

14.11.2017

# Programme pilote progress ! La sécurité de la médication aux interfaces

Rapport final : executive summary

Fondation Sécurité des patients Suisse



### Introduction

Depuis 2012, la fondation Sécurité des patients Suisse met en œuvre des programmes pilotes nationaux visant à promouvoir la sécurité des patients. Lancés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui assume la majeure partie de leur financement, ces programmes pilotes sont conçus et réalisés par la fondation et font partie intégrante de la « Stratégie en matière de qualité dans le système de santé suisse ».

Le second programme de cette série, progress ! La sécurité de la médication aux interfaces, a été réalisé entre 2014 et 2017. Il visait à introduire la vérification systématique de la médication (aussi appelée conciliation médicamenteuse) dans les hôpitaux de soins aigus. La vérification systématique de la médication permet d'éviter les erreurs de médication et les événements indésirables médicamenteux qui surviennent en raison d'un manque de communication et d'information aux interfaces de soins. Son efficacité est attestée par de nombreuses études internationales provenant surtout du monde anglo-saxon, mais aussi de plus en plus de pays européens (1-4).

La vérification systématique de la médication consiste à établir systématiquement une liste exhaustive des médicaments effectivement pris par le patient et à utiliser cette liste lors de chaque prescription. Les patients sont exposés au risque de divergences médicamenteuses à tous les points de transition dans le système de santé. C'est là que la vérification systématique de la médication s'avère précieuse pour accroître leur sécurité. Le programme était axé sur le milieu hospitalier, car les changements dans le traitement médicamenteux sont fréquents au moment de l'entrée et de la sortie de l'hôpital et engendrent un risque d'erreur particulièrement élevé.

### But du programme

Le programme progress ! La sécurité de la médication aux interfaces avait pour objectif de promouvoir la mise en œuvre de la vérification systématique de la médication dans les hôpitaux suisses. Le projet d'approfondissement était centré sur la vérification systématique de la médication lors de l'admission à l'hôpital. Il devait permettre de récolter des expériences et des connaissances en vue d'appliquer ce processus dans le contexte suisse et de voir comment il pouvait être introduit avec succès dans divers hôpitaux. Les établissements participants étaient issus de différentes régions du pays et présentaient chacun des conditions spécifiques. Ils ont bénéficié dans le cadre du projet d'un soutien à la mise en place de la vérification systématique de la médication.

### Structure du programme

Le programme pilote reposait sur une structure en deux axes (campagne d'information et projet d'approfondissement) conçus de façon à s'enrichir mutuellement :

Le premier axe d'intervention incluait différentes mesures de communication destinées à sensibiliser les milieux spécialisés et le grand public à la problématique des erreurs de médication aux interfaces et à l'efficacité de la vérification systématique de la médication pour accroître la sécurité de la médication.

Le second axe d'intervention comprenait un projet d'approfondissement réalisé avec huit hôpitaux pilotes dans les trois régions linguistiques du pays.

Parmi les activités essentielles que les hôpitaux étaient tenus d'accomplir figuraient l'obtention du soutien explicite de la direction de l'établissement, la création d'un groupe de projet interprofessionnel et la participation de celui-ci à quatre ateliers d'une journée. Les hôpitaux participants devaient également mettre en œuvre dans une unité pilote (médecine interne aiguë) la vérification systématique de la médication lors de l'admission, prendre part aux enquêtes d'évaluation et appliquer des mesures de communication et de formation.

Selon les recommandations de Sécurité des patients Suisse<sup>1</sup>, la vérification systématique de la médication lors de l'admission comporte trois étapes :

<sup>1</sup> cf. publication n° 7 « Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus », disponible sur [www.securitedespatients.ch](http://www.securitedespatients.ch).



L'étape 1 comprend la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible. Au moment de l'entrée à l'hôpital, une liste complète des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation est établie sur la base d'au moins deux sources d'information, l'une étant idéalement l'entretien structuré avec le patient.

En s'appuyant sur la liste des médicaments pris avant l'admission, il est ensuite possible, à l'étape 2, d'établir la prescription d'entrée (procédure dans un cas idéal) ou de l'adapter si elle existe déjà. A ce stade, il est essentiel de documenter et de motiver clairement tous les changements apportés à la médication préhospitalière.

