

## **Résumé du travail de certificat de Guibet Sibailly**

### **« Anamnèse médicamenteuse pharmaceutique: faisabilité et impact sur l'information accompagnant l'ordonnance de sortie »**

#### Introduction

Les erreurs médicamenteuses résultent en partie des discordances dans les informations recueillies ou transmises à chaque interface du système de santé. Les différents travaux réalisés dans notre environnement pour améliorer la continuité des soins ont démontré que l'anamnèse médicamenteuse n'était pas encore optimale, de même que les documents (bilans comparatifs) remis à la sortie, malgré l'implémentation d'un module informatique permettant de structurer l'anamnèse d'entrée et générer des bilans comparatifs à la sortie du patient.

#### Objectifs

Les objectifs de ce travail sont d'une part, l'évaluation de la faisabilité d'une approche pharmaceutique pour obtenir le meilleur historique médicamenteux possible (BPMH) via des collectes de données ainsi qu'avec des entretiens pharmacien-patient ; et d'autre part, la mesure de l'impact de la mise à disposition de la BPMH sur la qualité des bilans comparatifs générés.

#### Méthode

Etude observationnelle, prospective menée dans les services de médecine interne de l'Hôpital du Valais, site de Sion, incluant des patients hospitalisés durant la période du 11 février au 10 mai 2013, âgés de plus de 70 ans, avec au moins 3 médicaments dans leur traitement habituel.

La réconciliation pharmaceutique consiste à récolter des informations auprès de la pharmacie de ville, du médecin traitant et du patient lui-même. La confrontation de ces données avec l'anamnèse faite à l'entrée par le médecin assistant, aboutit à l'établissement de la BPMH. Le bilan comparatif généré par le système au moment de la sortie du patient est analysé.

#### Résultats

Onze patients ont été inclus dans cette étude. Six d'entre eux (54%) ont quitté l'hôpital avec un bilan comparatif. Parmi les 6 bilans remis aux patients, seuls 2 bilans étaient corrects, 2 étaient erronés et 2 ont été préalablement corrigés manuellement par le médecin assistant. Les 5 autres ont été effacés. Les 11 bilans comportaient au total 29 erreurs. Près de 60% d'entre-elles concernaient des médicaments à ne plus prendre par le patient, mais qui n'ont pas été identifiés comme tels dans les bilans comparatifs. En outre, un tiers des erreurs étaient dues à des médicaments dont on ne connaît pas le devenir, puisqu'ils étaient présents à l'entrée, mais n'ont été ni prescrits, ni stoppés, ni mis en pause, et ne figuraient pas non plus dans l'ordonnance de sortie. Le temps moyen nécessaire à l'établissement d'une BPMH est de 16 minutes.

#### Discussion-conclusion

Pour des raisons méthodologiques, seul un petit nombre de patients a pu être inclus dans cette étude ; néanmoins la pharmacienne a pu fournir aux médecins le meilleur historique médicamenteux possible (établi en 16 minutes en moyenne), qui a contribué significativement à l'amélioration de la prise en charge des patients. L'hypothèse que la mise à disposition de la BPMH, combinée à un module informatisé de continuité des traitements aboutirait à des bilans comparatifs reflétant la réalité des traitements du patient n'a pas été confirmée (uniquement 2 bilans corrects).

Ce travail montre que les erreurs ne surviennent pas uniquement lors de la saisie de l'anamnèse médicamenteuse, mais aussi dans les étapes suivantes de l'utilisation du module : au moment de décider si le traitement de la BPMH doit être poursuivi, arrêté ou mis en pause, durant le séjour, et durant la préparation de la sortie. Certaines erreurs devraient être corrigées et différents constats tirés de la pratique doivent être intégrés dans la programmation du module. Ce dernier ne doit pas non plus donner la fausse impression que l'ensemble du processus est automatique : cet outil est une aide mais ne se substitue pas au raisonnement des médecins qui doivent recevoir une formation spécifique pour l'utilisation de ce module et être sensibilisés à la problématique de la continuité des traitements.