

## Médicaments, sexe et rock and roll

Par Mélanie Caouette et Julie Charbonneau, pharmaciennes

**La dysfonction sexuelle est fréquente chez les patients atteints de schizophrénie ou de dépression, mais ce sujet est généralement peu abordé lors des visites médicales et souvent sous-estimé. Pourtant, les conséquences ne sont pas négligeables et touchent aussi bien la détresse associée que l'observance médicamenteuse si la cause est pharmacologique.**



### Dysfonction sexuelle

L'effet des médicaments psychotropes sur la sexualité est difficile à évaluer, car la dépression et la schizophrénie s'accompagnent fréquemment de dysfonctions sexuelles

et ce, indépendamment des médicaments. On estime que la prévalence d'un trouble sexuel en schizophrénie est entre 50 % et 80 % et de 25 à 75 % concernant la perte de libido en dépression. Généralement, les troubles sexuels incluent : la baisse de désir sexuel, l'aversion sexuelle, les troubles érectiles et éjaculatoires, la sécheresse vaginale, les troubles de l'orgasme et les relations sexuelles douloureuses.

Étant donné que le sujet est très vaste, cet article ciblera principalement les antidépresseurs et les antipsychotiques ainsi que les solutions et antidotes disponibles.

### Pharmacologie

Il est possible de résumer une relation sexuelle en quatre stades : désir (libido), excitation, orgasme et résolution (satisfaction). Les neurotransmetteurs les plus importants sont la dopamine (effet sur la libido et la stimulation), l'acétylcholine (facilite l'érection), la norépinéphrine (effet sur la libido), l'oxyde nitrique (facilite l'érection), la prolactine (influence la libido, l'érection et l'orgasme) et la sérotonine (frein sur le désir sexuel et le plaisir associé). Ces différents neurotransmetteurs sont des cibles des antipsychotiques et des antidépresseurs, d'où leur impact sur la fonction sexuelle.

### Causes des dysfonctions

Outre la médication et la maladie psychiatriques qui sont des facteurs importants, d'autres médicaments et d'autres situations peuvent occasionner ce problème (voir tableau 1). De plus, la sexualité des patients peut être influencée par des problèmes de contact social, un sentiment de persécution, des réactions extrapyramidales, une prise de poids reliée à la médication, etc.

### Médicaments impliqués

#### ANTIDÉPRESSEURS

Dans la classe des antidépresseurs qui inhibent la recapture de la sérotonine (ISRS), tous peuvent causer des dysfonctions sexuelles. La paroxétine (Paxil<sup>MD</sup>), par son action anticholinergique importante, causerait le plus de problème érectile et retarderait l'éjaculation comparativement à la fluoxétine (Prozac<sup>MD</sup>) et la sertraline (Zoloft<sup>MD</sup>), qui ont un effet moindre. L'escitalopram (Cipralax<sup>MD</sup>) et la fluvoxamine (Luvox<sup>MD</sup>) semblent être les médicaments qui affecteraient le moins la fonction sexuelle parmi les ISRS.

Concernant la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN), la venlafaxine (Effexor<sup>MD</sup>) et la duloxétine (Cymbalta<sup>MD</sup>) peuvent retarder l'éjaculation, mais les troubles sexuels induits seraient moindres avec la duloxétine. Les antidépresseurs tricycliques (ATC) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) sont d'autres molécules à risque de causer des dysfonctions sexuelles.

Enfin, les antidépresseurs comme la mirtazapine (Remeron<sup>MD</sup>), le bupropion (Wellbutrin<sup>MD</sup>) et la trazodone (Desyre<sup>MD</sup>) entraînent beaucoup moins d'effets secondaires sexuels.

### ANTIPSYCHOTIQUES

Les antipsychotiques de 1<sup>re</sup> génération comme l'halopéridol (Haldol<sup>MD</sup>), la chlorpromazine (Largactil<sup>MD</sup>), la pérphénazine (Trilafon<sup>MD</sup>) ou le zuclopenthixol (Clopixol<sup>MD</sup>) affectent le plus la fonction sexuelle en raison de leur action au niveau de la prolactine et des effets extrapyramidaux. L'augmentation de la prolactine peut induire chez la femme l'aménorrhée/galactorrhée ainsi qu'une diminution de la libido alors que chez l'homme, elle entraîne une baisse du désir et parfois une impuissance.