Enfin, à l'étape 3, facultative, une autre personne – de préférence une pharmacienne ou un pharmacien – contrôle s'il subsiste des divergences injustifiées entre la liste établie à l'admission et la prescription d'entrée et les clarifie avec le médecin prescripteur. Cette étape est conseillée, car elle offre une barrière de sécurité supplémentaire. Chaque établissement choisit de l'appliquer ou non en fonction des ressources en personnel disponibles.

Les hôpitaux pilotes participant au projet d'approfondissement s'étaient engagés à introduire au moins l'étape 1 du processus (réaliser la meilleure anamnèse médicamenteuse possible). Aucune procédure standard ne leur était imposée : ils pouvaient organiser à leur convenance les processus locaux, moyennant le respect des exigences posées par Sécurité des patients Suisse pour certains points du déroulement et de la documentation. Chaque établissement a défini le processus à mettre en place en tenant compte de ces conditions et adapté sa documentation en conséquence. Les hôpitaux pilotes ont en outre établi un concept pour l'étape 2 (et, le cas échéant, l'étape 3).

L'évaluation menée dans le cadre du projet d'approfondissement concernait le niveau des processus. Elle avait pour but de recueillir des informations sur l'application pratique de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, d'échanger des connaissances et de donner un feed-back direct aux participants pendant la phase de mise en œuvre. L'évaluation ne portait pas sur l'hypothèse de base du programme, selon laquelle la meilleure anamnèse médicamenteuse possible contribue à réduire les erreurs de médication et à éviter des préjudices aux patients.

## Résultats

Dans le cadre du premier axe du projet, la fondation a élaboré et diffusé à large échelle toute une série de documents et de matériel. Parmi les produits phares figure la publication n° 7 « Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus ». Disponible en trois langues, ce document a déjà été téléchargé près de 1500 fois. Le programme et les enseignements qui en découlent ont été présentés dans diverses revues spécialisées et ont fait l'objet de nombreux exposés. Par ailleurs, deux communiqués de presse ont paru dans les médias grand public. La fondation a aussi développé, à l'intention des patients, un aide-mémoire et un plan de médication qui ont été distribués dans le cadre de la semaine d'action 2016 pour la sécurité des patients. Très suivie, la conférence d'une journée organisée à Berne le 1<sup>er</sup> juin 2017 a en outre permis de favoriser les échanges sur cette thématique sur les plans national et international. Enfin, une boîte à outils virtuelle comprenant du matériel de soutien en trois langues a été mise en ligne sur la base du projet d'approfondissement. Celle-ci est accessible gratuitement à tous les hôpitaux qui souhaitent introduire la vérification systématique de la médication.

Dans le cadre du second axe du programme, huit des neuf hôpitaux pilotes ont mené à terme le projet d'approfondissement. Un des participants a dû renoncer à poursuivre le projet au début de la mise en œuvre des nouveaux processus faute de ressources suffisantes. La synthèse en annexe « Processus définis » donne une vue d'ensemble des différentes approches testées par les hôpitaux pilotes pour la vérification systématique de la médication au moment de l'admission.

## Expériences et réalisation des objectifs

Les expériences issues du projet d'approfondissement montrent que les étapes du processus et les recommandations pour la mise en place de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, présentées dans la



publication n° 7, sont pertinentes et applicables dans le contexte suisse. Les principaux enseignements concernant les obstacles et les facteurs de succès sont résumés ci-après :

*Leadership et soutien de la direction* : les expériences recueillies dans le cadre du projet d'approfondissement confirment que le soutien actif de la direction de l'hôpital et des cadres est un élément décisif pour l'intégration de nouveaux processus, comme le souligne la littérature sur le sujet. L'introduction est très clairement favorisée lorsque les responsables hiérarchiques des professionnels assumant des tâches cliniques font office de modèles et que tous les groupes professionnels impliqués approuvent et soutiennent la mise en œuvre.

*Groupe de projet interprofessionnel* : le projet atteste que le caractère interprofessionnel du groupe est une condition cadre de toute première importance. A tous les échelons hiérarchiques, le corps médical doit jouer un rôle actif au sein du groupe de projet.

