication à la sortie de l'hôpital

— Vignette

Absence de vérification de la médication à la sortie

Une patiente de 80 ans sous doxazosine (un alpha-bloquant) est hospitalisée. A l'admission, ce traitement est arrêté sans que cela soit noté dans la documentation de suivi et dans le rapport de sortie. Lorsque la patiente quitte l'hôpital, le médecin de famille lui prescrit à nouveau le médicament. L'octogénaire développe une hypotension orthostatique avec une baisse significative de la pression artérielle (64).

Les différentes étapes de la vérification de la médication à la sortie doivent s'insérer dans un programme interne global de gestion des sorties qui repose sur une planification à long terme du départ du patient et une collaboration soigneusement coordonnée de tous les professionnels impliqués. Les procédures et les prestations existantes, telles des formations destinées aux patients, doivent être prises en compte lors de la définition des processus à mettre en place.

La vérification systématique de la médication à la sortie de l'hôpital garantit la continuité du traitement médicamenteux. L'hôpital joue un rôle essentiel dans ce processus en veillant à ce que les soins se poursuivent de manière appropriée après que le patient a quitté l'établissement. Compte tenu des durées d'hospitalisation toujours plus courtes, cet élément est appelé à prendre une importance croissante. Il est dès lors indispensable que les adaptations apportées au traitement médicamenteux à la suite de l'hospitalisation, de même que les raisons de ces changements, soient communiquées au patient et aux prestataires de soins qui prennent le relais.

La vérification systématique de la médication à la sortie de l'hôpital comprend les étapes suivantes (cf. graphique C Sortie):¹¹

- Etape 1: Etablissement de la médication de sortie
- Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne
- Etape 3: Entretien avec le patient sur la médication de sortie
- Etape 4: Information des prestataires de soins

Important Ici encore, il est essentiel que les personnes responsables notent dans le dossier du patient que les étapes du processus qui ont été définies sont bien terminées.

Les quatre étapes de la vérification systématique de la médication sont présentées en détail ci-après.

¹¹ Une vue d'ensemble des différentes étapes du processus de vérification systématique de la médication à l'admission, lors de transferts internes et à la sortie de l'hôpital figure à l'annexe 1 (p. 71 et suiv.), avec les graphiques ad hoc.

7 | 1 | Etape 1: Etablissement de la médication de sortie

Objectif Etablir systématiquement, avant le départ du patient, la liste des médicaments à prendre après la sortie de l'hôpital (médication de sortie) sur la base de la liste dressée à l'admission et de la médication hospitalière actuelle; signaler clairement et motiver les changements apportés au traitement par rapport à la médication préhospitalière.

La médication de sortie comprend tous les médicaments que le patient devra prendre après son départ de l'hôpital. La liste de ces préparations fait habituellement partie du rapport de sortie établi par l'équipe médicale et soignante, qui comprend encore d'autres données (informations sur le diagnostic, déroulement de l'hospitalisation, points particuliers concernant les soins, etc.).

Le médecin prescripteur ou le médecin traitant à l'hôpital est responsable d'établir la médication de sortie. Pour ce faire, il doit connaître parfaitement l'état et les antécédents médicaux du patient ainsi que le déroulement de son séjour à l'hôpital.

7 | 1 | 1 | Déroulement

En établissant la liste des médicaments à prendre après la sortie, le médecin chargé de cette étape vérifie et détermine systématiquement:

- a) si des traitements médicamenteux prescrits durant le séjour hospitalier doivent être poursuivis, arrêtés ou modifiés;
- b) si certains médicaments de la liste établie à l'admission dont la prise a été suspendue ou arrêtée doivent être repris;
- c) si de nouveaux médicaments sont à prendre après la sortie.

Pour ce faire, le médecin tient compte de l'évolution probable de la maladie ou du processus de rétablisse-

ment escompté ainsi que du secteur dans lequel le patient sera pris en charge lorsqu'il quittera l'hôpital.

Lorsqu'un médicament a été remplacé par une préparation figurant dans l'assortiment de l'hôpital durant le séjour, il convient, dans la mesure du possible, de prescrire à nouveau le médicament initial. Cela favorise l'adhésion au traitement et accroît la sécurité, car le patient reconnaît ses médicaments et sait comment les prendre. Par ailleurs, cela évite le gaspillage. Il est toutefois fondamental de vérifier avec le plus grand soin que la reprise de la médication préhospitalière n'entraîne pas une double administration involontaire de médicaments avec la même substance active ou une substance active similaire.

7 | 1 | 2 | Etablissement de la documentation et motivation des changements apportés à la médication

La médication de sortie fait l'objet d'une documentation exhaustive, standardisée et comprenant toutes les indications importantes; la documentation comportera donc au minimum le nom de la préparation/la substance active, le dosage, la forme galénique et la posologie.

Les informations ci-après figureront sur la liste des médicaments à prendre après la sortie:

- médicaments nouvellement prescrits pendant le séjour à l'hôpital;
- médicaments pris avant l'admission à ne plus prendre;
- médicaments pris avant l'admission dont l'administration est modifiée (changement de dosage);
- préparations originales remplacées par un générique et vice-versa;
- médicaments nouvellement prescrits à la sortie;
- remarques éventuelles (p. ex. prise de préparations délivrées sans ordonnance).

Le cas échéant, la liste des changements apportés au traitement médicamenteux peut être établie par une personne autre que le médecin prescripteur, par exemple un pharmacien clinicien; elle fait alors partie de l'étape 2 (contrôle effectué par une deuxième personne).

7 | 2 | Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne

Objectif Identifier et éliminer les éventuelles divergences subsistant entre la liste des médicaments pris avant l'admission, la prescription médicamenteuse avant la sortie et la liste des médicaments à prendre après la sortie.

Cette étape est réalisée le plus tôt possible après l'établissement de la liste des médicaments à prendre après la sortie. Elle est confiée à un médecin ou un collaborateur *autre* que le médecin prescripteur. Le contrôle par une deuxième personne revêt une importance encore plus grande à la sortie de l'hôpital qu'à l'admission ou lors de transferts internes, car les éventuelles erreurs sur la liste de médicaments risquent d'être décelées moins rapidement (cf. aussi point 5.3, p. 38).¹²

7 | 2 | 1 | Qui effectue le contrôle?

Comme à l'admission et lors de transferts internes, la personne qui procède à la vérification de la médication au moment de la sortie doit disposer de certaines connaissances et compétences (cf. points 5.3.1, p. 38 et 6.2.1, p. 43), à savoir:

- posséder des connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments (substances actives, indications, dosages appropriés);
- connaître l'état médical du patient;
- connaître les difficultés que peut soulever l'établissement de la médication de sortie et les erreurs typiques qui peuvent se produire (p. ex. omission involontaire de médicaments dont la prise a été suspendue durant l'hospitalisation pour des raisons dûment motivées et à reprendre après la sortie, poursuite non intentionnelle d'un traitement médicamenteux qui n'était nécessaire que durant l'hospitalisation et à arrêter après la sortie (p. ex. prévention des ulcères, somnifères), préparations originales remplacées durant le séjour par des médicaments figurant dans l'assortiment de l'hôpital et non reprises à la sortie);

- être capable de contrôler les documents de façon précise et d'identifier les divergences entre ceux-ci;
- avoir le sens de la communication et du travail en équipe;
- faire preuve de ténacité.

7 | 2 | 2 | Déroutement

Le contrôle se déroule selon les modalités décrites aux chapitres 5 et 6 (cf. points 5.3.2, p. 38 et 6.2.2, p. 43):

En comparant la liste des médicaments pris avant l'admission, la médication administrée à l'hôpital avant la sortie et la liste des médicaments à prendre après la sortie, la personne chargée du contrôle vérifie encore une fois si tous les changements apportés au traitement médicamenteux préhospitalier sont documentés et motivés.¹³

Les divergences non motivées par le médecin prescripteur doivent être éliminées au plus vite avec celui-ci, que ce soit dans le cadre d'un entretien personnel ou par téléphone. Les points en suspens doivent être tirés au clair avant l'entretien avec le patient (étape 3) et avant la transmission de l'information aux prestataires de soins qui prennent le relais (étape 4).

Elimination des divergences

Ici encore, les divergences peuvent résulter d'erreurs au niveau de la documentation ou d'erreurs médicamenteuses (cf. encadré, p. 50). Dans le premier cas, la raison du changement apporté au traitement médicamenteux sera ajoutée sur la liste des médicaments à prendre après la sortie; dans le second, la médication de sortie sera corrigée comme il se doit.

¹² Dans ses grandes lignes, l'étape 2 du processus correspond à l'étape 3 de la vérification de la médication lors de l'admission et à l'étape 2 lors de transferts internes. Pour éviter les répétitions inutiles, sa description est plus succincte ici qu'au chapitre 5 (Admission).

¹³ L'évaluation structurée de la médication du point de vue clinique ne fait pas *expressément* partie de cette étape. Elle peut toutefois être réalisée en sus.

— Erreur dans la documentation

- Avant son hospitalisation, un patient prend quotidiennement du ramipril (un inhibiteur de l'ECA) 5 mg par voie orale. A sa sortie de l'hôpital, le médecin prescripteur augmente le dosage quotidien à 7,5 mg par voie orale. Le changement de dosage n'est pas motivé sur la liste des médicaments à prendre après la

sortie. La discussion avec le médecin montre que celui-ci a augmenté le dosage parce que la tension artérielle du patient n'était pas encore normalisée.

Mesure corrective: Le motif du changement de dosage est noté sur la liste des médicaments à prendre après la sortie.

— Erreur médicamenteuse

- A la suite d'une thrombose veineuse profonde survenue à l'hôpital, une patiente se voit prescrire à l'hôpital un traitement anticoagulant (Marcoumar 3 mg par voie orale) pour stabiliser son état. A sa sortie, le dosage quotidien indiqué est de 1,5 mg. Les rensei-

gnements pris auprès du médecin prescripteur montrent que le dosage a été diminué de façon non intentionnelle.

Mesure corrective: La liste des médicaments à prendre après la sortie est corrigée (Marcoumar 3 mg à prendre tous les jours).

Encadré: Exemples de divergences (modifiés selon (8))

7 | 3 | Etape 3: Entretien avec le patient sur la médication de sortie

Objectif S'assurer que le patient et/ou ses proches ont compris le traitement médicamenteux à suivre après la sortie, en particulier les modalités de prise des médicaments, les indications et les effets secondaires possibles; les informer des changements apportés à la médication préhospitalière et des raisons de ces changements.

Une communication appropriée avec le patient, qui lui fournit systématiquement des informations claires sur sa médication, favorise l'adhésion au traitement et le succès de la thérapie. Elle contribue ainsi à éviter les problèmes liés aux médicaments après la sortie de l'hôpital (43). Cette question mérite qu'on lui accorde nettement plus d'attention et de moyens que ne le font actuellement de nombreuses institutions. Une enquête internationale récente a en effet révélé que près d'un cinquième des personnes interrogées en Suisse ont déclaré n'avoir pas été suffisam-

ment informées sur leurs médicaments à leur sortie de l'hôpital et près de la moitié ont indiqué qu'elles n'avaient pas reçu d'informations écrites sur le traitement à leur départ de l'établissement hospitalier (65).

L'entretien avec le patient sur la médication de sortie ne vise pas seulement à l'informer; il doit aussi lui fournir des instructions sur la façon de prendre et d'utiliser ses médicaments, le but étant l'autonomisation (*empowerment*) du patient et/ou de ses proches.

Il arrive que le patient ne soit pas en mesure d'enregistrer toutes les informations ou de prendre ses médicaments correctement seul, que ce soit pour des raisons d'ordre cognitif, linguistique, culturel ou autres. Il convient par conséquent d'identifier au préalable les personnes à informer et à inviter à l'entretien: le patient, bien sûr, mais par exemple aussi sa compagne/son compagnon, des membres de sa famille ou les personnes qui s'occupent de lui, voire un interprète (cf. point 7.3.2). Cette question doit être réglée lors de la planification de l'entretien.

Les patients (ou leurs proches) dont la prise en charge médicamenteuse est assurée par une institution de soins de longue durée ou un service d'aide et de soins à domicile sont eux aussi associés à l'étape 3. Par ailleurs, il convient de veiller à ce que les professionnels responsables de la médication du patient soient dûment informés; le cas échéant, les informations écrites seront complétées par des indications orales (cf. étape 4). Selon les cas, il peut aussi être judicieux d'inviter à l'entretien un membre de l'équipe soignante qui assurera le suivi après la sortie (p. ex. une personne du service d'aide et de soins à domicile).

Il convient de prévoir suffisamment de temps pour l'entretien afin que le patient et/ou ses proches puissent réellement enregistrer et comprendre les informations. Des informations écrites sur la médication de sortie aident à structurer l'entretien et permettent au patient d'avoir toutes les indications nécessaires sous la main par la suite.

7 | 3 | 1 | Qui réalise l'entretien?

L'entretien peut être mené par le médecin traitant à l'hôpital ou par une autre personne désignée par l'établissement (p. ex. autre médecin, pharmacien clinicien ou membre du personnel soignant). Comme lors de l'entretien avec le patient réalisé dans le cadre de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, il est essentiel que les personnes responsables soient formées en conséquence, qu'elles procèdent de façon systématique et qu'elles s'acquittent de leur travail de manière consciencieuse et responsable.

La personne qui réalise l'entretien avec le patient doit disposer de connaissances et de compétences spécifiques, à savoir:

- connaître le domaine des médicaments (substances actives, indications, dosages appropriés);
- connaître l'état médical du patient;
- être capable d'identifier l'interlocuteur approprié (patient et/ou proches);
- être à même de communiquer en tenant compte des besoins et des capacités du patient (compréhension, niveau de formation, maîtrise de la langue, connaissances générales);
- être capable d'utiliser la méthode dite du *teach back* (cf. point 7.3.2);

- faire preuve de ténacité pour s'assurer que le patient a compris toutes les informations importantes;
- être capable de répondre en détail aux questions du patient.