Du côté de la 2<sup>e</sup> génération, c'est la rispéridone (Risperdal<sup>MD</sup>) qui affecte le plus la fonction sexuelle, car elle peut causer une augmentation du niveau de prolactine et des effets extrapyramidaux. Les autres molécules de 2<sup>e</sup> génération sont moins à risque d'augmenter la prolactine, mais elles ne sont pas dénuées d'effets sur la fonction sexuelle. En effet, avec l'olanzapine (Zyprexa<sup>MD</sup>), plus de 50 % des patients ont rapporté une dysfonction sexuelle, une diminution de la libido et de l'impuissance, mais ceci est moins important qu'avec la rispéridone et l'halopéridol. Concernant la clozapine (Clozaril<sup>MD</sup>), avec son action anticholinergique et adrénergique, la molécule risque de causer davantage de troubles érectiles et éjaculatoires comparativement aux autres médicaments de 2<sup>e</sup> génération. Avec la quétiapine (Seroquel<sup>MD</sup>), il y a entre 50 et 60 % de prévalence de dysfonctions sexuelles, mais la sévérité est moindre en comparaison avec la rispéridone, l'olanzapine et l'halopéridol. L'aripiprazole (Abilify<sup>MD</sup>) ne semble pas être associé à des dysfonctions sexuelles. Quelques rapports de cas indiquent du priapisme associé à la prise de ziprasidone (Zeldox<sup>MD</sup>). Par contre, peu d'études cliniques sont disponibles sur cette nouvelle molécule.

**Tableau 1 : Étiologie des troubles sexuels**

<b>Médication psychiatrique</b> (antidépresseurs, antipsychotiques, benzodiazépines/anxiolytiques, anticonvulsifs/antiépileptiques, anticholinergiques)
<b>Autres médicaments</b> (bêtabloqueurs, bloqueurs alpha, diurétiques épargneurs de potassium, antihistaminiques H2, myorelaxants, antagonistes dopaminergiques, pilule contraceptive et autres hormones, amphétamines, digoxine, hypolipémiants, narcotiques)
<b>Causes médicales associées</b> (affections psychiatriques et neurologiques, problème cardiovasculaire, diabète, problème thyroïdien, endocrinopathies, affections uro-génitales, pathologies infectieuses, maladies auto-immunes, troubles métaboliques, néoplasies, déficit en androgènes/estrogènes)
<b>Trouble sexuel primaire</b> (dyspareunie, vaginisme)
<b>Abus de substance</b>
<b>Grossesse</b>
<b>Contexte psychosocial</b> (ex. : âge avancé), <b>psychologique</b> (ex. : abus sexuel), <b>culturel, religieux, environnemental et ethnique</b>

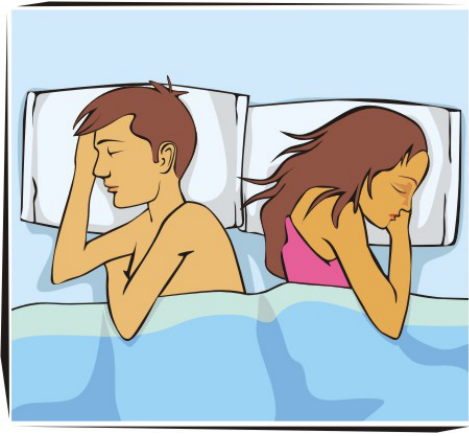
## Sexe et rock and roll

**Pour limiter l'impact des antipsychotiques et des antidépresseurs sur la fonction sexuelle, plusieurs stratégies peuvent être mises en place.**

### Stratégies pour limiter l'impact des médicaments

Certains patients peuvent développer une tolérance aux effets secondaires sexuels (10%), mais cela apparaît longtemps après le début des antidépresseurs. Il est possible de réduire la dose du médicament concerné (effet sexuel dose-dépendant), planifier l'activité sexuelle avant de prendre le médicament (dépendamment de la durée d'action du médicament) ou faire un arrêt temporaire de la médication («drug holidays»). Cependant, la réduction de dose peut amener une réapparition des symptômes psychotiques/dépressifs alors que l'arrêt temporaire pourrait mener à des symptômes de sevrage et compromettre l'observance au traitement.