*Choix de la population cible et de l'unité d'organisation* : pour des raisons d'organisation, la meilleure anamnèse médicamenteuse possible est plus facile à mettre en œuvre pour les patients électifs que pour les patients admis en urgence. Le fait de limiter l'introduction à des unités d'organisation ou des groupes cibles définis présente l'avantage de pouvoir tester les processus à petite échelle et de les adapter si nécessaire avant de les généraliser. Les expériences recueillies montrent néanmoins que cette limitation pose des défis pour la formation des collaborateurs et l'acceptation de l'intervention. Il ne faudrait donc pas trop attendre avant d'étendre les processus (testés) et de leur donner valeur de norme dans l'établissement. Les participants au projet ont souvent fait remarquer que les patients en médecine interne n'étaient pas les seuls à pouvoir bénéficier de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible et que celle-ci profiterait aussi aux patients (électifs) en chirurgie, en orthopédie et en anesthésie.

*Sources d'information pour l'anamnèse médicamenteuse* : l'utilisation de plusieurs sources d'information pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible s'est avérée utile et réalisable dans le cadre du projet d'approfondissement. Il serait possible de recourir davantage encore aux sources peu employées jusqu'à présent, telles que les renseignements disponibles auprès de la pharmacie habituelle du patient. La recherche d'informations supplémentaires sur la médication peut prendre beaucoup de temps. Pour que le processus soit efficace, il faut que chacun sache clairement qui se charge d'obtenir quelle information et comment, qui transmet les données recueillies et à quel endroit elles sont documentées et conservées. Ce « travail sur les sources » requiert une bonne coordination au sein de l'hôpital, mais aussi la coopération et le soutien des fournisseurs de prestations externes. Il faut par exemple que les médecins adressant les patients à l'hôpital garantissent l'exactitude et l'actualité de la liste des médicaments.

*Documentation* : des outils informatiques intégrés et faciles à utiliser sont une base importante pour la mise en œuvre de la vérification systématique de la médication. Le soutien et les ressources du service informatique interne sont indispensables lors de l'introduction des formulaires électroniques pour la vérification de la médication.

*Modèles de répartition des rôles* : les rôles, les tâches et les responsabilités des professionnels concernés ont été définis selon des modalités différentes dans les hôpitaux participants (cf. annexe « Processus définis »). Les approches choisies par les établissements peuvent être classées sommairement en deux groupes : dans le modèle « corps médical », les médecins-assistants sont chargés de réaliser entièrement la meilleure anamnèse médicamenteuse possible (avec, le cas échéant, délégation de la recherche des informations à d'autres professionnels), tandis que dans le modèle « personnel pharmaceutique », ce sont les assistants en pharmacie ou les pharmaciens qui relèvent les médicaments pris avant l'admission ou jouent un rôle majeur dans le processus. Les résultats du projet d'approfondissement ne permettent pas de formuler une recommandation claire en faveur de l'un ou l'autre de ces modèles pour les patients en médecine interne. Chacun d'eux présente des avantages et des inconvénients dont il convient de tenir compte lors du choix et de la mise en pratique de la répartition des rôles. Par exemple, dans le modèle « personnel pharmaceutique », les collaborateurs ont l'avantage de posséder des connaissances spécialisées sur les médicaments et peuvent plus facilement consacrer du temps à cette tâche lorsque celle-ci leur est expressément confiée. Par contre, la participation d'un autre groupe professionnel rend le

processus plus complexe et fragmenté. S'agissant du modèle « corps médical », les médecins doivent de toute façon connaître les médicaments pris par les patients et en assumer la responsabilité ; de plus, la liste préhospitalière et la prescription sont établies consécutivement par la même personne. La principale difficulté avec ce modèle a été que le quotidien des médecins-assistants est déjà très chargé, et que cette tâche ne figurait pas en tête de leurs priorités. En général, les expériences faites avec la participation du personnel pharmaceutique ont été positives.

Quel que soit le groupe professionnel chargé de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, il est essentiel qu'il puisse explicitement consacrer du temps à cette tâche. Il faut donc s'assurer de la mise à disposition de ressources suffisantes en temps et, le cas échéant, en personnel. Une définition et une information claires des rôles de tous les groupes professionnels concernés (même de façon accessoire), mais aussi des canaux de communication entre eux sont essentiels.