7 | 3 | 2 | Déroulement

La médication de sortie fait l'objet d'une discussion méthodique avec le patient et/ou ses proches. Il est recommandé d'utiliser un guide écrit pour garantir l'exhaustivité et la qualité de l'entretien. Le patient recevra les informations sur les médicaments à prendre par écrit, idéalement sous une forme adaptée à ses besoins et à ses capacités (cf. point 7.3.3). Ces informations écrites servent de base de discussion.

L'entretien porte sur les aspects suivants:

- Changements apportés à la médication préhospitalière avec la raison de ces adaptations.
- Indications, modalités et moment de la prise, effets secondaires possibles (l'accent étant mis sur les nouveaux médicaments).
- Points particuliers à prendre en compte et personne/service à qui s'adresser en cas de problème ou de questions.
- Capacité du patient à se procurer les médicaments (a-t-il la possibilité de se rendre à la pharmacie?, p. ex.), car la continuité du traitement doit être assurée juste après la sortie.
- Difficultés, considérations ou obstacles susceptibles d'empêcher le patient de se conformer au plan de médication (problèmes d'adhésion).
- Médicaments particuliers, applications ou moyens auxiliaires spécifiques (dosage de médicaments liquides, applications spécifiques telles que patchs, inhalateurs ou médicaments injectables, utilisation d'aides de dosage, p. ex. pilulier semainier). Durant l'entretien, on s'assurera que le patient en maîtrise le maniement; le cas échéant, il devrait avoir reçu des instructions au préalable.
- Informations sur les personnes à qui la liste des médicaments à prendre après la sortie sera envoyée; on demandera au patient si certains prestataires de soins manquent sur cette liste.
- Questions du patient (absence d'un médicament sur la liste, p. ex.).
- Importance de tenir une liste de médicaments à jour et de l'apporter chez le médecin et à la pharmacie; attirer éventuellement l'attention du patient sur des modèles possibles de listes.

L'entretien se déroulera dans un endroit tranquille où l'intimité du patient est respectée. Les interruptions et les dérangements sont à éviter, car ils entraînent un risque d'erreurs et de lacunes au niveau des informations et réduisent l'importance accordée à l'entretien. Il est essentiel de formuler les informations dans un langage que le patient comprend; on évitera par conséquent le jargon médical. Parallèlement, il convient de considérer le patient comme un partenaire et d'attirer son attention sur les risques liés aux erreurs médicamenteuses. C'est là le seul moyen de garantir qu'il assume la responsabilité de son traitement.

Autres points importants pour la réussite de l'entretien

Technique d'entretien dite du *teach back*

Pour s'assurer que le patient a correctement enregistré les informations et l'aider à retenir les points essentiels, on lui demande de les reformuler en utilisant ses propres mots. Pour que cette méthode soit efficace, le patient ne doit surtout pas avoir l'impression d'être soumis à un interrogatoire.

Quelques conseils utiles:

- Montrer que l'emploi de cette technique est tout à fait usuel: «Étant donné qu'il peut y avoir des malentendus et qu'il est extrêmement important pour nous de nous assurer que vous avez tout compris, nous demandons à tous les patients de répéter les informations en utilisant leurs propres mots.»
- Prendre la responsabilité sur soi en tant que professionnel: «Je veux être sûr que je vous ai tout expliqué de manière à ce que vous puissiez le comprendre.»
- Se montrer spécifique: «Lorsque vous serez chez vous demain, quelle dose d'insuline allez-vous vous injecter?», «Comment utilisez-vous le nouvel inhalateur, pourriez-vous me le montrer?» «Quels changements avons-nous apportés à votre traitement médicamenteux?», etc.
- Pour conclure: «Quelles questions souhaitez-vous encore me poser?» (et non «Avez-vous encore des questions?»)

Barrières linguistiques

Sécurité des patients Suisse a effectué une enquête auprès des pharmacies d'officine sur les conseils prodigués aux patients de langue et/ou de culture étran-

gères. Selon cette étude, les pharmaciens interrogés estiment que la sécurité du traitement médicamenteux est menacée pour ce groupe de personnes (66). Il est par conséquent absolument essentiel de surmonter la barrière de la langue lors de l'entretien de sortie. En présence d'un patient allophone, il convient de faire appel à un interprète, de préférence professionnel vu la complexité des informations à transmettre (cf. point 5.1.4, p. 32 et suiv.). Les dispositions nécessaires doivent être prises à l'avance, lors de la planification de l'entretien.

7 | 3 | 3 | Listes de médicaments adaptées aux besoins et aux capacités des patients

Une liste de médicaments (aussi appelée plan de médication, carte de traitement médicamenteux ou passeport médical) adaptée aux besoins et aux capacités du patient est bien structurée, complète, lisible et claire, et contient toutes les informations importantes. Elle doit comporter les mêmes renseignements que ceux fournis oralement. Voici les principaux points à respecter au niveau de la forme et du contenu:

- emploi d'un langage compréhensible pour le patient;
- présentation standardisée;
- structure adaptée au patient, mise en relief des principales informations (p. ex. nom des préparations et dose);
- indications claires et explicites concernant le dosage et le moment de la prise;
- mention des indications (veiller à utiliser des termes aisément compréhensibles);
- pas d'abréviations pharmaceutiques (souvent en latin);
- typographie: police de caractère suffisamment grande et lisible (sans empattement, p. ex.);
- textes toujours écrits dans le même sens (pas de textes écrits verticalement).

Il convient de tenir compte des facteurs qui pourraient entraver la compréhension tels que langue étrangère ou analphabétisme. Lorsque le patient est de langue étrangère, on devrait, dans l'idéal, envisager une traduction écrite (il reste encore beaucoup à faire pour mettre en place des instruments appropriés dans ce domaine!).

7 | 4 | Etape 4: Information des prestataires de soins

Objectif Porter à la connaissance des prestataires de soins qui assurent le suivi du patient la médication de sortie, les changements apportés au traitement médicamenteux préhospitalier et les raisons de ces changements.

En donnant aux prestataires de soins qui prendront le relais à la sortie de l'hôpital des informations complètes par écrit, on contribue à garantir la continuité du traitement aux points de transition du parcours de soin. Il s'agit d'aider le patient à respecter le plan de médication et d'éviter les malentendus ou les interprétations erronées. Lorsque les prestataires de soins qui assurent le suivi ne sont pas suffisamment informés et ne sont pas, en particulier, mis au courant des changements apportés au traitement médicamenteux, ils risquent de modifier encore une fois la médication et de ne plus prescrire ou administrer de nouveaux médicaments pourtant nécessaires. Si l'hôpital remet au patient une liste spécifique de médicaments, il devrait transmettre ce document aux prestataires de soins qui prennent le relais en plus de la liste des médicaments à prendre après la sortie.

Selon la situation, les prestataires de soins qui prennent le relais sont:

- médecin de famille/autres médecins traitants;
- autre hôpital/clinique où le patient est transféré (p. ex. clinique de réadaptation);
- établissement médico-social;
- service d'aide et de soins à domicile;
- pharmacie habituelle du patient.

Une fois que la liste des médicaments à prendre après la sortie a été établie, contrôlée pour vérifier qu'elle ne présente pas de divergences non motivées avec la médication préhospitalière et discutée avec le patient, elle devrait être transmise le plus vite possible aux prestataires de soins qui prennent le relais. Etant donné que la liste fait souvent partie intégrante du rapport de sortie plus détaillé, il s'écoule généralement quelques jours avant qu'elle ne soit envoyée avec le document définitif. Il convient par conséquent de s'assurer que les prestataires de soins qui s'occupent du patient directement ou peu après la sortie

de l'hôpital reçoivent les informations relatives à la médication de sortie avant l'envoi du rapport définitif. Il est recommandé d'expédier la liste de médicaments à prendre après la sortie le jour du départ du patient, de préférence par courriel sécurisé, ou encore par fax (attention, taux d'erreur élevé!) ou courrier A. La transmission peut par exemple se faire dans le cadre d'un bref rapport de sortie provisoire. Si la liste est transmise séparément (ce qui est plutôt inhabituel), il convient d'indiquer que le rapport provisoire de sortie suit sous peu. Il est également possible de charger le patient de remettre la liste aux prestataires de soins, p. ex. s'il a un rendez-vous chez son médecin de famille dans les jours qui suivent. On lui fournira pour ce faire une copie supplémentaire.

Il peut également s'avérer judicieux de transmettre la médication de sortie aux services concernés avant le départ du patient. Les institutions qui assurent le suivi, tels les établissements médico-sociaux, pourront ainsi s'organiser pour se procurer les médicaments nécessaires et garantir la continuité du traitement. Dans ce cas, on veillera à envoyer par la suite une liste actualisée au cas où des adaptations auraient été faites dans l'intervalle.

L'hôpital fixe clairement qui reçoit quels documents, à quel moment et sous quelle forme. Ces informations doivent être intégrées dans le processus de gestion des sorties.



8 | La vérification systématique de la médication – mise en œuvre efficace

8 | La vérification systématique de la médication – mise en œuvre efficace

La vérification systématique de la médication en milieu hospitalier est un processus complexe, à la fois interdisciplinaire et interprofessionnel, qui intervient à différents stades du séjour à l’hôpital: il commence au moment de l’admission pour se terminer à la sortie. Sa mise en œuvre efficace exige une planification, une surveillance ainsi que des ressources suffisantes, et passe par une motivation et une formation appropriées des collaborateurs concernés.

Une vérification de la médication n’est efficace que lorsqu’elle est mise en œuvre de façon rigoureuse. Il serait ainsi faux de la considérer et de l’exécuter comme une banale activité administrative. Elle constitue au contraire un processus qui, réalisé consciencieusement et axé sur le patient, contribue à une gestion optimale de la médication (14).

La marche à suivre décrite dans ce chapitre se fonde sur les recommandations de guides publiés dans des pays qui possèdent une longue expérience en la matière de mise en place et d’application de la vérification systématique de la médication (cf. point 4.2, p. 16 et suiv.). Elle tient également compte des connaissances issues de projets suisses allant dans le même sens et s’inspire, de manière générale, des recommandations usuelles pour les projets de promotion de la qualité.

La conception et la structure de ce chapitre s’inspirent du cycle d’Edwards Deming, plus connu sous le nom de roue de Deming ou de cycle PDCA (pour *Plan, Do, Check and Act* soit planifier, réaliser, contrôler et agir), largement utilisé en gestion de la qualité (67) (cf. figure 5).

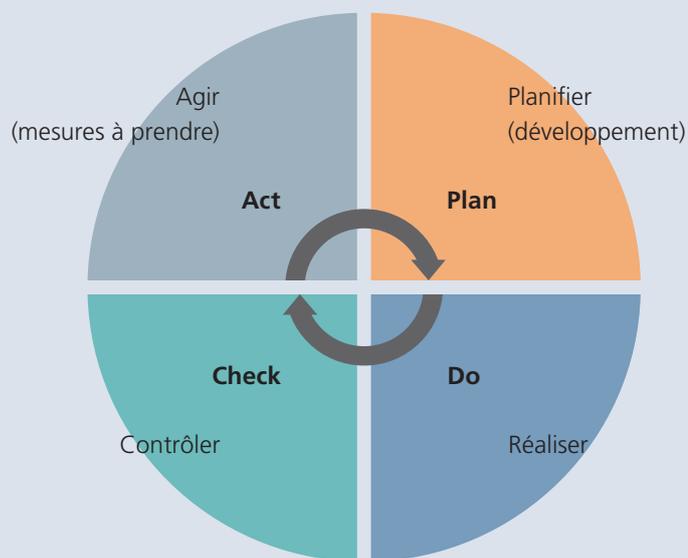


Figure 5: Cycle PDCA – Source: Deming (1900-1993)

8 | 1 | Planifier (Plan)

La planification doit tenir compte du fait que le cycle PDCA vise une amélioration constante: le changement global est planifié de manière à suivre des étapes mûrement réfléchies, de sorte que le cycle PDCA s'applique de manière récurrente pour étendre le champ d'application et améliorer l'efficacité du processus.

Au cours de la planification, il importe de tenir compte des points ci-après:

- planifier l'application par étapes;
- instituer un groupe de projet interprofessionnel;
- s'assurer le soutien de la direction de l'hôpital et des cadres hospitaliers;
- définir les objectifs, le calendrier (avec des échéances) et les ressources;
- analyser les processus existants et définir les processus à mettre en place.

8 | 1 | 1 | Planifier l'application par étapes

Dans les pays possédant une longue expérience en la matière, on recommande d'instaurer la vérification systématique de la médication par étapes: le processus est tout d'abord mis en place dans un cercle restreint et progressivement amélioré; ce n'est qu'ensuite que le champ d'application sera élargi.

Restreindre le champ d'application dans un premier temps permet de:

- réaliser des essais à petite échelle pour en tirer les leçons;
- réunir un savoir-faire utile pour l'élargissement ultérieur du champ d'application;
- préserver les ressources (personnel et temps);
- garder une vue d'ensemble qui facilite le pilotage du projet.