Une autre stratégie est de changer le médicament qui cause la dysfonction pour un autre ayant peu d'impact sur la fonction sexuelle comme la mirtazapine ou le bupropion pour le traitement de la dépression. Le bupropion a même tendance à améliorer la fonction sexuelle. Concernant les antipsychotiques, la stratégie en présence de dysfonction est de privilégier les molécules ayant le moins d'impact sur la prolactine et sur la fonction sexuelle en général (quétiapine, clozapine, aripiprazole). L'aripiprazole a l'avantage d'améliorer la libido, les problèmes érectiles et ejaculatoires et de réduire les dérèglements menstruels causés par les autres antipsychotiques.



Toutefois, les risques et bénéfices devraient être évalués avant de changer de médication chez un patient stabilisé, en raison du risque de décompensation suite au changement.

### Antidotes

De nombreux antidotes existent, toutefois les études démontrant leur efficacité sont limitées. Ceux qui ont le plus fait leurs preuves sont les inhibiteurs de la PDE-5 : sildénafil (Viagra<sup>MD</sup>), tadalafil (Cialis<sup>MD</sup>) et vardénafil (Levitra<sup>MD</sup>) pour traiter les troubles du désir et de l'excitation sexuelle, les dysfonctions érectiles et l'orgasme retardé. La buspirone (Buspar<sup>MD</sup>) est utilisée pour les problèmes d'anorgasmie et de baisse du désir : elle aurait amélioré la condition de 58% des patients ayant des troubles sexuels sous ISRS. Enfin, le méthylphénidate (Ritalin<sup>MD</sup>) serait efficace pour l'anorgasmie, les troubles d'excitation et du désir.

D'autres antidotes ont été utilisés pour contrer les dysfonctions sexuelles, par exemple l'amantadine (Symmetrel<sup>MD</sup>) et le ginkgo biloba, mais peu de données appuient leur utilisation. Tous les antidotes peuvent entraîner des effets indésirables non négligeables qui devraient être considérés avant leur initiation.

En conclusion, il est important d'aborder la question des dysfonctions sexuelles, car celle-ci est rarement discutée au premier abord et elle peut fortement affecter la qualité de vie des patients et l'observance pharmacologique.

### Références

1. Baggaley M. *Sexual dysfunction in schizophrenia : focus on recent evidence*. Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2008;23:201-9.
2. Bazire S. *Sexual side-effects*. Psychotropic drug directory 2010. British Library 2010;504-10.
3. Licitsyna O., Anseau M. et Pitchot W. *Dysfonctions sexuelles et antidépresseurs*. Rev Med Liège. 2011;66:2 : 69-74.
4. Martin-Du Pan R., Baumann P. *Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements*. Rev Med Suisse. 2008;4:758-62.
5. Mignon L. *Having the sexual dysfunction discussion*. Neuroscience Education Institute. 1<sup>ère</sup> édition. 2010;76p.
6. Serretti A., Chiesa A. *Sexual side effects of pharmacological treatment of psychiatric diseases*. Clin Pharmacol Ther. 2011;89(1):142-7.

\* PDE-5 : inhibiteur réversible de la phosphodiésterase 5.

## L'entrevue motivationnelle

Par Olivier Turpin-Lavallée, pharmacien

### La réalité du changement

On s'interroge sans cesse sur les raisons qui poussent une personne, un patient à changer un comportement<sup>1</sup>. À priori, l'existence de conséquences négatives liées à un comportement pourrait, penserait-on, modifier celui-ci. Cependant, la réalité est différente. Par exemple, le fait d'avoir subi un infarctus ne suffit pas toujours pour qu'un individu modifie son régime alimentaire, fasse plus d'exercice ou cesse de fumer. Et que peut-on conclure d'un patient qui, chaque fois qu'il consomme des drogues, rechute dans sa maladie psychiatrique ?