En participant au projet, les hôpitaux pilotes ont posé des bases importantes leur permettant de continuer d'améliorer leurs processus de médication. Tous ont indiqué avoir majoritairement atteint leurs objectifs et que leurs attentes par rapport au projet ont été remplies. L'intensité des ressources nécessaires pour l'intervention s'avère toutefois représenter clairement le grand défi du projet. C'est aussi le principal obstacle à son élargissement aux autres unités de l'hôpital une fois le projet terminé. Néanmoins, nul ne conteste qu'il est nécessaire d'investir des ressources si l'on veut obtenir des améliorations notables sur la durée avec l'introduction de la vérification systématique de la médication. Par ailleurs, les expériences recueillies démontrent que la mise en place d'un processus de médication systématique et qualifié atteint ses limites si aucune mesure structurelle n'est prise en parallèle (allocation de ressources en personnel, infrastructure informatique de soutien et utilisation de dossiers patients électroniques intersectoriels). Le programme progress ! a permis de cerner et de décrire ces exigences structurelles, mais n'a pas pu les résoudre. Ces expériences montrent une fois de plus que la sécurité de la médication à l'hôpital – et au-delà du milieu hospitalier – est une thématique particulièrement complexe et qu'il faut du temps et de la persévérance pour apporter des changements significatifs dans ce domaine.

Le concept d'évaluation visait à récolter des expériences dans différents environnements et à examiner la faisabilité. La fondation avait volontairement renoncé à analyser la pertinence clinique de la vérification systématique de la médication, dont le bien-fondé est déjà prouvé par plusieurs études conduites dans d'autres pays. Compte tenu du cadre financier, une attestation de l'efficacité aurait requis un autre concept de projet prévoyant des conditions d'étude, soit tester une intervention ciblée dans un cadre strictement contrôlé et dans un nombre restreint d'établissements. A l'issue du projet, il paraît important, au vu des nombreuses questions non résolues et du travail de persuasion nécessaire, de récolter des données sur l'efficacité de la vérification systématique de la médication et les modèles pertinents pour la Suisse. Si davantage de données concrètes avaient été générées, aurait-on obtenu un plus grand impact en termes de diffusion de la conciliation médicamenteuse en Suisse ? Pour l'équipe responsable du programme, la question reste ouverte. Les expériences engrangées dans le cadre du projet d'approfondissement doivent à présent être complétées par d'autres expériences pratiques et résultats de recherches sur des modèles efficaces et durables pour la vérification systématique de la médication dans les hôpitaux suisses.

### Charte

Un engagement clair des responsables des institutions de santé, des associations et des acteurs politiques est indispensable pour continuer de diffuser la vérification systématique de la médication dans les hôpitaux suisses. A cet effet, Sécurité des patients Suisse a lancé le 31 octobre 2017, avec une majorité des principales parties prenantes, la déclaration « Sécurité de la médication aux interfaces », qui prend appui sur les conclusions tirées à l'issue du programme. Cette charte fait de la vérification systématique de la médication une norme incontournable dans les hôpitaux et décrit les conditions cadres essentielles à sa mise en œuvre. Sécurité des patients Suisse invite les institutions de santé, les associations, les sociétés spécialisées ainsi que les professionnels de Suisse, mais aussi de l'étranger, à y adhérer. Ce faisant, ils s'engagent à intégrer les conclusions et recommandations qui

y sont formulées dans les activités et les efforts déployés par leur organisation. La déclaration et la liste des signataires – organisations et particuliers – se trouvent sur le site [www.securitedespatisnts.ch](http://www.securitedespatisnts.ch).

### Gestion du programme

D'une manière générale, le programme pilote progress ! La sécurité de la médication aux interfaces a été planifié de façon pertinente et réalisé avec succès selon le calendrier fixé. Les étapes définies ont été atteintes dans les délais prévus et le budget du programme a été respecté.

### Remerciements

La fondation Sécurité des patients Suisse remercie tous les hôpitaux pilotes pour leur participation engagée au projet d'approfondissement ainsi que les membres du groupe de pilotage et du groupe de suivi spécialisé pour leur collaboration sur le contenu du projet. Notre reconnaissance va également à toutes les autres personnes qui ont mis leur expertise au service du programme progress ! La sécurité de la médication aux interfaces et largement contribué à sa réussite. Nous remercions enfin l'Office fédéral de la santé publique pour le financement du programme.

### Références

- (1) Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien Ja. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016 Feb 1;6(2).
- (2) Mueller SK SK. Hospital-based medication reconciliation practices: A systematic review. *Arch Intern Med* 2012 Jun 25;112(11):1000-1006.
- (3) 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.
- (4) De Oliveira GS, Castro-Alves LJ, Kendall MC, McCarthy R. Effectiveness of Pharmacist Intervention to Reduce Medication Errors and Health-Care Resources Utilization After Transitions of Care: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Pat Saf* 2017;Epub ahead of print.