Diverses options existent pour limiter le champ d'application, qui peuvent de plus se combiner. Il importe cependant de pouvoir engranger un nombre suffisant d'expériences. Il ne serait guère judicieux de définir des limites trop nombreuses et trop compliquées.¹⁴

a. Limiter la vérification de la médication à certaines interfaces (admission, transferts internes, sortie)

Comme expliqué au chapitre 5, la vérification systématique de la médication revêt une importance essentielle au moment de l'admission à l'hôpital, car elle pose les bases de toutes les étapes ultérieures. Sa mise en place doit donc toujours commencer au stade de l'admission ou du moins inclure cette étape. Pour que le processus déploie une efficacité maximale, le but reste néanmoins de l'appliquer jusqu'à la sortie de l'hôpital.

b. Limiter la vérification de la médication à certains services ou unités organisationnelles

Dans un premier temps, il est possible de mettre en place la vérification systématique de la médication uniquement dans certains services ou unités organisationnelles. Pour déterminer par quelle unité commencer, il faut tenir compte des facteurs ci-après:

- volonté des responsables et des collaborateurs, intérêt pour la vérification de la médication, culture du travail en équipe et de la gestion de projet;
- souplesse nécessaire et ouverture à l'innovation;
- ressources à disposition;
- possibilité d'utiliser l'unité comme modèle pour étendre le processus par la suite.

c. Limiter la vérification de la médication à certains groupes de patients

Il est possible de limiter la vérification systématique de la médication à certains patients bien précis, tels les patients de plus de 65 ans, les patients dont l'admission est planifiée ou ceux qui sont admis en urgence. Le cas échéant, on peut restreindre encore le champ d'application en considérant les groupes choisis uniquement dans certaines unités de soins (p. ex. uniquement les patients de plus de 65 ans dans le service X).

Autre possibilité: limiter la vérification systématique de la médication aux groupes de patients qui présentent un risque accru de problème médicamenteux aux points de transition du parcours de soins.

Voici les facteurs que la littérature spécialisée définit

¹⁴ Il est également possible de recourir à des critères limitatifs lorsque les ressources disponibles dans les hôpitaux obligent à restreindre à plus ou moins long terme le champ d'application de la vérification systématique de la médication. Quoi qu'il en soit, il importe toujours de viser à appliquer cette vérification jusqu'à la sortie de l'hôpital (cf. a).

comme susceptibles d'accroître le risque d'événement médicamenteux indésirable aux points de transition (9):

- âge: supérieur à 65 ans;
- polypharmacie:
 - nombre élevé de médicaments (≥ 10 p. ex.) ou
 - nombre élevé de modification de la médication durant le séjour hospitalier;
- médicaments à haut risque ≥ 3 ;
- comorbidités ≥ 3 ;
- vulnérabilité globale des patients (patients qui rencontrent des problèmes dans les activités de la vie quotidienne, souffrent d'un handicap cognitif, parlent une langue étrangère ou connaissent peu ou mal les traitements médicamenteux);
- recours fréquent aux prestations de soins (p. ex. plus de deux médecins traitants en ambulatoire, plus de dix consultations médicales durant l'année écoulée).

Opérer une distinction entre patients à haut risque et patients à risque moyen ou faible permet de

- tenir compte des patients les plus vulnérables;
- optimiser le rapport coût-utilité: il est plus efficace d'utiliser les ressources de manière ciblée que d'«arroser» l'ensemble des patients et de l'établissement, d'où
 - augmentation des effets pouvant être démontrés;
 - renforcement de la motivation et du pouvoir de persuasion pour élargir par la suite le champ d'application.

En limitant la vérification de la médication aux admissions planifiées, on peut appliquer le processus normal lors de l'entrée à l'hôpital: avant l'hospitalisation, on peut alors demander aux patients d'apporter des informations sur la médication et réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse à un moment clairement défini à l'avance, voire avant l'hospitalisation, de sorte que le relevé complet des informations sera déjà disponible lors de l'établissement de la première prescription à l'hôpital.

Limiter le processus aux admissions en urgence offre la possibilité d'atteindre plutôt les patients vulnérables.

Les critères à retenir pour identifier les groupes de patients à haut risque ne font pas l'unanimité dans la littérature spécialisée, et les avis divergent également lorsqu'il s'agit d'évaluer si le fait de se limiter à ces patients produira bien l'effet escompté (cf. point 4.5, p. 21 et suiv.). De plus, la majorité des facteurs de risque mentionnés présentent le même problème pratique intrinsèque: l'identification des patients à haut risque n'est absolument sûre qu'à posteriori. Pour connaître par exemple avec précision le nombre ou le type de médicaments utilisés, il faut disposer au préalable d'une anamnèse médicamenteuse détaillée. Soumettre certains groupes de patients à des processus différents au sein d'un même service peut en outre compliquer la gestion des soins. Dans ce cas, il faudrait définir clairement des processus distincts et veiller à leur bonne application, ce qui peut poser des problèmes au niveau de la délimitation.

Pour ces diverses raisons, Sécurité des patients Suisse recommande de renoncer si possible à limiter le processus à des groupes de patients particuliers.

8 | 1 | 2 | S'assurer le soutien de la direction de l'hôpital et des cadres hospitaliers

Comme dans tous les projets de promotion de la qualité, il est essentiel que les responsables administratifs et scientifiques soutiennent et encouragent activement les mesures prévues et leur mise en œuvre. Le projet faisant intervenir plusieurs groupes professionnels, l'implication des responsables de toutes ces professions (corps médical, personnel soignant, pharmacie, gestion de la qualité et des risques) est aussi indispensable que celle de la direction administrative. Le groupe de projet devrait informer à intervalles réguliers la direction et les cadres hospitaliers de l'avancement du projet et des succès obtenus. Le soutien manifeste des responsables renforce la motivation des collaborateurs. Il contribue en outre à surmonter les obstacles et à dégager les ressources nécessaires.

Afin de gagner la direction à la cause du projet, il faut mettre en évidence l'ampleur du problème que constitue la sécurité de la médication aux interfaces et le potentiel que recèle la vérification systématique de la médication. Pour ce faire, on peut s'appuyer par exemple sur les données épidémiologiques et des cas marquants dans l'hôpital. Il peut par ailleurs s'avérer utile de présenter les économies qu'il serait possible de réaliser. A ce propos, il vaut la peine de mettre les ressources à investir dans le projet en relation avec les coûts potentiellement élevés d'événements médicamenteux indésirables lors d'une hospitalisation ou d'une réadmission liée à de tels événements. Le manuel de l'étude MARQUIS explique comment procéder à ce calcul (9).

Pour chaque groupe professionnel, l'hôpital devrait désigner un « ambassadeur » – un leader d'opinion reconnu au sein de l'établissement – qui sert de modèle aux collaborateurs (*clinical champion* en anglais). Ces ambassadeurs assumeront un rôle actif et décisif dans la mise en place de la vérification systématique de la médication en soutenant et en encourageant clairement son application correcte.

8 | 1 | 3 | Instaurer un groupe de projet interprofessionnel

Le succès de la vérification systématique de la médication passe par un travail d'équipe et par la collaboration de divers groupes professionnels. Dans l'idéal, le groupe de projet devrait réunir ou faire régulièrement intervenir dans ses travaux aussi bien des personnes occupant une fonction de cadre que des collaborateurs chargés d'appliquer le processus au quotidien.

Le groupe de travail se compose des représentants de tous les groupes professionnels intervenant dans le processus, à savoir:

- les médecins;
- les membres du personnel soignant;
- les pharmaciens d'hôpital (si l'hôpital en emploie);
- les personnes en charge de la gestion de la qualité et du risque.

Le cas échéant, il devrait aussi inclure un représentant du service informatique et/ou des services de la formation continue ou de la communication. A défaut, il devrait au moins prévoir une coopération avec ces services ou leurs spécialistes.

Un membre du groupe de projet assume le rôle de chef de projet. Il dirige le groupe, coordonne les travaux au sein de l'établissement et assure la liaison avec la direction de l'hôpital.

8 | 1 | 4 | Définir les objectifs, le calendrier et les ressources

Pour mettre en place la vérification systématique de la médication, il est recommandé de recourir aux outils et aux manières de procéder en usage dans la gestion de projets. Quelques aspects particulièrement importants de la planification sont commentés ci-après.

Objectifs du projet

Les objectifs doivent être précis et mesurables, et réalisés dans des délais clairement définis. Exemple: « Jusqu'au 30 septembre 2015, le service de médecine interne aura organisé un entretien structuré sur la médication de sortie avec 90% des patients sur le point de quitter l'hôpital. »

La réalisation de l'objectif doit être vérifiée. Le point 8.3 (p. 62 et suiv.) fournit des indications sur la collecte des données.

Questions à régler lors de la planification

Lors de la planification, il convient de tirer au clair les questions suivantes:

- Quels collaborateurs participent à la mise en place du processus? Quels sont leurs rôles et leurs responsabilités?
- Quels canaux peuvent être utilisés pour la communication et la diffusion de connaissances?
- Quand et comment convient-il de collecter les données et de les évaluer? Qui se charge de cette tâche?
- Quelles adaptations est-il nécessaire d'apporter aux instruments ou à la documentation (telle la liste des médicaments pris avant l'admission)? Combien de temps faut-il prévoir pour tester des systèmes électroniques avant de mettre le processus en place (cf. point 8.1.5, p. 60)?

Ressources

Des ressources doivent être prévues, en particulier pour assurer les activités ci-après:

- vérification systématique de la médication: d'après

les estimations, la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible exige en moyenne 10 à 20 minutes selon les sources utilisées; il faut compter davantage en fonction du type de documents à disposition;

- mise en place du processus: il faut accorder le temps nécessaire aux membres du groupe de projet pour mener les diverses activités (organisation et tenue de cours de formation, adaptation des documents existants), ainsi qu'aux collaborateurs pour suivre la formation requise et appliquer les instructions, etc.;
- collecte et évaluation des données.

8 | 1 | 5 | Analyser les processus existants et définir les processus à mettre en place

Le groupe de projet analyse le système de vérification de la médication en place et le représente sous forme de diagramme. Cette analyse peut déboucher sur des résultats surprenants et avoir un effet stimulant, car elle amène à faire toutes sortes de constats: méthodes inefficaces, travail à double, manque de consensus concernant les processus en place, compétences mal définies, possibilités de simplifier ou d'optimiser des processus dont la complexité n'apparaissait pas d'emblée.

Voici les principales questions à se poser lors de l'analyse des processus:

- Quelles étapes du processus ont été réalisées?
- Qui les réalise? Qui en est responsable?
- A quel moment ces étapes sont-elles réalisées?
- Quelles étapes dépendent des autres et lesquelles peuvent être réalisées isolément? Quelles étapes doivent être réalisées les unes après les autres et lesquelles peuvent être réalisées en parallèle?
- A quel stade intervient la transmission d'informations ou de responsabilités d'une personne à une autre?

L'analyse des processus existants peut se limiter à la phase qui fera l'objet de la vérification systématique de la médication dans un premier temps. Si l'hôpital se limite tout d'abord aux admissions, il convient d'analyser la réalisation de l'anamnèse médicamenteuse et l'établissement de la prescription d'entrée. Ces processus étant très probablement différents pour les entrées en urgences et pour les admissions

planifiées, on établira des diagrammes distincts pour ces deux types d'admission. Il est par ailleurs utile de considérer et de représenter les processus en prenant des «cas typiques». Cette approche révélera parfois que la manière de procéder varie en fonction du type de patient au sein du même hôpital, de la même clinique ou du même service.

La représentation graphique des processus doit rester aussi simple que possible. Il existe divers types de diagrammes, l'idéal étant de s'en tenir aux préférences et aux habitudes de l'établissement. L'une des solutions consiste à utiliser un diagramme d'activités subdivisé en «couloirs», chacun de ceux-ci correspondant à une unité organisationnelle ou catégorie professionnelle (médecin, infirmier, pharmacien, p. ex.). Un tel diagramme permet de visualiser le déroulement et la répartition du processus ainsi que la transmission des informations (de gauche à droite ou du haut en bas; cf. annexe 6, p. 85).

Il convient de représenter les processus existants tels qu'ils se déroulent dans des circonstances optimales. La discussion permettra ensuite d'évoquer les étapes qui donnent parfois lieu à des erreurs, voire qui sont totalement omises, et de débattre des causes de ces problèmes. Ceux-ci révèlent des risques dont il importe de tenir particulièrement compte dans les processus à mettre en place.

Le groupe de projet trace ensuite le diagramme des processus à mettre en place pour les domaines ou les étapes où doit s'appliquer la vérification systématique de la médication. Ce faisant, les membres de l'équipe identifient les différences entre le système actuel et le système futur. Ils doivent surtout veiller à intégrer au mieux la vérification systématique de la médication dans les processus existants de gestion de la médication et de l'itinéraire clinique. Le processus à mettre en place doit être défini en tenant compte des diverses situations envisageables et des différents groupes de patients (admissions en urgence ou entrées planifiées, hospitalisation en semaine ou le week-end). Il convient de prévoir des processus différents, tout en s'efforçant de les uniformiser autant que possible. L'annexe 6 (p. 85) présente le diagramme en couloirs d'un tel processus.

Une fois que les processus à mettre en place sont représentés sous forme de diagrammes, il reste à décrire la réalisation de leurs diverses étapes sous forme de directives ou d'instructions. Celles-ci doivent définir clairement les rôles, les tâches et les responsabilités des divers intervenants.

La mise en place efficace et efficiente de la vérification systématique de la médication passe par l'intégration des différentes étapes du processus dans le système en vigueur au sein de l'hôpital.

Remarque concernant le recours aux moyens informatiques

Bien conçues, les solutions informatiques contribuent à la fiabilité, la qualité et l'efficacité de la vérification systématique de la médication (9;68). Les hôpitaux étant toujours plus nombreux à utiliser le dossier électronique du patient et des systèmes de prescription informatisée, il est judicieux d'inclure le processus de vérification dans ces systèmes. Il importe toutefois d'éviter la coexistence de deux systèmes parallèles (l'un sur papier, l'autre informatisé), tout en sachant qu'elle est inévitable durant la phase de transition.