**Traditionnellement, le réflexe naturel nous incite à vouloir corriger la situation, à informer le patient sur la méthode à suivre pour ne pas répéter le comportement nocif.**

Il arrive même qu'on confronte l'individu sur les conséquences de ses actes. En clinique, le plus souvent, ce style de discours amène le patient à ne pas changer. C'est ainsi qu'on voit apparaître la résistance au changement.

### L'entrevue motivationnelle

Il existe plusieurs façons de définir l'entrevue motivationnelle. On peut toutefois la circonscrire comme étant un style de communication, une manière de guider le patient vers le changement sans que ce dernier lui soit proposé ou imposé. En effet, il s'agit d'une relation favorisant la collaboration et non la prescription. La tâche du consultant est de libérer le potentiel motivationnel présent à l'intérieur de la personne<sup>1</sup>.

Le déroulement d'une entrevue motivationnelle peut être harmonieux quand l'intervenant et le patient poursuivent le même but (consonance) ou conflictuel lorsque la résistance s'installe (dissonance). Des méthodes telles l'utilisation de questions ouvertes, la valorisation, l'écoute réflexive et l'emploi de résumés constituent des moyens d'arriver à faire naître le discours du changement.

Une fois la naissance du changement amorcé, l'approche motivationnelle nous invite à augmenter le niveau

de confiance vis-à-vis la réussite du changement et à accroître l'importance que celui-ci représente. C'est seulement après avoir approfondi toutes ces questions que nous pourrions demander au patient quelle action il mettra en place pour arriver à l'objectif fixé.

**En pharmacie et en psychiatrie, le comportement problématique le plus fréquemment rencontré concerne l'inobservance au traitement pharmacologique.**

### L'attitude et la vision des médicaments

Une récente étude illustre assez bien les « patients types » et les attitudes qu'ils manifestent envers le système de santé et les médicaments<sup>2</sup>. Le devis de cette étude appartient au registre de la recherche qualitative. De cette manière, l'entité clinique est préservée et plus facilement identifiable dans la pratique de tous les jours. Ainsi, selon les auteurs, on dénombre cinq prototypes de patient.

### Cinq « patients types »<sup>2</sup>

1. Le « true believer » adopte la vision biomédicale de sa situation. Il accepte le diagnostic et le traitement

proposé. Il est attentif à la psychoéducation. La plupart du temps, il est observant à son traitement médicamenteux, sauf en cas de manque d'efficacité initial ou de découragement dans la prise chronique de médicaments.

2. Le «**clinical trouper**» est un sujet observant, mais pour les mauvaises raisons. Sa vision de son diagnostic est concrète, sans complexité. Pour lui, le but recherché avec le traitement pharmacologique est plutôt lié à des causes subjectives dont il souffre, comme l'insomnie. Néanmoins, il accepte la médication par appréciation pour son psychiatre. Chez ce patient, l'inobservance apparaît accidentellement ou lorsqu'il éprouve l'alliance thérapeutique. La psychoéducation n'amène pas nécessairement de bénéfice concret pour lui, mais elle aide à cristalliser la relation de collaboration mise en place.

3. Le «**reluctant recruit**» subit l'influence souvent erronée et stigmatisante de ses proches par rapport à la maladie mentale. Culturellement, il adopte des attitudes propres à son milieu d'appartenance concernant le diagnostic et la médication. Il est très à risque d'inobservance, surtout si l'équilibre entre la perception d'efficacité et la présence d'effets secondaires est inversé.

Ce type de patient croit à l'existence aiguë de la maladie et accepte le traitement à court terme, mais rejette le traitement prophylactique. On tente alors d'élargir le rôle de la médication, tout en incluant des bienfaits concrets et subjectifs que le patient est susceptible d'expérimenter – comme un antipsychotique pour l'aider à dormir. Après la rémission, il est possible que le patient insiste pour continuer sans traitement. Un filet de sûreté et un travail de psychoéducation sont alors essentiels. La rechute est parfois nécessaire pour que l'utilisateur de services comprenne l'importance de son traitement.