## Annexe : Processus définis par les hôpitaux pilotes

Le présent document donne une vue d'ensemble des approches choisies par les hôpitaux pilotes pour mettre en place la meilleure anamnèse médicamenteuse possible (étape 1) dans le cadre du projet d'approfondissement progress! La sécurité de la médication aux interfaces. Lorsque le projet de l'hôpital incluait explicitement les étapes 2 et 3, celles-ci sont également brièvement décrites. Cette synthèse se fonde essentiellement sur la documentation remise par les hôpitaux pilotes durant la réalisation du projet. Son contenu a été validé par les directions de projet.

Abréviations :

MA : médecin-assistant

PH : pharmacienne/pharmacien

PC : pharmacienne clinicienne/pharmacien clinicien

CC : cheffe/chef de clinique

AP : assistante/assistant en pharmacie

INF : infirmière/infirmier

SIC : système d'information clinique (interne à l'hôpital)

DEP : dossier électronique du patient (externe à l'hôpital)

### Hôpital 1

#### **Unité d'organisation/Population cible**

- 2 unités (médecine interne)
- admissions en urgence et admissions en provenance du domicile (transferts d'autres services exclus)
- limite d'âge : patients > 65 ans uniquement
- env. 50 patients/mois dans la population cible<sup>1</sup>

#### **Processus défini**

Etape 1 : la direction des soins filtre les patients en fonction des critères d'inclusion. INF recueille les informations provenant de sources non médicales pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible (p. ex. liste de médicaments du patient, du service de soins à domicile, de l'EMS) et les transmet à MA. En tenant compte d'autres sources médicales (p. ex. dernière lettre de sortie, appel au médecin de famille), **MA réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans l'unité** avec le concours du patient et documente les médicaments pris avant l'admission dans le SIC, sur un formulaire développé pour le projet. MA fait appel à PH en cas d'imprécisions ou de lacunes. PH téléphone si nécessaire à la pharmacie habituelle du patient pour éliminer les incertitudes.

#### **Suite des démarches après la clôture du projet**

Le recueil des informations provenant de sources non médicales par le personnel infirmier n'a pas fonctionné comme prévu, car cette tâche a nécessité un investissement important en termes de communication et de formation. Aucune décision n'a été prise sur la façon d'appliquer cette étape à l'avenir.

L'introduction de l'étape 2 dépend de l'installation – planifiée – du nouveau module de prescription électronique. Cette mesure permettra de prescrire la médication en s'appuyant directement sur la liste des médicaments pris avant l'admission. Pour la suite, la priorité sera donnée au développement informatique dans le but d'assurer la continuité de la documentation concernant la médication (médicaments pris avant l'admission – prescription à l'hôpital – médication de sortie – lien avec le DEP).

<sup>1</sup> Remarque valable pour tous les hôpitaux : les données sur la population cible se fondent sur les chiffres communiqués par la direction du projet pendant les périodes de relevé, à savoir janvier/février 2016 et août/septembre 2016. Selon la consigne donnée, la population cible devait inclure au moins 40 admissions de patients par mois.

**Hôpital 2****Unité d'organisation/Population cible**

- 1 unité (médecine interne)
- tous les patients de l'unité (principalement des admissions en urgence)
- env. 65 patients/mois dans la population cible

**Processus défini**

Etape 1 : MA/INF aux urgences effectue une anamnèse médicamenteuse provisoire auprès du patient et documente les médicaments pris avant l'admission sur le formulaire « Médication d'entrée » dans le SIC. Le formulaire « Médication d'entrée » est associé au formulaire développé pour le projet afin de répertorier les médicaments pris avant l'admission, i. e. les médicaments saisis s'affichent automatiquement dans le nouveau formulaire. **MA dans l'unité réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible** avec le concours du patient/des proches et en tenant également compte d'autres sources, complète/corrige les données et remplit les autres champs du nouveau formulaire concernant la liste des médicaments pris avant l'admission (p. ex. indication des sources utilisées).