Voici quelques exemples qui illustrent comment de bonnes solutions informatiques apportent un appui utile à la vérification systématique de la médication:

- Echange d'informations sur la médication avec des prestataires externes (cybersanté): il facilite la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible et l'établissement d'une liste fiable des médicaments pris avant l'admission; il simplifie également la transmission de la liste des médicaments à prendre après la sortie aux prestataires qui prennent le relais.
- Transfert, d'un simple «clic», des médicaments sélectionnés depuis la liste des médicaments pris avant l'admission vers la prescription d'entrée ou la liste de médicaments à prendre après la sortie: ce système évite les erreurs de retranscription et accroît l'efficacité.
- Information sur la suite du traitement pour chaque préparation figurant dans la liste des médicaments pris avant l'admission: cela réduit le risque de divergence et accroît l'efficacité de la vérification.
- Mise en parallèle de la liste des médicaments pris avant l'admission et de la médication prescrite à l'hôpital, avec mise en évidence automatique des divergences: ce système facilite la comparaison des deux documents.
- Automatisation de l'établissement de la médication de sortie et d'un plan de traitement de sortie

aisément compréhensible pour le patient.

La conception et l'intégration réussie de solutions informatiques destinées à faciliter la vérification systématique de la médication passent par une réflexion approfondie et exigent des tests poussés par les utilisateurs finaux, accompagnés d'une évaluation de la convivialité.

La publication canadienne *Boîte à outils pour le remplacement du bilan comparatif des médicaments sur papier par sa version électronique* et le manuel MARQUIS contiennent des explications détaillées sur le recours à des solutions informatiques pour procéder à la vérification systématique de la médication (9;68).

8 | 2 | Mise en œuvre (Do)

La mise en œuvre comporte les deux phases ci-après:

1. Communication et diffusion de connaissances.
2. Introduction des processus à mettre en place.

8 | 2 | 1 | Communication et diffusion de connaissances

Pour assurer une diffusion efficace des connaissances, chaque établissement doit élaborer son propre programme de communication en recourant aux canaux dont il dispose. Informer les professionnels concernés ne suffit toutefois pas pour influencer favorablement leur attitude. D'autres mesures de communication appropriées et judicieusement associées sont également nécessaires pour motiver ces professionnels, favoriser leur adhésion au projet et, surtout, modifier les normes applicables à la gestion des erreurs qui portent atteinte à la sécurité des patients.

Un programme de communication et de formation devrait comprendre les éléments essentiels ci-après:

- *Sensibilisation:* *Tout le personnel médical et soignant de l'hôpital est sensibilisé à l'importance de la vérification systématique de la médication. Cette sensibilisation doit inclure des informations sur la problématique elle-même, le projet prévu et les principales étapes de la mise en œuvre. Elle est assurée par le biais des canaux de communication internes (Intranet, bulletin d'information, etc.), mais peut aussi s'inscrire dans les séances ou les réunions auxquelles participent la direction, les cadres hospitaliers ou les «ambassadeurs». Ce travail de sensibilisation confère au projet toute l'importance requise.*
- *Formation continue:* *Le personnel médical et soignant de l'unité ou des unités organisationnelle(s) concernée(s) suit au préalable une formation continue sur l'application correcte et rigoureuse de la vérification systématique de la médication.*
- *Formation:* *Tous les professionnels qui interviennent dans la vérification systématique de la médication sont formés pour assumer les tâches relevant de leurs attributions dans ce processus. Les personnes appelées à mener l'entretien structuré avec le patient lors de son admission et/ou avant sa sortie suivent une formation pratique en petits groupes.*

Dans l'idéal, les cours devraient être multidisciplinaires, afin de favoriser une approche collaborative et de permettre à chaque membre de l'équipe de comprendre le rôle et les tâches des représentants d'autres disciplines. Ils devraient être organisés à intervalles réguliers pour éviter que les connaissances ne se perdent lors de changements de personnel.

Afin de souligner l'utilité du processus et de motiver les professionnels concernés, il vaut la peine de réunir des exemples et de faire connaître les cas où des erreurs médicamenteuses ont pu être évitées grâce à la vérification systématique de la médication.

Il importe de sensibiliser tous les acteurs du processus à l'importance et à l'utilité d'une documentation exhaustive et transparente, qui permet à tout prestataire de comprendre aisément la médication prescrite (63).

– Nota bene

Pour assurer la formation du personnel médical et soignant durant le projet d'approfondissement du programme pilote, du matériel didactique ou d'information (diapositives ou outils empruntés à d'autres pays, tels des tutoriels) sera élaboré ou réuni et mis à disposition au fur et à mesure sur le site internet de Sécurité des patients Suisse.

8 | 2 | 2 | Introduction des processus à mettre en place

La date de l'introduction des nouveaux processus sera communiquée à tout le personnel médical et soignant de l'hôpital, en particulier à celui des services impliqués dans le projet. Une première évaluation sera entreprise quelques jours ou semaines plus tard: basée sur les expériences faites jusqu'alors, elle servira à décider s'il est nécessaire d'adapter les processus et leurs instruments (tels les documents utilisés ou le guide d'entretien pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible). Il peut être intéressant de constituer une petite équipe de collaborateurs impliqués dans la mise en œuvre concrète des processus pour donner un feedback au groupe de projet.

8 | 3 | Contrôler (*Check*) et définir les mesures à prendre (*Act*)

Afin de piloter au mieux la mise en place du processus, il est recommandé de collecter régulièrement des données sur l'avancement des travaux, la réalisation des objectifs et les problèmes à surmonter. Il sera ainsi possible de prévoir des mesures appropriées pour assurer une application durable de la vérification systématique de la médication.

La transmission des résultats, issus des données collectées, aux collaborateurs et à la direction de l'hôpital compte parmi les principales mesures d'accompagnement du projet. Des moyens appropriés doivent dès lors être mis à disposition pour réunir les données nécessaires et établir les rapports correspondants. La collecte des données devrait si possible faire partie des tâches ordinaires et les informations réunies devraient être mises en relation avec les sources de données existantes.

Il est possible de mesurer les effets engendrés par l'application de la vérification systématique de la médication à l'aide de divers indicateurs. Le tableau 3 présente ceux qui sont recommandés par le projet High 5s et l'étude MARQUIS. Il importe par ailleurs d'obtenir l'avis des collaborateurs sur le nouveau système. Un sondage auprès des patients peut également fournir des informations utiles. Les patients sont en effet les seuls acteurs impliqués dans toutes les étapes du processus et constituent ainsi un facteur de succès décisif pour un changement aussi important.

— Nota bene

Dans le projet d'approfondissement progressif! La sécurité de la médication aux interfaces, qui est centré sur l'admission à l'hôpital, les collectes de données portent surtout sur le processus et comprennent les relevés suivants:

- Une fiche de suivi, remplie tout au long du processus, sert à enregistrer les paramètres relatifs à la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible (durée de l'entretien avec le patient, sources d'informations utilisées, etc.).
- Un suivi interne, réalisé rétrospectivement sur la base du dossier du patient, permet de déterminer si les exigences essentielles de la vérification systématique de la médication ont été respectées (tel l'achèvement du processus dans les 24 heures suivant l'admission).
- Des discussions en petit groupe conviennent pour recenser les expériences faites lors de l'application du processus et pour déterminer comment celui-ci est accepté par les collaborateurs, les membres du groupe de projet et, le cas échéant, d'autres responsables.

Stade auquel intervient le relevé et fonction des données

Exemples

Avant la mise en place du nouveau processus: base de référence

La mise en évidence des divergences médicamenteuses souligne la nécessité d'introduire la vérification systématique de la médication. Le relevé sert aussi de référence pour mesurer les améliorations obtenues grâce au nouveau système.

Procédure à suivre pour recueillir les données sur les divergences médicamenteuses:

1. Le médecin prescripteur réalise une anamnèse médicamenteuse de routine (cf. tableau 1, p. 27) et établit la prescription d'entrée à l'hôpital sur cette base.
2. La meilleure anamnèse médicamenteuse possible est réalisée selon le nouveau système et une liste exhaustive des médicaments pris avant l'admission est dressée. On compare la prescription d'entrée et la médication préhospitalière afin d'identifier les divergences.
3. Les divergences sont examinées avec le médecin prescripteur afin de distinguer celles qui sont intentionnelles mais non documentées de celles qui sont non intentionnelles.

	<p>4. On calcule le nombre moyen de divergences non intentionnelles par patient et on détermine le nombre de patients présentant au moins une divergence non intentionnelle.</p> <p>Pour l'échantillon, il est recommandé de prendre au moins 30 patients au hasard sur une période donnée (un mois, p. ex.).</p>
Après la mise en place: indicateurs du fonctionnement	<p><i>Indicateurs possibles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Proportion de patients hospitalisés pour lesquels une liste exhaustive des médicaments pris avant l'admission a été établie (dans les 24 heures suivant l'entrée à l'hôpital). b. Proportion de patients hospitalisés dont la prescription d'entrée a été vérifiée par comparaison avec la médication préhospitalière (étapes 1 et 2 au moins, voire aussi étape 3, du processus) dans les 24 heures suivant l'admission. c. Proportion de patients ayant quitté l'hôpital dont la médication de sortie a été vérifiée (étape 1 au moins du processus, voire étape 2).
Après la mise en place: indicateurs de résultats	<p><i>Indicateurs possibles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nombre de divergences non intentionnelles par patient lors de l'admission et au moment de la sortie. Après la vérification systématique de la médication, on réalise une fois encore, dans un souci d'excellence, la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, afin de déterminer s'il existe des divergences non motivées entre cette anamnèse et la prescription d'entrée ainsi qu'entre cette anamnèse et la médication de sortie. b. Proportion de patients sans divergence médicamenteuse non intentionnelle. c. Nombre de divergences non intentionnelles restantes par patient. Ce relevé vise à déterminer, après vérification systématique de la médication, si des divergences médicamenteuses non intentionnelles et non motivées subsistent entre la liste des médicaments pris avant l'admission et la prescription. d. Proportion de patients chez qui au moins une divergence non intentionnelle subsiste. e. Traitements prodigués à des patients admis en urgence ou réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie.

Tableau 3: Indicateurs envisageables (5;9;69¹⁵)

Étendre le processus de vérification à d'autres patients, domaines ou points de transition

Avec le temps, les nouveaux processus s'installent dans la routine et les données recueillies témoignent des progrès réalisés. Le moment est alors favorable pour élargir le champ d'application de la vérification systématique de la médication (davantage de patients dans un plus grand nombre de domaines).

A chaque élargissement successif du processus, il convient d'appliquer le cycle PDCA pour

- a) procéder rapidement à un état des lieux afin de déterminer les adaptations requises et
- b) de collecter et d'exploiter régulièrement les données afin d'améliorer sans cesse le fonctionnement du processus mis en place.

Toute extension du processus au sein d'une entité passe par une planification prospective.

¹⁵ Les sources indiquées contiennent de plus amples informations sur les grandeurs présentées ici et sur d'autres indicateurs, de même que des conseils sur la collecte des données (choix des échantillons, p. ex.).



9 | Bibliographie
10 | Glossaire

9 | Bibliographie

- (1) Office fédéral de la santé publique. Stratégie en matière de qualité dans le système de santé suisse. 2012 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L1](#)
- (2) Sécurité des patients Suisse. Programmes pilotes Sécurité des patients Suisse. progress! La sécurité de la médication aux interfaces. 2014 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L2](#)
- (3) World Health Organization. Patient safety. Action on Patient Safety - High 5s. 2014 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L3](#)
- (4) The High 5s Project. Standard Operating Protocol. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. 2014 [cited 2015 Feb 26]; Available from: [L4](#)
- (5) The High 5s Project. Implementation Guide. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. 2014 [cited 2015 Feb 26]; Available from: [L5](#)
- (6) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (IfPS) und den High 5s-Projektkrankenhäusern. Leitfaden «Bestmögliche Arzneimittelanamnese» im Rahmen der High 5s-SOP «Medication Reconciliation». 2013 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L6](#)
- (7) Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Bilan comparatif des médicaments (BCM). 2014 [cited 2014 Jun 19]; Available from: [L7](#)
- (8) Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée. Trousse en avant. 2011 [cited 2014 Aug 4]; Available from: [L8](#)
- (9) Society of Hospital Medicine. MARQUIS Implementation Manual. A Guide for Medication Reconciliation Quality Improvement. 2014 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L9](#)
- (10) Society of Hospital Medicine. Overview. Medication Reconciliation Implementation toolkit. 2014 [cited 2014 Dec 8]; Available from: [L10](#)
- (11) Agency for Healthcare Research and Quality. Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. August 2012 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L11](#)
- (12) National Prescribing Centre. Medicines Reconciliation: A Guide to Implementation. 2008.
- (13) European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. Medication Reconciliation. 2012 [cited 2014 Nov 19]; Available from: [L12](#)
- (14) Fernandes O, Shojania KG. Medication reconciliation in the hospital - what, why, where, when, who and how? *Healthcare Quarterly* 2012;15(Special Issue).
- (15) Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Le bilan comparatif des médicaments en soins à domicile. Trousse de départ. 2011 [cited 2014 Nov 17]; Available from: [L13](#)
- (16) Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée. Trousse en avant. 2012 [cited 2014 Nov 17]; Available from: [L14](#)
- (17) de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008 Jun 1;17(3): 216-23.