4. Le «**coffee guy**», dans sa forme extrême, affirme être admis involontairement à l'hôpital en raison d'un manque d'adhérence au traitement. Quand on le questionne, il ne peut expliquer pourquoi il est admis. Il possède peu d'autocritique et, malgré ses expériences passées, il n'a pas pu construire un modèle de compréhension de sa maladie.

Foncièrement, il ne s'oppose pas au traitement. Il lui arrive cependant de ne pas déposer de médicament pour une raison ou une autre et c'est pourquoi il n'est pas toujours observant. Typiquement, ce patient habite dans un environnement où ses besoins essentiels sont pris en charge, ce qui l'amène à accepter le traitement pour ne pas avoir d'ennui. Au fond, il présente un manque d'intérêt à sa propre condition.

5. Finalement, le «**constitutional combattant**» refuse à tout prix une médication psychiatrique. Habituellement, il n'a aucune autocritique, que ce soit pour des raisons de déni psychosocial, de problèmes neurologiques, ou les deux. Ainsi, l'alliance est très coûteuse à développer en termes de temps et d'énergie. Sa combativité disparaît

généralement lorsque les motifs de son refus de collaborer sont connus. En cas de divergence, il faut éviter de revenir à la charge : cela ne fait qu'augmenter l'opposition au traitement. On propose donc au patient de revenir nous voir lorsqu'il en sentira le besoin.

### Un lien avec l'entrevue motivationnelle

À la lumière de ces exemples, on reconnaît que l'entrevue motivationnelle doit servir à renforcer l'importance du traitement et de ses effets bénéfiques. Comme professionnel, nous sommes dans l'obligation de communiquer les aspects négatifs du traitement – effets secondaires, toxicité, modalités de suivi. Toutefois, les effets bénéfiques qui seront ressentis par le patient ne sont pas toujours explorés. L'identification des besoins du patient est aussi un élément-clé. En effet, il nous arrive de nous exprimer en expert et d'imposer des objectifs de traitement. Au fond, d'autres besoins, indirectement liés au traitement, peuvent devenir des éléments facilitant l'observance. Enfin, le professionnel doit apprendre à composer avec la résistance : il ne s'agit pas d'un échec. Dans un premier temps, l'entrevue motivationnelle peut très bien servir de prémisses à l'adhérence au rendez-vous de suivi.

**Les limites inhérentes à l'entrevue motivationnelle**  
Comme dans tout domaine, il existe aussi des limites à l'application de l'entrevue motivationnelle.

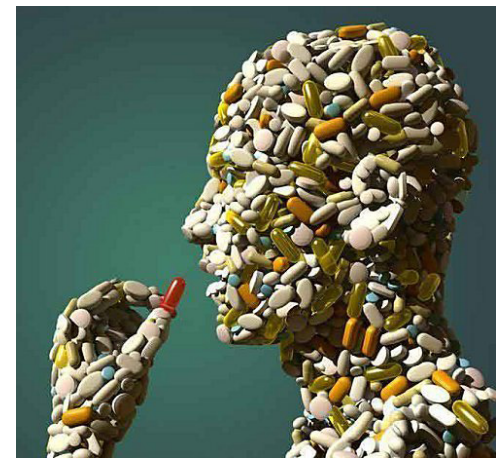
**Quoique presque universelle, les auteurs s'entendent pour dire que les populations difficiles à aborder, comme les dépendants sévères à l'alcool ou la drogue, les adolescents et les malades très réfractaires, bénéficieraient d'autres approches que celle proposée.**

De plus, fait intéressant, une vaste étude sur les problèmes liés à l'alcool a montré que le succès produit par l'entrevue motivationnelle n'est pas diminué par la présence concomitante de personnalité antisociale, de problèmes psychologiques et de troubles cognitifs.

En conclusion, la force de l'entrevue motivationnelle est qu'elle s'intègre ou cohabite bien avec d'autres types d'approche. En plus d'amener des réponses très intéressantes de la part des patients, de plus en plus d'études cliniques appuient son efficacité. 🩺

### Références

1. Miller RW, Rollnick S. *L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement*. InterEditions-Dunod. Paris, 2006.
2. Freudenreich O., Tranulis C. *A prototype approach toward antipsychotic medication adherence in schizophrenia*. Harv Rev Psychiatry. 2009;17(1):35-40.