**Suite des démarches après la clôture du projet**

L'introduction de l'étape 2 dépend de l'installation – planifiée – d'un système de prescription électronique. Cette mesure permettra de prescrire la médication en s'appuyant directement sur la liste des médicaments pris avant l'admission. Pour la suite, la priorité sera donnée à la diffusion des nouveaux moyens électroniques et au développement informatique. L'utilisation du nouveau formulaire concernant la liste des médicaments pris avant l'admission a déjà été généralisée à toute la médecine interne sur le site hospitalier. Lorsque la prescription électronique sera disponible sur l'ensemble des sites de l'hôpital, les exigences du programme progress ! pourront y être intégrées.

**Hôpital 3****Unité d'organisation/Population cible**

- 1 unité (médecine interne générale)
- tous les patients de l'unité (principalement des admissions en urgence)
- env. 90 patients/mois dans la population cible

**Processus défini**

Etape 1 : dans la convocation qui leur est adressée, les patients électifs sont priés de prendre avec eux leurs médicaments ainsi que les informations relatives à la médication. Au moment de l'hospitalisation, les informations présentées par le patient et/ou recueillies à l'admission sont réunies par des assistants administratifs/INF. PH ou MA passe en revue la documentation disponible. **PH ou MA réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans l'unité** avec le concours du patient/des proches et en tenant également compte d'autres sources et documente les médicaments pris avant l'admission dans le SIC, sur un formulaire développé spécialement pour le projet. Lorsque la pharmacienne effectue l'anamnèse, elle compare la liste des médicaments pris avant l'admission avec la prescription d'entrée et informe MA par oral ou par écrit des divergences constatées.

Etape 2 : MA prescrit la médication en s'appuyant sur la liste des médicaments pris avant l'admission ou met à jour la prescription et documente les modifications apportées à la médication préhospitalière.

Etape 3 : CC compare la liste des médicaments pris avant l'admission avec la prescription et clarifie les éventuelles divergences avec MA et/ou PH.

**Conditions cadres particulières**

Une pharmacienne a été engagée à 50 % pour le projet. La meilleure anamnèse médicamenteuse possible devait être réalisée par MA lorsque la pharmacienne n'était pas disponible. Au fil du projet, elle a réalisé une part croissante des anamnèses.

**Suite des démarches après la clôture du projet**

Les ressources en personnel disponibles sont insuffisantes pour que les pharmaciens puissent effectuer la meilleure anamnèse médicamenteuse possible pour tous les patients hospitalisés, même si ce modèle a été très apprécié du corps médical. Il est prévu d'élaborer un concept montrant comment étendre le processus à d'autres domaines de l'hôpital pilote et aux autres hôpitaux du groupe. Il s'agira d'examiner à quels professionnels il serait possible de confier la tâche d'effectuer la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, en dehors des médecins-assistants. La pharmacie hospitalière/pharmacie clinique continuera d'être associée au processus (p. ex. enseignement/accompagnement, meilleure anamnèse médicamenteuse possible pour les patients à haut risque). Tous les médecins-assistants de l'hôpital reçoivent déjà une formation à la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible à l'aide des outils mis au point pour le projet (guide d'entretien, vidéo de formation, etc.).

**Hôpital 4****Unité d'organisation/Population cible**

- 2 unités (médecine interne et rhumatologie)
- tous les patients des 2 unités (principalement des patients électifs)
- env. 30 patients/mois dans la population cible

**Processus défini**

Etape 1 : dans la convocation qui leur est adressée, les patients sont priés de prendre avec eux tous leurs médicaments ainsi que la liste de ceux-ci. Les médicaments apportés sont réceptionnés par INF, stockés dans l'unité et mis à disposition pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible. **MA réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans l'unité** avec le concours du patient/des proches et en tenant également compte d'autres sources. MA documente les médicaments pris avant l'admission sur un formulaire papier développé pour le projet. Au cours du projet, les MA ont reçu la consigne obligatoire de remplir le formulaire Word de façon électronique et non plus à la main pour une meilleure lisibilité. Le formulaire papier est classé dans la documentation du patient.

Etape 2 : sur le même formulaire, MA et CC prescrivent la médication en s'appuyant sur la liste des médicaments pris avant l'admission et documentent les modifications apportées à la médication préhospitalière.

**Conditions cadres particulières**

L'hôpital n'a ni service d'urgences, ni pharmacie hospitalière, ni SIC.  
Il compte environ 20 médecins employés et 120 médecins agréés.

**Suite des démarches après la clôture du projet**

Le processus sera généralisé à toutes les disciplines. L'hôpital est en train d'introduire un SIC, dans lequel sera transféré le formulaire concernant la liste des médicaments pris avant l'admission.