L1: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=fr

L2: www.patientsicherheit.ch/fr/prestations/Programmes-pilotes-progress/progress--S-curit--de-la-m-dication-aux-interfaces.html

L3: www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/

L4: www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf

L5: www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-guide.pdf

L6: www.kh-cirs.de/faelle/pdf/bestmoegliche-arzneimittelanamnese-leitfaden.pdf

L7: www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm

L8: www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_French_GSK_V3.pdf

L9: www.hospitalmedicine.org/Web/Quality___Innovation/Implementation_Toolkit/MARQUIS/Download_Manua_Medication_Reconciliation.aspx

L10: www.hospitalmedicine.org/Web/Quality___Innovation/Implementation_Toolkit/MARQUIS/Overview_Medication_Reconciliation.aspx

L11: www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/match/index.html

L12: <http://pasq.eu/Wiki/SCP/WorkPackage5ToolBoxes/MedicationReconciliation.aspx>

L13: www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_HC_French_GSK.pdf

L14: www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_LTC_French_GSK.pdf

- (18) Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009 Aug 1;21(4):285-91.
- (19) Aranaz-Andres JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-Lopez P, Limon-Ramirez R, Terol-Garcia E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health* 2008 Dec 1;62(12):1022-9.
- (20) Frank O, Hochreutener M-A. Problemfelder (Hot-Spots) in der Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung* 2008;89(24):1079-82.
- (21) Hardmeier B, Braunschweig S, Cavallaro M, Roos M, Pauli-Magnus C, Giger M, et al. Adverse drug events caused by medication errors in medical inpatients. *Swiss Med Wkly* 2004;134(45-46):664-70.
- (22) Fattinger K, Roos M, Vergeres P, Hostenstein C, Kind B, Masche U, et al. Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two swiss departments of internal medicine. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49(2):158-67.
- (23) Lepori V, Perren AF, Marone C. Unerwünschte internmedizinische Arzneimittelwirkungen bei Spitaleintritt [Adverse internal medicine drug effects at hospital admission]. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129(24):915-22.
- (24) Wasserfallen J, Livio F, Buclin T, Tillet L, Yersin B, Biollaz J. Rate, type, and cost of adverse drug reactions in emergency department admissions. *European Journal of Internal Medicine* 2001;12(5):442-7.
- (25) Davies EC, Green CF, Taylor S, Williamson PR, Mottram DR, Pirmohamed M. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. *PLoS ONE* 2009;4(2):e4439.
- (26) von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 2003 May 30;115(10):318-25.
- (27) Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279(15):1200-5.
- (28) Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013;22(10):809-15.
- (29) Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004;329(7456):15-9.
- (30) Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Annest JL. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 2006;296(15):1858-66.
- (31) Schwappach DL. Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries. *Health Expect* 2012;17(3):321-31.
- (32) Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005 Aug 30;173(5):510-5.
- (33) Hellstrom LM, Bondesson A, Hoglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol* 2012;12:9.
- (34) Frei P, Huber LC, Simon RW, Bonani M, Luscher TF. Insufficient medication documentation at hospital admission of cardiac patients: a challenge for medication reconciliation. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 2009;54(6):497-501.
- (35) Grandjean C, von Gunten V, Marty S, Meier P, Beney J. De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie: continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional suisse [Continuity of care of hospitalised patients in a Swiss regional hospital: from medication history on admission to discharge treatment]. *Journal de Pharmacie Clinique* 2009;28(3):151-6.
- (36) Pippins J, Gandhi T, Hamann C, Ndumele C, Labonville S, Diedrichsen E, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med* 2008 Sep 1;23(9):1414-22.
- (37) Buckley MS, Harinstein LM, Clark KB, Smithburger PL, Eckhardt DJ, Alexander E, et al. Impact of a clinical pharmacy admission medication reconciliation program on medication errors in «high-risk» patients. *Ann Pharmacother* 2013;47(2):1599-610.
- (38) Basey AJ, Krska J, Kennedy TD, Mackridge AJ. Prescribing errors on admission to hospital and their potential impact: a mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety* 2013 Aug 6.

- (39) Azzi M, Constantino M, Pont L, McGill M, Twigg S, Krass I. Medication Safety: an audit of medication discrepancies in transferring type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients from Australian primary care to tertiary ambulatory care. *Int J Qual Health Care* 2014 Aug 1;26(4):397-403.
- (40) Eichenberger PM, Lampert ML, Kahmann IV, van Mil JW, Hersberger KE. Classification of drug-related problems with new prescriptions using a modified PCNE classification system. *Pharmacy World and Science* 2010;32(3):362-72.
- (41) Forster A, Murff H, Peterson J, Gandhi T, Bates D. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med* 2005;20(4):317-23.
- (42) Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother* 2008 Oct;42(10):1373-9.
- (43) Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med* 2005 Sep 12;165(16):1842-7.
- (44) Harris CM, Sridharan A, Landis R, Howell E, Wright S. What happens to the medication regimens of older adults during and after an acute hospitalization? *J Patient Saf* 2013;9(3):150-3.
- (45) Tjia J, Bonner A, Briesacher B, McGee S, Terrill E, Miller K. Medication Discrepancies upon Hospital to Skilled Nursing Facility Transitions. *J Gen Intern Med* 2009 May 1;24(5):630-5.
- (46) Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: A systematic review. *Arch Intern Med* 2012 Jun 25;172(14):1057-69.
- (47) Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2013 Mar 5;158(5_Part_2):397-403.
- (48) Lehnborn EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JL. The impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 2014;48(10):1298-312.
- (49) Etchells E, Koo MF, Daneman NF, McDonald AF, Baker MF, Matlow AF, et al. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *Quality and Safety* 2012;21(6):448-56.
- (50) Sécurité des patients Suisse. Eviter les erreurs – avec votre aide. Votre sécurité à l'hôpital. 2013 [cited 2014 Dec 9];(3^{ème} édition). Available from: [L15](#)
- (51) Colquhoun M, Carthy B. Medication Reconciliation - Commitment and success. *Safer Healthcare Now! Newsletter* 2008;4(3):3-4.
- (52) Taegtmeyer A. Medikamenteninteraktionen. *Schweizerische Ärztezeitung* 2014;95(38):1406-7.
- (53) De Winter S, Spriet I, Indevuyst C, Vanbrabant P, Desruelles D, Sabbe M, et al. Pharmacist- versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5):371-5.
- (54) Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists. *Can J Hosp Pharm* 2010 Sep;63(5):359-65.
- (55) Mergenhagen KA, Blum SS, Kugler A, Livote EE, Nebeker JR, Ott MC, et al. Pharmacist- versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2012;10(4):242-50.
- (56) Feldman LS, Costa LL, Feroli ER, Nelson T, Poe SS, Frick KD, et al. Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm. *J Hosp Med* 2012;7(5):396-401.
- (57) Henneman EA, Tessier EG, Nathanson BH, Plotkin K. An evaluation of a collaborative, safety focused, nurse-pharmacist intervention for improving the accuracy of the medication history. *Journal of Patient Safety* 2014;10(2):88-94.
- (58) Carow F, Rieger K, Walter-Sack I, Meyer MR, Peters FT, Maurer HH, et al. Objective assessment of nonadherence and unknown co-medication in hospitalized patients. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;68(8):1191-9.
- (59) Office fédéral de la santé publique. Des Ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse. 2011 [cited 2014 Dec 9]; Available from: [L16](#)
- (60) Office fédéral de la santé publique, H+ Les Hôpitaux de Suisse. Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé. Saladin P, éditeur. 2^{ème} édition, inchangée. 2009. Berne, Stämpfli Publications SA.

L15: <http://www.patientensicherheit.ch/fr/th-mes/Implication-des-patients/PATEM-Patientenempfehlungen.html>

L16: <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00553/index.html?lang=fr>

- (61) Office fédéral de la santé publique. Interaction et qualité dans le domaine de la santé. 2014 [cited 2014 Dec 9]; Available from: [L17](#)
- (62) Office fédéral de la santé publique. Migration et santé. 2014 [cited 2014 Dec 9]; Available from: [L18](#)
- (63) Franzen K, Lenssen R, Jaehde U, Eisert A. Medication Reconciliation - Theorie und Praxis. *Ther Umsch* 2014;71(6):335-42.
- (64) NHS Greater Glasgow and Clyde Area Drug and Therapeutics Committee. Medicines Reconciliation in Hospital. Good Practice Guidance. 2012.
- (65) Camenzind P, Bonassi T. Potentiels d'amélioration dans la qualité et la coordination des soins aux 55 ans et plus (Obsan Bulletin 2/2015). 2015 [cited 2015 Feb 6]; Available from: [L19](#)
- (66) Schwappach DL, Meyer Massetti C, Gehring K. Communication barriers in counselling foreign-language patients in public pharmacies: threats to patient safety? *Int J Clin Pharm* 2012;34(5):765-72.
- (67) Wachter R. Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Koppenberg J, Gausmann P, Henninger M, editors. 2010. Berlin, ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- (68) The Electronic Medication Reconciliation Group, Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada et Institut canadien pour la sécurité des patients. Boîte à outils pour le remplacement du bilan comparatif des médicaments sur papier par sa version électronique. 2014 [cited 2014 Nov 20]; Available from: [L20](#)
- (69) Salanitro A, Kripalani S, Resnic J, Mueller S, Wetterneck T, Haynes K, et al. Rationale and design of the Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). *Health Serv Res* 2013;13:230.
- (70) Aly AF. Arzneimitteltherapie: Ein «Was ist Was» der Sicherheit. *Dt Ärztebl* 2014;111:A-1892 / B-1618 / C-1550.

L17: <http://elearning-iq.ch/fr/>

L18: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/index.html?lang=fr

L19: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html

L20: www.ismp-canada.org/download/MedRec/Boite_a_ouils_pour_le_remplacement_du_bilan_comparatif_des_medicaments_sur_papier_par_sa_version_electronique.pdf

10 | Glossaire

Ce glossaire définit les termes et expressions concernant la médication et la sécurité de la médication qui apparaissent dans le présent document. Il ne contient toutefois pas la définition des termes déjà explicités dans le texte lui-même (telle la «meilleure anamnèse médicamenteuse possible»).

Les définitions signalées par un astérisque (*) ont été adoptées par consensus au sein du groupe de coordination chargé de mettre en œuvre et d'actualiser le plan d'action du Ministère allemand de la santé visant à améliorer la sécurité de la médication (Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, AMTS) (70).

Dosage

Quantité de substance active contenue dans une unité de forme galénique (5 mg/comprimé; 10 mg/ml, etc.).

Erreur médicamenteuse*

Ecart par rapport au processus médicamenteux optimal qui entraîne ou pourrait entraîner des effets préjudiciables en principe évitables pour le patient. De telles erreurs peuvent survenir à n'importe quelle étape du processus médicamenteux et être commises par toute personne participant à ce processus, en particulier les médecins, les pharmaciens et d'autres membres d'une profession médicale, mais aussi par les patients, leurs proches ou des tiers.

Événement indésirable médicamenteux* (ou événement iatrogène médicamenteux, EIM; en anglais: *adverse drug event, ADE*)

Événement néfaste pour la santé lié à l'utilisation d'un médicament.

Forme galénique

Forme de préparation sous laquelle une substance active est administrée (solution, poudre, comprimé, crème, etc.).

Gestion de la médication*

Collaboration coordonnée des personnes intervenant dans le processus médicamenteux afin de garantir la sécurité de la médication.

Posologie

Indication spécifiant la dose à prendre du médicament considéré, de même que le moment de la journée ou le rythme auquel il doit être pris (matin, midi et soir; trois fois par jour, etc.).

Problèmes liés aux médicaments* (en anglais: *drug-related problems, DRP*)

Événements ou circonstances intervenant lors de la thérapie médicamenteuse qui entravent réellement ou potentiellement la réalisation des objectifs de cette thérapie.

Processus médicamenteux*

Processus englobant les différents stades d'un traitement médicamenteux, en particulier les étapes suivantes: anamnèse médicamenteuse; prescription; information du patient; automédication; remise du médicament; utilisation (application/prise); documentation; suivi du traitement (vérification de la sécurité de la médication); communication/concertation; évaluation des résultats.

Sécurité de la médication* (ou sécurité de la thérapie médicamenteuse)

Ensemble des mesures appliquées pour garantir un processus médicamenteux optimal dans le but de réduire les erreurs médicamenteuses et d'éviter les risques évitables que la thérapie médicamenteuse pourrait faire courir au patient.

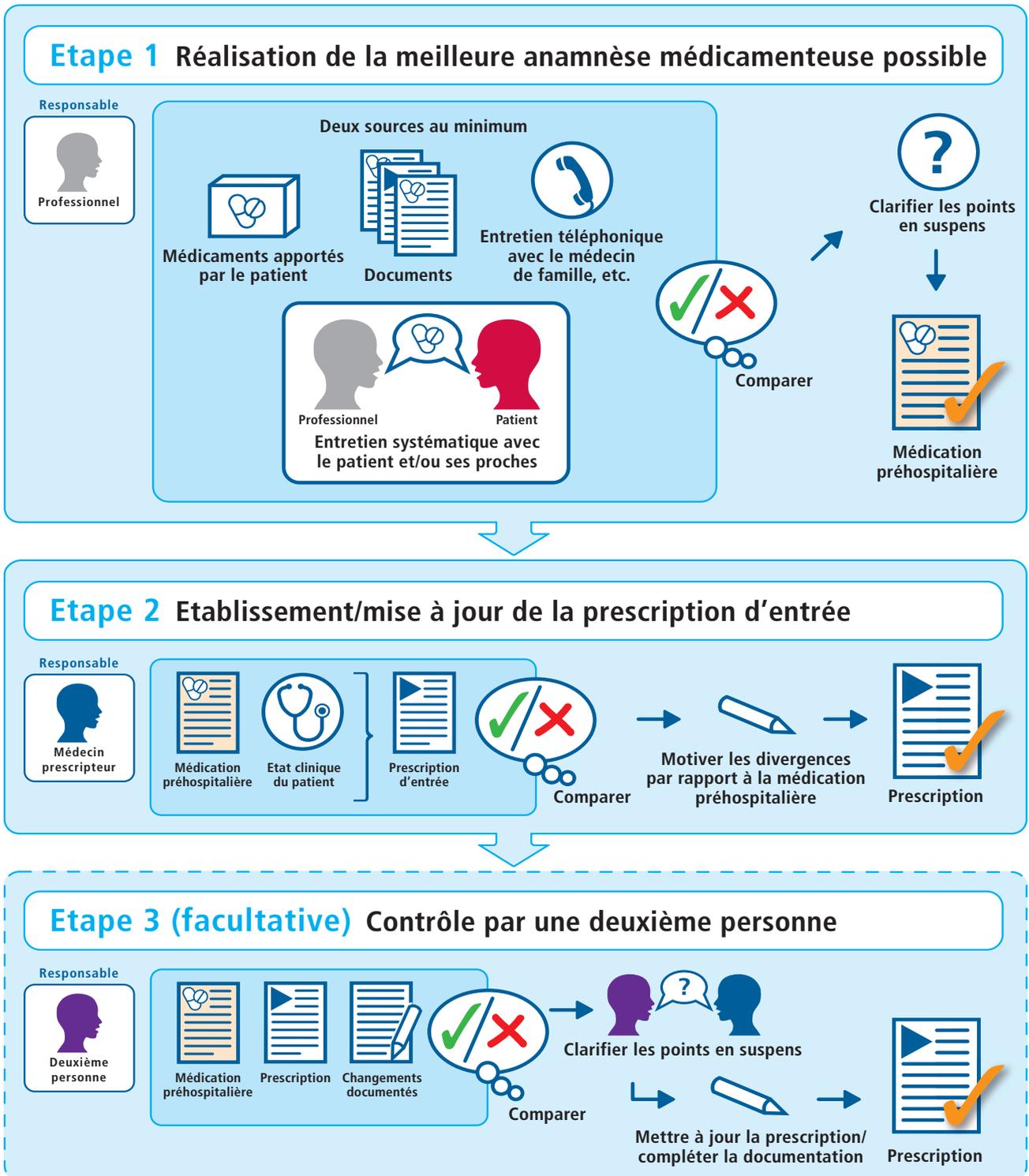


11 | Annexes



A Admission

Dans les
24 h



Etape 2 Etablissement/mise à jour de la prescription d'entrée

Responsable



Médecin prescripteur



Médication préhospitalière



Etat clinique du patient



Prescription d'entrée



Comparer

Motiver les divergences par rapport à la médication préhospitalière





Prescription



Etape 3 (facultative) Contrôle par une deuxième personne

Responsable



Deuxième personne



Médication préhospitalière



Prescription



Changements documentés



Comparer

Clarifier les points en suspens



Mettre à jour la prescription/ compléter la documentation





Prescription

Vue d'ensemble des différentes étapes de la vérification systématique de la médication, de l'admission à la sortie