## Le bilan comparatif des médicaments : une POR (pratique organisationnelle requise) à PORTée de tous

Par Malika Doubi, pharmacienne

### Le cas de M<sup>me</sup> P. Du Rein

M<sup>me</sup> P. Du Rein a été hospitalisée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine il y a environ deux ans pour dépression avec éléments psychotiques. Sur le plan physique, elle souffrait entre autres d'insuffisance rénale et nécessitait des traitements particuliers en lien avec cette pathologie. Durant son séjour, son traitement psychiatrique a légèrement changé, mais sa médication physique est restée la même.

Elle a ensuite dû être relocalisée dans une autre ressource d'hébergement. Si on revient il y a deux ans, au congé, le patient recevait une ordonnance de médication psychiatrique et une ordonnance pour sa médication physique s'il y avait changement dans cette médication. Or, lors de son congé, M<sup>me</sup> Du Rein n'avait que des changements dans sa médication psychiatrique. Elle a donc quitté l'établissement sans ordonnance de médication physique. Vu son changement de résidence, elle a été suivie et desservie par une nouvelle pharmacie communautaire. Cette pharmacie n'a rien reçu pour le volet physique. Résultat : M<sup>me</sup> Du Rein n'a pas reçu ses traitements pour sa maladie rénale et a dû être hospitalisée.

Cet événement compte parmi ceux qu'on attribue à la médication, qui figurent en deuxième place parmi les événements indésirables les plus fréquents qui causent préjudice aux patients.

### Une définition, des actions

Effectuer le bilan comparatif des médicaments (BCM) est une façon de s'assurer que l'information sur les médicaments est transmise au moment où la personne est transférée d'un milieu de soins à un autre. Pour établir ce bilan, l'assistant-technique en pharmacie et le pharmacien dressent une liste appelée « meilleur schéma thérapeutique possible ». Cette liste contient

de l'information aussi complète et précise que possible sur les médicaments. Elle est utilisée par tous les intervenants concernés (infirmières, médecins, pharmaciens, intervenant pivot) lorsque vient le temps de prendre des décisions quant aux médicaments. Le bilan comparatif des médicaments se fait au moment de l'admission dans un centre hospitalier, lors d'un transfert d'un milieu de soins à un autre au sein du même hôpital et au congé de l'hôpital. Il peut également être effectué lorsque la personne est dirigée vers un centre d'hébergement et de soins de longue durée<sup>1</sup>.

### **Le bilan comparatif représente une importante initiative en matière de sécurité des patients.**

C'est un processus qui vise à prévenir les événements indésirables liés à la médication, résultant par exemple d'une omission, d'une duplication ou d'une défaillance dans la transcription d'un médicament, et qui survient à un moment de transition au début, en cours ou à la fin d'un épisode de soins<sup>2</sup>. Les défaillances découlent souvent de problèmes de communication au sujet des médicaments à l'un de ces trois moments.

Le processus du BCM lors d'une admission inclut quatre actions :

1. Créer la liste la plus précise et complète possible des médicaments que le patient prend à son domicile ;
2. Comparer cette liste avec la médication prescrite à l'arrivée à l'hôpital ;
3. Documenter ou corriger les divergences entre les deux ;
4. Communiquer le contenu de la liste mise à jour au patient (ou à ses proches) ainsi qu'aux soignants.

Ces nombreuses interventions permettent d'éviter la confusion et de reproduire des erreurs. À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, cette liste est effectuée par l'assistant-technique en pharmacie et ensuite vérifiée par le pharmacien. Le personnel infirmier apporte également sa contribution pour l'obtention du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire ou pour questionner le patient.

Ensuite, le pharmacien effectue la comparaison avec les ordonnances et discute des modifications de traitement avec les prescripteurs de l'établissement. Ces modifications sont nommées divergences. Une divergence dite intentionnelle est un changement de traitement volontaire et habituellement documentée au dossier. La divergence non intentionnelle est un changement qui n'a pas été documenté et qui peut donc être considéré comme une erreur ou une omission. Chaque fois qu'une divergence est constatée, le pharmacien en discute avec le prescripteur et la consigne au dossier du patient.