**Hôpital 5****Unité d'organisation/Population cible**

- 1 unité (médecine interne générale)
- tous les patients de l'unité (principalement des admissions en urgence)
- pas de données sur le nombre d'entrées dans la population cible

**Processus défini**

Etape 1 : en fonction du type et de l'heure de l'admission dans l'unité, MA ou INF recueille les sources d'information et documente les données sur les médicaments pris avant l'hospitalisation dans le SIC, sur un

formulaire développé spécialement pour le projet. **MA ou INF réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans l'unité** en comparant ces données avec ce qui disent le patient/les proches dans l'entretien et complète/corrige les indications sur le formulaire. **PH vérifie la liste des médicaments pris avant l'admission et la complète si nécessaire** en consultant d'autres sources en cas d'incertitudes. PH informe MA ou INF des adaptations apportées.

Etape 2 : MA prescrit la médication en s'appuyant sur la liste des médicaments pris avant l'admission ou met à jour la prescription et documente les modifications apportées à la médication préhospitalière.

#### **Suite des démarches après la clôture du projet**

La pharmacie de l'hôpital devrait à l'avenir assumer essentiellement un rôle d'enseignement. Pendant le projet, les pharmaciens étaient très impliqués dans la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible. Ils ont aidé au déroulement des entretiens, téléphoné à la pharmacie habituelle des patients et discuté des prescriptions avec les médecins. Le groupe de projet évalue la suite des démarches en ce qui concerne la collaboration entre les groupes professionnels et leurs tâches respectives pour l'anamnèse médicamenteuse.

Le développement du SIC avec la prescription électronique permettra de prescrire la médication en s'appuyant directement sur la liste des médicaments pris avant l'admission. Pour la suite, la priorité sera donc donnée au développement informatique dans le but d'assurer la continuité de la documentation concernant la médication (médicaments pris avant l'admission – prescription à l'hôpital – médication de sortie – lien avec le DEP).

### **Hôpital 6**

#### **Unité d'organisation/Population cible**

- plusieurs unités en médecine interne générale
- patients électifs et admissions en urgence entre 24h et 5h
- env. 25 patients/mois dans la population cible

#### **Processus défini**

##### Pour les patients électifs :

Etape 1 : dans la convocation qui leur est adressée, les patients sont priés de prendre avec eux tous leurs médicaments ainsi que les listes de ceux-ci. **AP réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans une cabine de la zone d'accueil** avec le concours du patient/des proches et en tenant compte également d'autres sources. AP documente les médicaments pris avant l'admission dans le SIC, sur un formulaire développé pour le projet. PC procède à un examen de plausibilité, puis transmet la liste des médicaments à MA dans l'unité.

Etape 2 : MA établit la prescription d'entrée en s'appuyant sur la liste des médicaments pris avant l'admission et documente les modifications apportées à la médication préhospitalière.

Etape 3 : PC examine la prescription d'entrée, donne un feed-back à MA dans l'unité sur les divergences constatées et formule des recommandations concernant la médication d'entrée.

##### Pour les admissions en urgence entre 24h et 5h :

Etape 1 : aux urgences, MA effectue une anamnèse médicamenteuse provisoire auprès du patient et documente les médicaments pris avant l'admission dans le SIC. Le matin suivant, AP sélectionne dans le SIC les patients admis durant la nuit et prend contact avec le secrétariat de l'unité pour planifier les entretiens. **AP réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans l'unité entre 8h et 10h** avec le concours du patient/des proches et en tenant également compte d'autres sources. AP adapte si nécessaire la liste des médicaments pris avant l'admission dans le formulaire développé pour le projet. PC procède à un examen de plausibilité, puis transmet la liste adaptée à MA dans l'unité.

Etape 2 : MA dans l'unité prescrit la médication en s'appuyant sur la liste des médicaments pris avant l'admission.

Etape 3 : PC examine la prescription d'entrée, donne un feed-back à MA dans l'unité sur les divergences constatées et formule des recommandations concernant la médication d'entrée.

Vers la fin du projet, l'examen de plausibilité par PC avant l'envoi à MA dans l'unité a été réduit au minimum, les AP ayant entretemps gagné de l'expérience et de l'assurance dans leur tâche.