La vérification systématique de la médication, ou conciliation médicamenteuse, s'applique à tous les points de transition du parcours de soins lors d'un séjour hospitalier. Réalisée une première fois à l'entrée du patient, puis lors de chaque transfert interne, elle est effectuée une dernière fois au moment de la sortie. La présente annexe donne un aperçu des éléments clés de ce processus.

A) Vérification systématique de la médication à l'admission (voir graphique A)

Etape 1: Réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible

Objectif

Etablir une liste exhaustive des médicaments pris par le patient avant son admission (médication préhospitalière).

Qui

Une personne désignée par l'hôpital et dûment formée. Il peut s'agir du médecin responsable ou d'autres membres du personnel hospitalier, pour autant qu'ils disposent de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments.

Quoi

Effectuer un relevé complet et précis de tous les médicaments et préparations pris par le patient avant son admission et enregistrer toutes les données recueillies sous la forme d'une liste.

- *Relevé complet*: inventorier et noter tous les médicaments et les préparations délivrés sur ordonnance ou sans ordonnance, c'est-à-dire également les médicaments OTC, les remèdes à base de plantes, les compléments alimentaires tels que vitamines et sels minéraux, de même que les médicaments en réserve, que le patient prend en fonction de ses besoins.
- *Relevé précis*: pour chaque médicament ou préparation, recueillir et noter au minimum les éléments suivants: nom/substance active, dosage, forme galénique, posologie.

Comment

Utiliser deux sources d'information au minimum.

Exemples de sources:

- Entretien systématique avec le patient et/ou ses proches
 - Dans la mesure du possible, privilégier cette source, en utilisant un *guide d'entretien*.
- Médicaments apportés par le patient avec leurs emballages et/ou la notice d'emballage.
- Sources écrites/documents (p. ex. liste de médicaments du médecin adressant le patient, liste de la pharmacie, plan de médication du patient, documentation du service d'aide et de soins à domicile/de l'EMS, rapport de sortie d'un séjour hospitalier antérieur).
- Renseignements pris par téléphone (p. ex. entretien avec le médecin de famille).

Déroulement normal:

- a. Compiler les informations relatives à la médication provenant de sources fiables (sources écrites, médicaments apportés par le patient et, le cas échéant, renseignements pris par téléphone).

- b. Mener un entretien systématique avec le patient et/ou ses proches, comparer les informations ainsi obtenues avec les autres sources et inscrire les données sur la liste des médicaments pris avant l'admission.
- c. Eliminer les éventuelles incertitudes restantes (p. ex. prise de renseignements auprès du médecin de famille), compléter la liste et finaliser le document.
- d. Classer la liste en bonne place dans le dossier du patient après s'être assuré que la meilleure anamnèse médicamenteuse possible est terminée (p. ex. timbre/signature de la personne responsable).

Quand

Le plus tôt possible après l'admission ou, pour les entrées en urgence, après la décision d'hospitalisation. Il convient, autant que faire se peut, d'établir la liste dans les vingt-quatre heures suivant l'arrivée du patient.

Etape 2: Etablissement/mise à jour de la prescription d'entrée

Objectif

Etablir systématiquement la prescription d'entrée sur la base de la liste des médicaments pris avant l'admission; signaler clairement et motiver les changements apportés à la médication préhospitalière.

Qui

Médecin prescripteur.

Comment

- *Processus normal*: établir la prescription d'entrée après la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, en vérifiant que tous les médicaments de la liste établie à l'admission sont pris en compte et qu'ils sont adaptés à l'état médical actuel du patient.
- *Processus spécial*: si la prescription d'entrée est établie avant que la liste complète des médicaments pris avant l'admission ne soit disponible, comparer les deux documents après coup et déterminer si certaines préparations doivent être ajoutées à la médication hospitalière ou si d'autres adaptations sont nécessaires.
- Documenter et motiver les changements apportés au traitement médicamenteux préhospitalier (modification, substitution, arrêt, suspension).
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature du prescripteur).

Quand

Le plus tôt possible après l'établissement de la liste des médicaments pris avant l'admission. Il convient, autant que faire se peut, d'établir la prescription d'entrée dans les vingt-quatre heures suivant l'hospitalisation du patient.

Etape 3 (facultative): Contrôle par une deuxième personne

Objectif

Identifier et éliminer les éventuelles divergences subsistant entre la liste établie à l'admission et la prescription d'entrée.

Qui

Un médecin *autre* que le médecin prescripteur ou une autre personne désignée par l'hôpital qui dispose de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments.

Comment

- Vérifier que tous les médicaments de la liste établie à l'admission ont été pris en compte dans la prescription d'entrée ou, le cas échéant, que les changements apportés au traitement préhospitalier ont été clairement définis et motivés.
- Clarifier et éliminer les divergences non motivées avec le médecin prescripteur.
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature de la personne responsable).

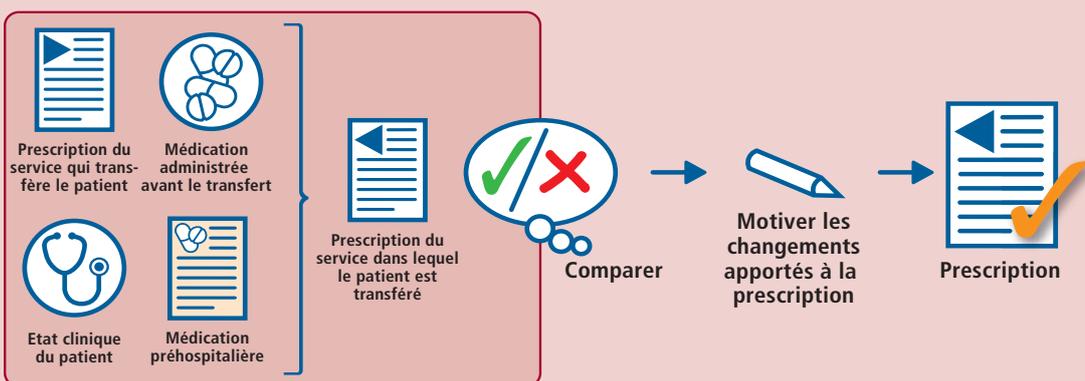
Quand

Le plus tôt possible après l'établissement de la prescription d'entrée et la finalisation de la liste des médicaments établie à l'admission. Il convient, autant que faire se peut, d'effectuer le contrôle dans les 24 heures suivant l'admission.

B Transferts internes

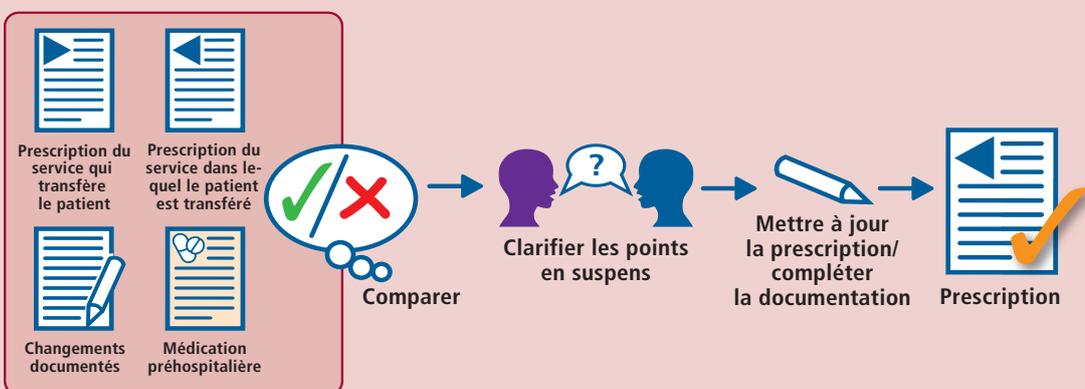
Etape 1 Etablissement de la prescription par le service dans lequel le patient est transféré

Responsable



Etape 2 (facultative) Contrôle par une deuxième personne

Responsable



B) Vérification systématique de la médication lors de transferts internes (voir graphique B)

Etape 1: Etablissement de la prescription par le service dans lequel le patient est transféré

Objectif

Etablir systématiquement la prescription sur la base de la dernière médication et de la liste des médicaments pris avant l'admission; signaler clairement et motiver les changements apportés au traitement médicamenteux.

Qui

Médecin prescripteur du service dans lequel le patient est transféré.

Comment

- Etablir la prescription en comparant la médication prescrite par le service qui transfère le patient et la liste des médicaments pris avant l'admission.
- Evaluer l'état médical du patient afin de déterminer a) si la poursuite du traitement médicamenteux administré jusqu'ici à l'hôpital est appropriée et b) si certains médicaments de la liste établie au moment de l'admission dont l'administration a été suspendue ou arrêtée doivent être repris.
- Documenter systématiquement et motiver les changements apportés au traitement médicamenteux (p. ex. nouvelle prescription, modification, arrêt).
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature du prescripteur).

Quand

Le plus tôt possible après le transfert

Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne

Objectif

Identifier et éliminer les éventuelles divergences subsistant entre la prescription médicamenteuse du service qui transfère le patient, la prescription du service dans lequel celui-ci est transféré et la liste des médicaments pris avant l'admission.

Qui

Un médecin *autre* que le médecin prescripteur ou une autre personne désignée par l'hôpital qui dispose de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments.

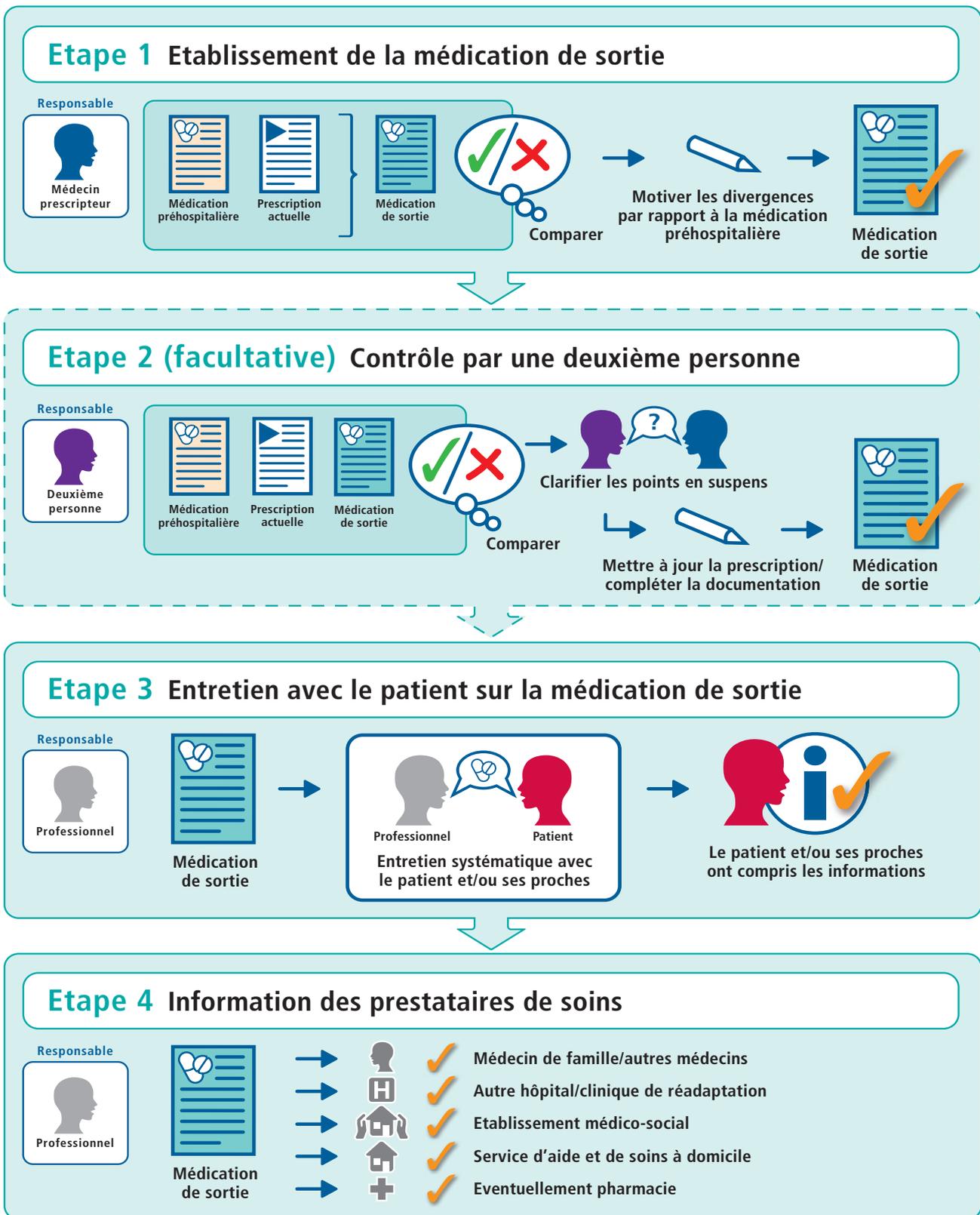
Comment

- Vérifier s'il existe des divergences non motivées entre la prescription médicamenteuse du service qui transfère le patient, la prescription du service dans lequel celui-ci est transféré et la liste établie au moment de l'admission; en cas de modification de la prescription, s'assurer que la suite du traitement a été clairement définie et motivée.
- Clarifier et éliminer les divergences non motivées avec le médecin prescripteur.
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature de la personne responsable).