La transmission des renseignements aux autres professionnels (intervenant pivot, pharmacien communautaire, etc.) est également importante. Différents outils de communication ont été élaborés pour la rendre plus efficace. L'outil de bilan comparatif employé à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine provient du logiciel *Gesphar Rx*, qui est utilisé pour la saisie des ordonnances. Une fonction du logiciel permet de reproduire la liste à jour de médicaments sur un document qui sert à la fois de prescription et de bilan comparatif. Cette liste de médicaments est évaluée, analysée et envoyée par le pharmacien dans l'unité. Les médecins (psychiatres et omnipraticiens) remplissent aussi leurs sections respectives. Par la suite, ce document est remis au patient et une copie est acheminée à son dossier externe.



### **Le BCM : depuis quand ?**

L'étude *Unintended Medication discrepancies at the time of hospital admission* publiée en 2005 a examiné le risque d'erreur chez les patients prenant quatre médicaments ou plus. Cette étude a démontré que plus de 53 % des patients évalués auraient subi au moins une erreur médicamenteuse, définie comme une divergence involontaire entre les médicaments prescrits à l'admission et l'histoire médicamenteuse établie avec le patient<sup>3</sup>.

De telles statistiques sont préoccupantes et il devient impératif de trouver des solutions afin de remédier à la situation. C'est pourquoi Agrément Canada a identifié le bilan comparatif des médicaments comme une pratique organisationnelle requise en matière de qualité de soins. Cette pratique fait partie des 43 critères répertoriés sur la norme de gestion des médicaments.


À l'Hôpital Louis H Lafontaine, le BCM à l'admission a été implanté à l'été 2009 et le déploiement du bilan de départ a suivi en novembre 2010, étant donné que ce

dernier amenait des changements de pratique majeurs en ce qui a trait aux ordonnances pharmaceutiques de départ.

### **Le BCM, ça donne quoi ?**

Dans le cadre d'un stage au doctorat professionnel de premier cycle en pharmacie, une étudiante a tenté de déterminer les impacts positifs du BCM<sup>4</sup>. L'évaluation de l'outil de bilan a notamment été menée par rapport à la clarté, la pertinence, la complétude de l'information, le gain de temps et la diminution des erreurs. Elle a été effectuée à l'aide d'un sondage de 41 questions ciblant la satisfaction des pharmaciens communautaires.

Au total, 33 % des pharmacies interpellées y ont participé et 75 % d'entre elles ont affirmé que le BCM étaient supérieur aux anciennes ordonnances et ce, à tous les niveaux sondés. Le risque d'erreur a également fait l'objet de résultats positifs. En effet, la majorité des répondants ont moins d'inquiétudes par rapport à la survenue d'erreurs médicamenteuses et pensent que le BCM limite les erreurs de prescription. Notre outil respecte également la confidentialité et encourage la liberté de choix de pharmacie du patient. De plus, cette nouvelle façon de faire favorise une saine communication interprofessionnelle. Il est par exemple utile pour un pharmacien communautaire de connaître la prochaine date d'injection d'un antipsychotique dépôt et ainsi être en mesure de le commander en temps opportun.

Bref, le bilan comparatif des médicaments est un moyen rapide, efficace et pertinent pour améliorer la qualité, l'efficacité et la continuité des soins aux patients. Il implique un travail interdisciplinaire qui diminue le risque d'erreurs reliées à la médication. Il permet également de diminuer la durée des hospitalisations et d'éviter des réhospitalisations. 

### **Références**

1. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada). *Le Bilan comparatif des médicaments peut aider à réduire les accidents liés à la médication*. 2012.
2. Pham-Dang M., Poulin MC. *Le bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé : Passer du mythe à la réalité*. *Pharmactuel* 2009;42(3) :204-8.
3. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R. et coll. *Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission*. *Arch Intern Med* 2005; 165(5):424-9.
4. Roze E., Vincent P. et coll. *Le bilan comparatif des médicaments de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine : un outil apprécié en pharmacie communautaire?* Département de pharmacie, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Faculté de pharmacie Université de Montréal, 2012.