#### **Suite des démarches après la clôture du projet**

Les expériences recueillies avec le « modèle assistant en pharmacie » ont été très positives en particulier pour les patients électifs. Par conséquent, la meilleure anamnèse médicamenteuse possible continuera d'être effectuée par des AP pour les patients électifs en médecine interne. Les ressources en personnel disponibles ne permettent cependant pas d'inclure les patients électifs d'autres services.

Au cours du projet, PC a en outre introduit pour toutes les cliniques une gestion pharmaceutique des sorties fondée sur les recommandations du programme progress !, qui s'est maintenue après la clôture du projet.

### **Hôpital 7**

#### **Unité d'organisation/Population cible**

- 1 unité (gériatrie aiguë)
- tous les patients de l'unité (principalement des admissions en urgence)
- env. 45 patients/mois dans la population cible

#### **Processus défini**

Etape 1 : MA aux urgences effectue une anamnèse médicamenteuse provisoire auprès du patient et documente les médicaments pris avant l'admission dans le SIC, sur un formulaire développé pour le projet. MA aux urgences prescrit la médication d'entrée. **MA dans l'unité réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible** avec le concours du patient/des proches et en tenant également compte d'autres sources. MA complète/corrige la liste des médicaments pris avant l'admission.

Etape 2 : MA dans l'unité prescrit la médication en s'appuyant sur la liste des médicaments pris avant l'admission ou met à jour la prescription d'entrée et documente les modifications apportées à la médication préhospitalière.

#### **Suite des démarches après la clôture du projet**

Le groupe de projet souhaite élargir l'utilisation du nouveau formulaire à d'autres services. Au cours du projet, il est apparu qu'il était difficile pour les médecins-assistants de trouver le temps nécessaire pour effectuer la meilleure anamnèse médicamenteuse possible. On ne sait pas dans quelle mesure ce processus s'est poursuivi de manière systématique depuis la clôture du projet. De son côté, la pharmacie étudie un projet dans lequel elle serait chargée de la vérification systématique de la médication pour les patients électifs des cliniques de chirurgie ou d'orthopédie.

### **Hôpital 8**

#### **Unité d'organisation/Population cible**

- 1 unité (médecine interne générale)
- tous les patients de l'unité (principalement des admissions en urgence)
- limite d'âge : patients de 40 à 85 ans
- env. 45 patients/mois dans la population cible

#### **Processus défini**

Etape 1 : MA aux urgences effectue une anamnèse médicamenteuse provisoire auprès du patient et documente les médicaments pris avant l'admission dans le SIC, sur un formulaire mis au point au début du projet. MA aux urgences prescrit la médication d'entrée. Après le transfert dans l'unité, la secrétaire communique à la pharmacie hospitalière les cas qui remplissent les critères d'inclusion. **AP réalise la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans l'unité** avec le concours du patient/des proches et en tenant également compte d'autres sources

si nécessaire. AP documente de façon manuscrite les médicaments pris avant l'admission sur un formulaire papier développé pour le projet, puis le transmet à PH.

Etapes 2 et 3<sup>2</sup> : PH compare la prescription d'entrée avec la liste des médicaments pris avant l'admission, vérifie les interactions et les dosages et donne un feed-back à MA/CC sur les divergences constatées. MA dans l'unité et CC passent en revue la liste des médicaments pris avant l'admission et adaptent si nécessaire la prescription d'entrée. Le formulaire papier est classé dans le dossier du patient.

### ***Suite des démarches après la clôture du projet***

La meilleure anamnèse médicamenteuse possible ne sera plus réalisée en médecine interne par les assistants en pharmacie. Durant le projet, il est devenu évident que l'anamnèse médicamenteuse était une tâche centrale des internistes et que le contrôle supplémentaire par l'assistante en pharmacie n'apportait qu'un bénéfice minime (eu égard au temps investi). Idées pour la mise en œuvre : entretien systématique avec les patients fondé sur une check-list ; saisie systématique dans le SIC (pour les admissions électives dans la consultation ambulatoire) ; développer le SIC au plan technique pour permettre une continuité dans la prescription des médicaments, de l'admission à la sortie ; admissions en urgence : évent. second entretien, si le processus n'a pas pu être conduit aux urgences (critères à définir) ; associer davantage la pharmacie (revue de cardex). D'une manière générale, l'anamnèse médicamenteuse doit être mieux intégrée dans les processus existants au sein des différentes cliniques.

---

<sup>2</sup> Dans ce processus, l'étape 2 est réalisée après l'étape 3.