Quand

Le plus tôt possible après l'établissement de la prescription.

C Sortie



C) Vérification systématique de la médication à la sortie (voir graphique C)

Etape 1: Etablissement de la médication de sortie

Objectif

Etablir systématiquement, avant le départ du patient, la liste des médicaments à prendre après la sortie de l'hôpital (médication de sortie) sur la base de la liste dressée à l'admission et de la médication hospitalière actuelle; signaler clairement et motiver les changements apportés au traitement par rapport à la médication préhospitalière.

Qui

Médecin prescripteur

Comment

- Etablir, avant le départ du patient, la liste des médicaments à prendre après la sortie sur la base de la liste dressée à l'admission et de la prescription actuelle.
- Vérifier a) si des traitements médicamenteux prescrits durant le séjour hospitalier doivent être poursuivis, arrêtés ou modifiés, b) si certains médicaments de la liste établie à l'admission doivent être repris et c) si de nouveaux médicaments sont à prendre après la sortie.
- Signaler et motiver tous les changements apportés au traitement préhospitalier par la prescription de sortie:
 - médicaments nouvellement prescrits pendant le séjour à l'hôpital;
 - médicaments pris avant l'admission à ne plus prendre;
 - médicaments pris avant l'admission dont l'administration est modifiée (changements de dosage);
 - préparations originales remplacées par un générique et vice-versa;
 - médicaments nouvellement prescrits à la sortie;
 - remarques éventuelles, p. ex. prise de préparations délivrées sans ordonnance.
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature du prescripteur).

Quand

Moment où la liste des médicaments à prendre après la sortie est habituellement établie.

Etape 2 (facultative): Contrôle par une deuxième personne

Objectif

Identifier et éliminer les éventuelles divergences subsistant entre la liste des médicaments pris avant l'admission, la prescription médicamenteuse avant la sortie et la liste des médicaments à prendre après la sortie.

Qui

Un médecin *autre* que le médecin prescripteur ou une autre personne désignée par l'hôpital qui dispose de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments.

Comment

- Vérifier s'il existe des divergences non motivées entre la liste des médicaments pris avant l'admission, la médication administrée à l'hôpital avant la sortie et la liste des médicaments à prendre après la sortie et si tous les changements apportés au traitement médicamenteux préhospitalier sont documentés et motivés.
- Clarifier et éliminer les divergences non motivées avec le médecin prescripteur.
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature de la personne responsable).

Quand

Le plus tôt possible après l'établissement de la liste des médicaments à prendre après la sortie.

Etape 3: Entretien avec le patient sur la médication de sortie**Objectif**

S'assurer que le patient et/ou ses proches ont compris le traitement médicamenteux à suivre après la sortie, en particulier les modalités de prise des médicaments, les indications et les effets secondaires possibles; les informer des changements apportés à la médication préhospitalière et des raisons de ces changements.

Qui

Une personne désignée par l'hôpital et dûment formée, qui dispose de connaissances spécifiques dans le domaine des médicaments et qui connaît le patient et son dossier médical.

Comment

- Discuter systématiquement de la médication de sortie avec le patient et/ou ses proches; en complément, leur remettre des informations écrites sur les médicaments à prendre après le séjour hospitalier (p. ex. plan de médication de sortie).
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature de la personne responsable).

Quand

Peu avant la sortie.

Etape 4: Information des prestataires de soins**Objectif**

Porter à la connaissance des prestataires de soins qui assurent le suivi du patient la médication de sortie, les changements apportés au traitement médicamenteux préhospitalier et les raisons de ces changements.

Qui

Personne(s) désignée(s) par l'hôpital.

Comment

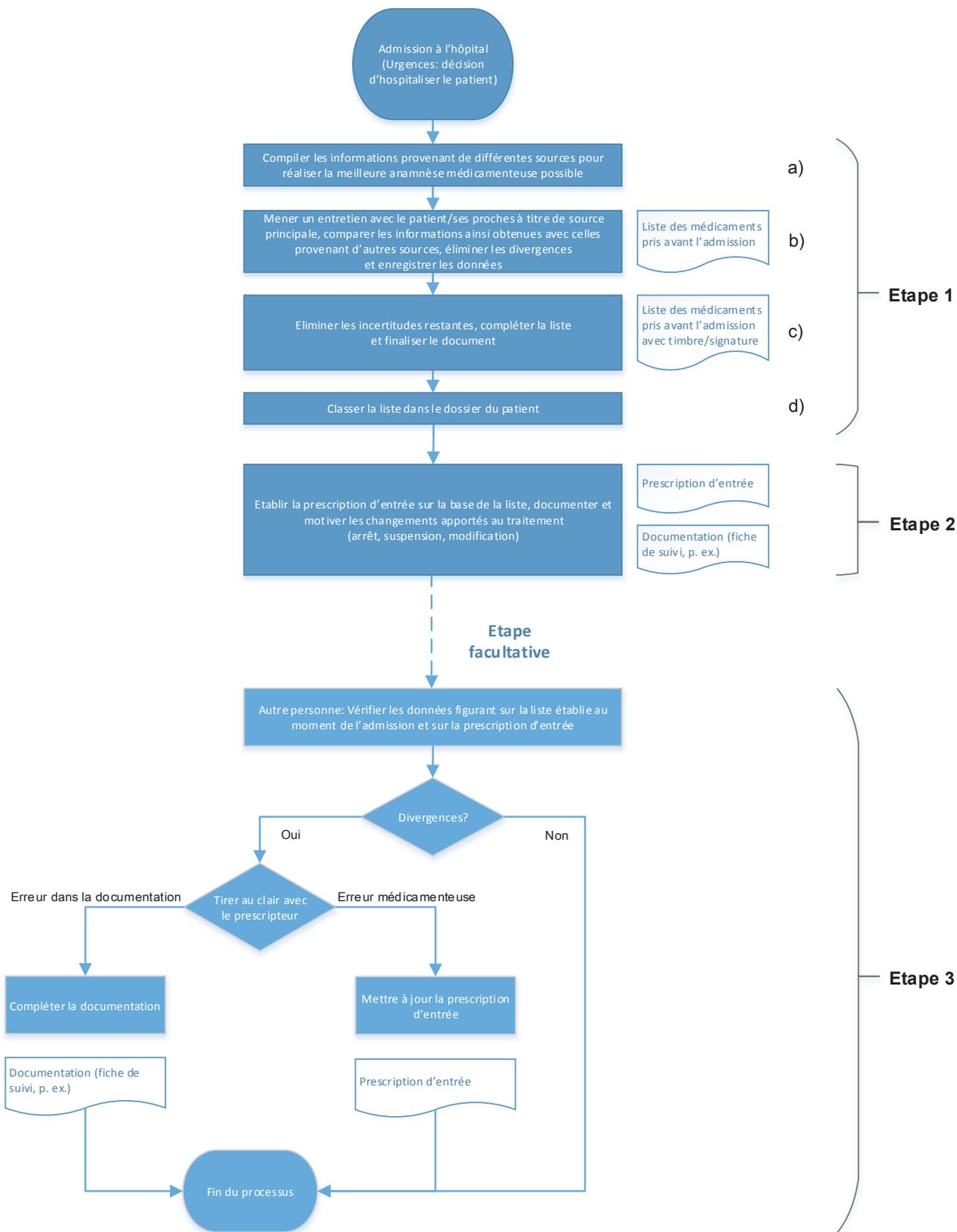
- Transmettre des informations relatives à la médication de sortie aux prestataires de soins qui prennent le relais. Il peut s'agir de:
 - médecin de famille/autres médecins traitants;
 - autre hôpital/clinique où le patient est transféré (p. ex. clinique de réadaptation);
 - établissement médico-social;
 - service d'aide et de soins à domicile;
 - pharmacie habituelle du patient.
- Confirmer que cette étape du processus est terminée (p. ex. timbre/signature de la/des personne(s) responsable(s)).

Quand

Le plus tôt possible après la sortie, voire avant celle-ci, dès lors que la médication à prendre après le séjour hospitalier est clairement établie.

Schéma: Processus normal

Vérification systématique de la médication à l'admission



Guide d'entretien pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible

Remarques concernant le relevé des informations

Pour chaque médicament/préparation pris par le patient (même irrégulièrement), recueillez et notez les informations suivantes:

- nom/substance active;
- dosage;
- forme galénique;
- posologie.

Si la prise effective diffère de la prescription, notez l'écart entre les deux.

Les questions ci-après sont de simples propositions, à adapter (ordre, nombre, formulation) en fonction de la situation.

Introduction

Présentez-vous et expliquez votre fonction à l'hôpital. Demandez au patient de vous dire son nom.

- J'aimerais discuter avec vous des médicaments et préparations que vous prenez à la maison.
- Il est important que je dispose d'informations précises pour adapter votre traitement au mieux.
- Avez-vous apporté une liste de vos médicaments ou les emballages de vos médicaments? (si ceux-ci n'ont pas été demandés avant).

Questions concernant la médication

- Quels médicaments prenez-vous régulièrement?
- Y a-t-il des médicaments que vous prenez uniquement lorsque vous en éprouvez le besoin?
- Y a-t-il des médicaments que vous prenez seulement une fois par semaine/tous les deux jours/une fois par mois?
- Avez-vous arrêté récemment, de votre propre chef ou sur décision de votre médecin, la prise de certains médicaments qui vous avaient été prescrits ou les prenez-vous autrement?
 - ▶ Si oui, pourquoi?

Lorsque le patient nomme/montre un médicament, demandez-lui systématiquement:

- A quel **dosage**? A quelle **fréquence**? A quel **moment**? Avant, pendant ou après les repas? (éventuellement: quand avez-vous pris XY la **dernière fois**?) Vous arrive-t-il de ne pas prendre une dose? (Si la réponse n'est pas claire: **pour quelle raison** prenez-vous XY?)

Autres préparations ne figurant pas nécessairement sur une liste de médicaments:

Médicaments non soumis à ordonnance

- Prenez-vous des médicaments que vous achetez **en pharmacie sans ordonnance** (p. ex. aspirine, laxatifs, médicaments contre les brûlures d'estomac)?
 - ▶ Si oui, à quel dosage? A quelle fréquence? A quel moment prenez-vous XY? Quand l'avez-vous pris pour la dernière fois?
- Y a-t-il des médicaments non soumis à ordonnance que vous ne prenez que ponctuellement, en fonction de vos besoins?

Gouttes pour les yeux/les oreilles/le nez

- Utilisez-vous des **gouttes pour les yeux**? Pour les **oreilles**? Pour le **nez**? Un **spray nasal**?
 - ▶ Si oui, combien de gouttes de XY prenez-vous? A quelle fréquence? Pour quel œil/quelle oreille?

Préparations à base de plantes/compléments alimentaires

- Prenez-vous des **préparations à base de plantes** (p. ex. millepertuis), des **remèdes homéopathiques**?
 - ▶ Si oui, à quelle fréquence et à quel moment prenez-vous XY?

- Prenez-vous des **vitamines** (p. ex. préparations multivitaminées), des **sels minéraux** (p. ex. calcium, fer), des **compléments alimentaires** (p. ex. glucosamine)?
 - ▶ Si oui, à quelle fréquence et à quel moment prenez-vous le médicament XY?

Inhalateurs/patchs/crèmes/onguents/gels/suppositoires/ médicaments injectables/échantillons/contraceptifs

- Prenez-vous des médicaments que vous **inhaliez** (p. ex. contre l'asthme) ou que vous vous **injectez** (p. ex. insuline, vitamine B)? Utilisez-vous des **patchs**? Des **crèmes**, des **gels** ou des **onguents**? Des **suppositoires/ovules** (p. ex. ovules vaginaux)?
 - ▶ Si oui, à quel dosage? A quelle fréquence? A quel moment prenez-vous/appliquez-vous XY?
- Votre médecin vous a-t-il donné ces derniers mois des **échantillons de médicaments à tester**?
 - ▶ Si oui, quels médicaments?
- Pour les femmes: prenez-vous la **pilule** à des fins contraceptives ou pour d'autres raisons?

Médicaments pour des diagnostics/symptômes connus

Si l'on sait que le patient présente certains symptômes ou maladies, se renseigner sur les médicaments habituellement pris pour traiter ces troubles. Exemples:

- Prenez-vous des médicaments contre votre diabète, votre hypertension, votre insuffisance cardiaque, etc.?
- Vous vous plaignez de diarrhées. Avez-vous pris des antibiotiques récemment?
- Prenez-vous des médicaments contre la douleur, la constipation, les insomnies, etc.?

Si l'on sait que le patient voit un spécialiste:

- Votre pneumologue (neurologue, etc.) vous prescrit-il des médicaments?

Allergies aux médicaments ou autres

- Avez-vous déjà eu une **réaction allergique à un médicament**, p. ex. une éruption cutanée, un gonflement, des problèmes respiratoires?
 - ▶ Si oui, à quels médicaments et quel type de réaction?
- Avez-vous d'autres **allergies**? A quoi êtes-vous allergique? Prenez-vous des médicaments contre cette allergie?

Fin de l'entretien

- Notre entretien est maintenant terminé. Merci d'avoir pris le temps de me répondre. Avez-vous des questions?
- Si vous pensez encore à quelque chose par la suite, merci de me contacter pour que je puisse mettre vos données à jour.

Source: questionnaire modifié d'après (6)

Exemple d'une liste des médicaments pris avant l'admission complétée

Données personnelles (évent. étiquette imprimée par l'hôpital)	Allergies/intolérances
Nom:	<i>Pénicilline</i>
Prénom:	
Date de naissance:	
Sexe:	
	<input type="checkbox"/> Aucune allergie/intolérance connue

Sources utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse

<input checked="" type="checkbox"/> Entretien avec le patient/ses proches ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments/emballages <input checked="" type="checkbox"/> Liste de médicaments du médecin de famille: <i>Dr Blanc, lettre de recommandation</i>	<input type="checkbox"/> Pas d'entretien. Motif: <input type="checkbox"/> Ne parle pas la langue <input type="checkbox"/> N'est pas en mesure de fournir les renseignements nécessaires <input type="checkbox"/> Autres:
<input type="checkbox"/> Autres sources écrites (p. ex. liste de la pharmacie, du service d'aide et de soins à domicile, de l'EMS, de la clinique de réadaptation, plan de médication du patient):	Remarques:
<input checked="" type="checkbox"/> Renseignements pris par téléphone (p. ex. médecin de famille, EMS): <i>Pharmacie du Centre, rue Centrale 14, Modèleville</i>	

Médicaments pris avant l'admission

		Nom/substance active, dosage et forme galénique	Posologie	Remarques (p. ex. motif de la prise/informations concernant la prise; dernière utilisation en cas de prise irrégulière; écart entre la prescription et la prise effective)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Beloc Zok cpr. retard 50 mg</i>	<i>1-0-0-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Vitamine D3 Wild 500 UI/goutte</i>	<i>1-0-0-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Ciprofloxacine 500 mg comprimés</i>	<i>1-0-1-0</i>	<i>Infection urinaire; encore 3 jours</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Novalgin gouttes 0.5 g/ml</i>	<i>20-0-20-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Dorzolamide/Timolol Sandoz gouttes ophtal. 2/0.5%</i>	<i>1-0-1-0</i>	<i>Dans les deux yeux / Oubli fréquent</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Floradix Fer 100 mg forte comprimés pelliculés</i>	<i>1-0-1-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Durogesic 12 µg/h patch</i>	<i>Tous les 3 jours</i>	<i>Dernier changement: le 5.10 à 8 h</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Dospir solution à inhaler</i> <i>1 dose unitaire prête à l'emploi (2,5 ml) contient 0,52 mg de bromure d'ipratropium et 3,0 mg de salbutamol</i>	<i>1-1-1-0</i>	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Valverde Apaisement dragées</i>	<i>1-0-1-1</i>	<i>Prise au long cours</i>

Médicaments en réserve

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Alfacortone crème 2.5 %</i>	<i>2 x par jour</i>	<i>Psoriasis</i>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Aspirine 500 mg comprimés</i>	<i>max. 4 x par jour</i>	<i>Maux de tête fréquents</i>

Autres remarques (p. ex. médicaments arrêtés récemment):

Le patient ne prend aucun médicament ni préparation

Timbre/signature de la personne responsable: *AB*

Date: *07.10.14*

Heure: *10 h*

Remarques en cas de mises à jour ultérieures: *Ajouté le 10.10.2014: Valverde Apaisement dragées*

Schéma: Processus spécial pour les étapes 1 et 2

Vérification systématique de la médication à l'admission (p. ex. pour les entrées en urgence le week-end)

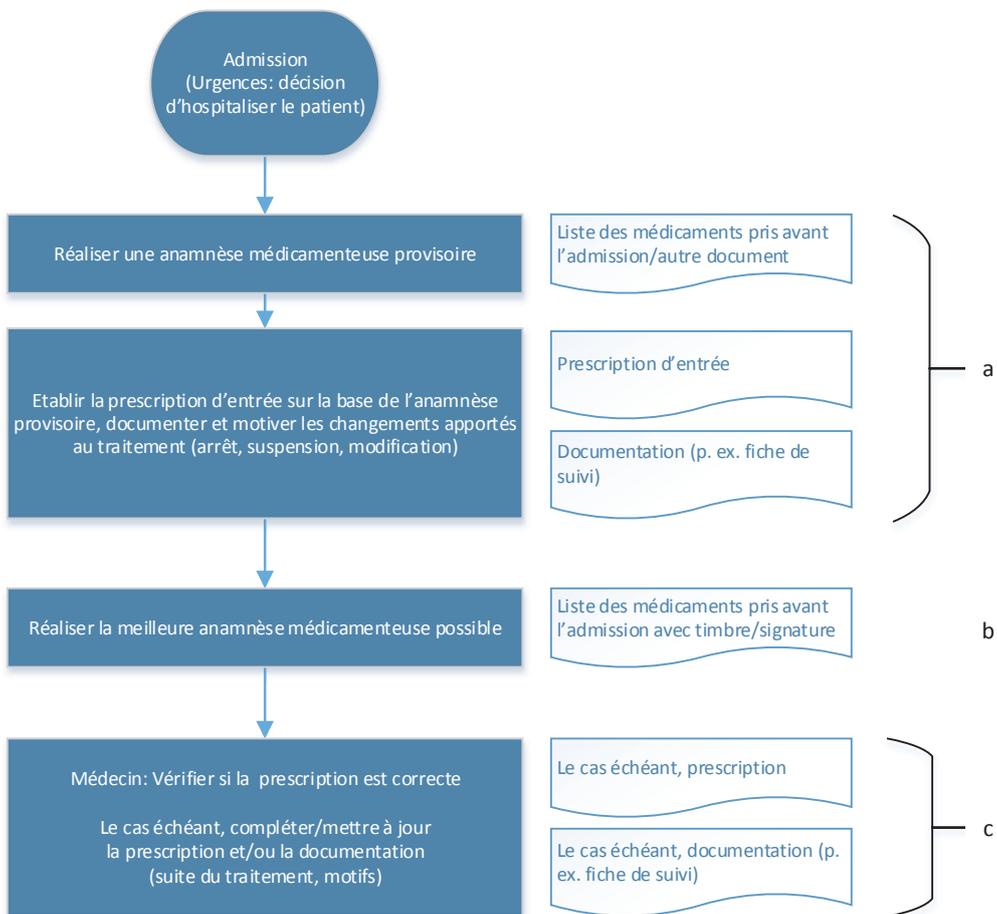
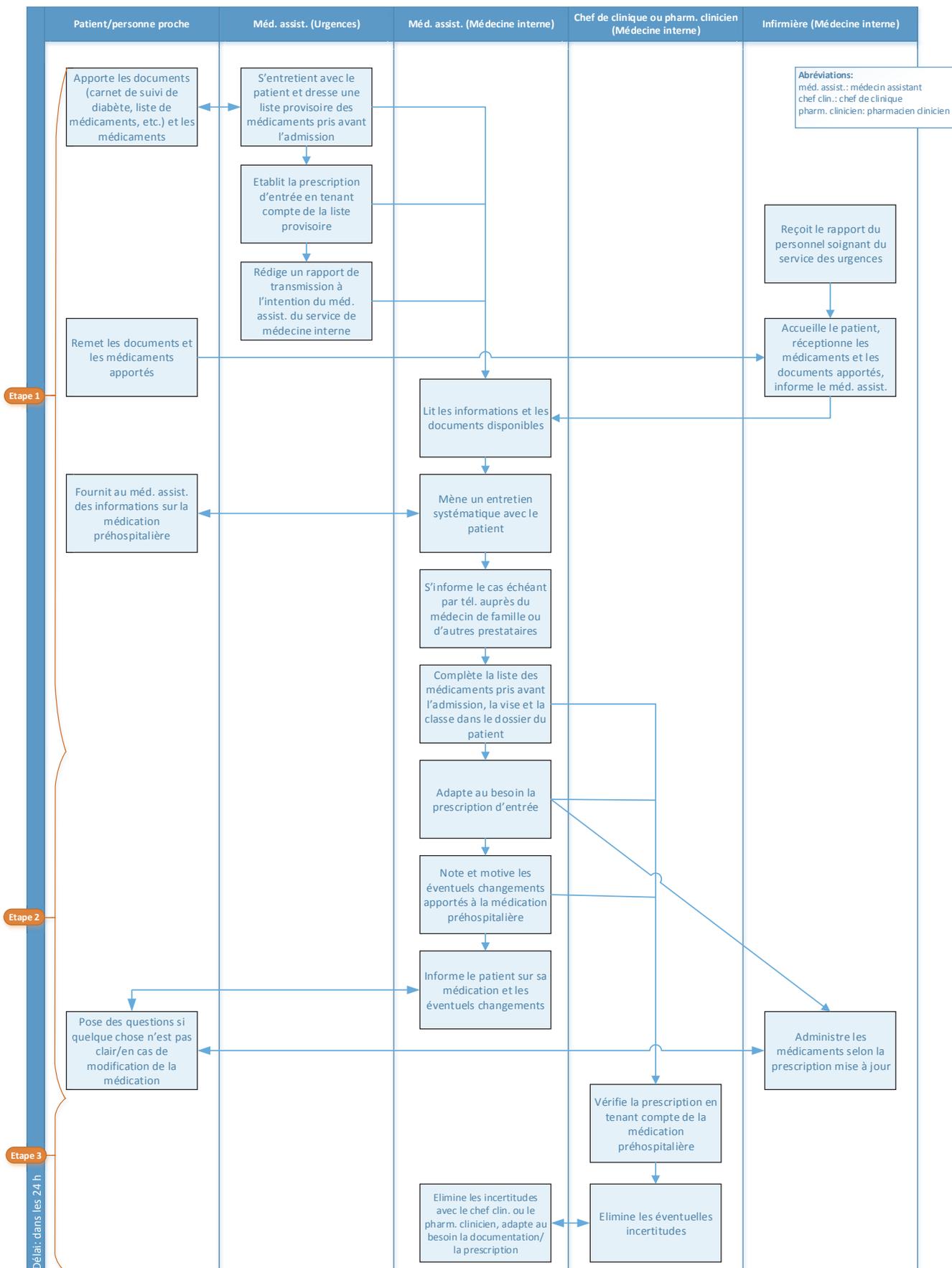
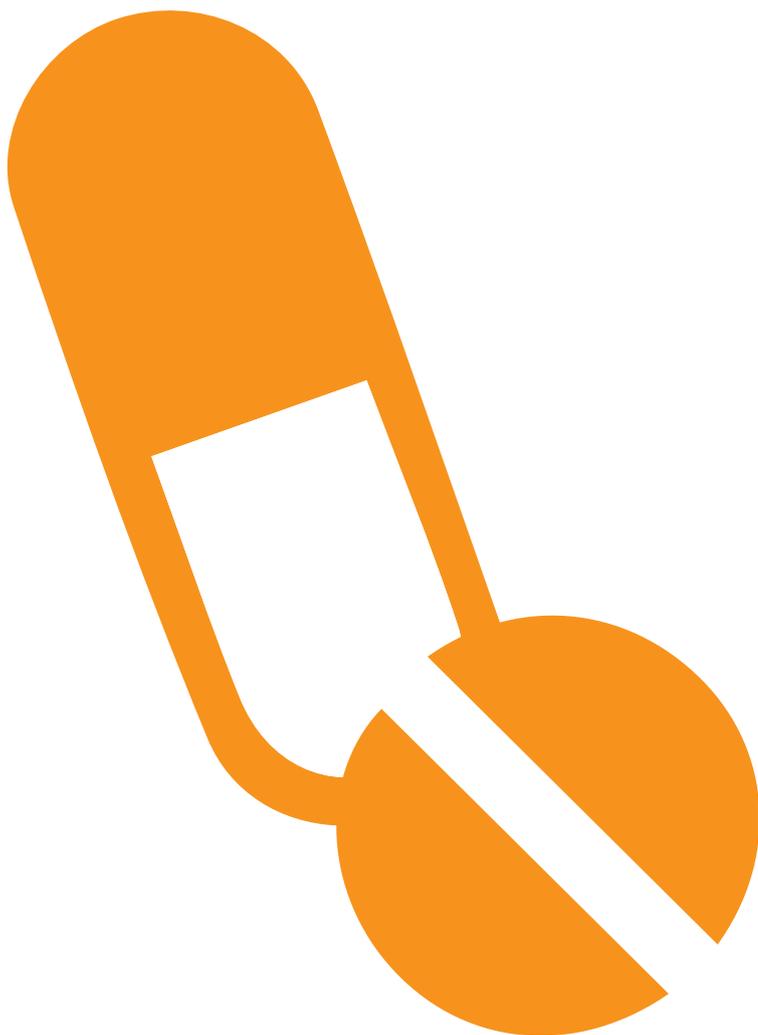


Diagramme en couloirs: Déroulement du processus à mettre en place (exemple)

Hospitalisation en urgence dans le service de médecine interne un jour de semaine



Publication Sécurité des patients Suisse



Fondation pour la Sécurité des Patients
Bureau et Contact
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Siège
c/o Académie suisse des
sciences médicales (ASSM)
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle

ISBN 3-905803-16-X



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland