

## Évaluation des bilans comparatifs des médicaments aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoyne

Rodolphe KénoI-Maurrasse<sup>1,2</sup>, Pharm.D., Mireille Brisson<sup>3,4</sup>, B.Pharm., M.Sc., Visal Uon<sup>5,6</sup>, B.Pharm., M.Sc.

<sup>1</sup> Candidat au Programme de doctorat en pharmacie, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, au moment de la rédaction, Montréal (Québec) Canada;

<sup>2</sup> Candidat au Programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

<sup>3</sup> Pharmacienne, Hôpital Charles-LeMoyne, Greenfield Park, (Québec) Canada;

<sup>4</sup> Clinicienne associée, Faculté de Pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

<sup>5</sup> Au moment de la rédaction de cet article, Pharmacien, Chef du département de pharmacie, Hôpital Charles-LeMoyne, Greenfield Park, (Québec) Canada;

<sup>6</sup> Pharmacien, Chef du département de pharmacie, Hôpital de Verdun, Verdun, (Québec) Canada

---

Reçu le 26 février 2014; Accepté après révision le 7 mars 2014

---

### Résumé

**Objectif :** Évaluer rétrospectivement la proportion de patients pour lesquels un assistant technique en pharmacie a entrepris un bilan comparatif des médicaments, décrire les divergences observées et juger de l'utilisation de ces formulaires en tant qu'ordonnances internes afin de compléter le bilan.

**Mise en contexte :** Depuis 2010, les assistants techniques en pharmacie ont un rôle accru dans l'élaboration des bilans comparatifs des médicaments aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoyne.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, un assistant technique a entrepris le bilan comparatif des médicaments de 37,2 % des patients ayant atteint ou dépassé 75 ans et occupant des civières aux urgences. Au total, 30,6 % des formulaires de bilans comparatifs rétrospectifs avec au moins une divergence ont été utilisés par les médecins. De plus, 85,7 % des formulaires des bilans comparatifs avec le meilleur schéma thérapeutique possible représentaient des patients d'un âge égal ou supérieur à 75 ans et ont été utilisés comme prescriptions internes.

**Discussion :** Les patients dont l'âge est égal ou supérieur à 75 ans, qui sont dirigés vers une autre unité de soins sont priorisés pour la rédaction des bilans comparatifs et semblent être la population la mieux servie en la matière. Il y aurait cependant certes place à des améliorations. Il semble également que plus on remplit tôt ce type de formulaire après l'admission du patient, plus il a des chances d'être pris en compte par un médecin.

**Conclusion :** Cette étude confirme la pertinence de sensibiliser l'équipe traitante à l'importance de compléter les bilans comparatifs afin de diminuer efficacement les risques d'erreurs médicamenteuses.

**Mots clés :** Assistants techniques en pharmacie, bilan comparatif des médicaments, pharmacie en établissement de santé, urgences

---

### Introduction

Selon les Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada, il est important qu'un établissement de santé priorise la rédaction d'un bilan comparatif des médicaments pour les patients admis aux différentes unités de soins<sup>1</sup>. Les formulaires des bilans comparatifs des médicaments (BCM) sont des outils qui permettent l'établissement du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) des patients, c'est-à-dire la comparaison la plus fidèle possible du profil pharmacologique du patient avec les ordonnances prescrites lors de l'hospitalisation du patient<sup>1-3</sup>. Agrément Canada insiste toujours davantage sur l'importance non

seulement d'effectuer ces bilans à l'admission des patients aux urgences, mais également à tous les différents points de transition de soins de santé, comme lors des transferts et des congés<sup>1,4</sup>. Ces bilans comparatifs contribuent à diminuer les risques d'erreurs, les effets indésirables liés aux médicaments ainsi que les réadmissions à l'hôpital non planifiées<sup>5</sup>. Les BCM sont de deux ordres : rétroactifs ou proactifs<sup>1,6</sup>. Alors que les BCM proactifs sont effectués lorsque le médecin prescrit la médication interne du patient directement à partir de son MSTP, les BCM rétroactifs nécessitent un retour sur les ordonnances déjà prescrites à l'interne afin d'en déceler les divergences avec le MSTP du patient.

Aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoine, les assistants techniques en pharmacie (ATP) remplissent les formulaires utilisés comme BCM sous la supervision d'un pharmacien depuis 2010. Ces formulaires servent à signaler les divergences entre les ordonnances prescrites à l'Hôpital et le MSTP du patient. Dans ce cas-ci, il s'agit d'une ébauche du formulaire de BCM rétroactif, qui pourra être complété par la suite. Cependant, si la médication usuelle du patient n'a pas encore été prescrite à l'Hôpital, l'ATP retranscrit la totalité du profil pharmacologique sur ce même formulaire, qui devient alors le MSTP du patient. Idéalement, après que l'ATP a rempli ces formulaires grâce aux différentes sources d'information qui lui sont disponibles (liste de médicaments de la pharmacie communautaire, dires du patient et des membres de sa famille ou autres), le médecin devrait s'en servir à la fois comme ordonnance et comme BCM. Ainsi, le médecin peut réévaluer la médication du patient et poursuivre, cesser, ou modifier la prise de chaque médicament en mentionnant la raison de toute modification ou interruption. Alors que les critères d'Agrément Canada stipulent que le BCM devrait être réalisé pour chaque usager admis dans l'établissement, il est possible que l'on doive privilégier une certaine population lorsque les patients sont trop nombreux, le personnel est réduit ou l'accès aux dossiers est difficile<sup>6</sup>. C'est la raison pour laquelle, à l'Hôpital Charles-LeMoine, les patients dont l'âge est égal ou supérieur à 75 ans sont priorisés par les ATP pour l'établissement d'un BCM. En effet, cette population est connue pour sa polypharmacie et les conséquences que cette dernière peut avoir sur la santé.

Alors qu'Agrément Canada exige des indicateurs de performances uniquement liés au pourcentage de patients bénéficiant d'un BCM<sup>1,6</sup>, les types de divergences qui y sont décelés ainsi que l'utilisation réelle des formulaires des BCM comme prescription interne par les médecins sont rarement évalués à l'Hôpital Charles-LeMoine. Il y a quelques années, une évaluation a toutefois été menée visant à déterminer la conformité de l'utilisation des profils pharmacologiques des pharmacies communautaires comme prescriptions internes par rapport aux normes établies au sein de l'établissement. En juin 2010, les médecins et l'équipe traitante faisaient une utilisation adéquate et conforme aux normes de ces profils comme MSTP et prescription interne dans 23 % des cas et en avril 2013, dans 50,5 % des cas<sup>7</sup>.

La présente évaluation observationnelle rétrospective des BCM a donc été réalisée en vue d'obtenir une vision plus juste des performances et des répercussions du travail des ATP qui œuvrent aux urgences de l'Hôpital. Nous espérons ainsi souligner l'importance de l'établissement systématique du BCM au sein des différentes unités de soins, en commençant par les urgences.

## Méthodologie

Au cours de l'étude, les formulaires de BCM remplis par les ATP durant le mois d'octobre 2012 ont été révisés de manière rétrospective par un étudiant en pharmacie. La liste des BCM faits par les ATP durant le mois a pu être établie sur la base des rapports journaliers. Ces derniers comportaient la liste des patients (noms et numéros de dossiers) pour lesquels un BCM avait été entrepris ainsi que

les divergences qui y ont été décelées. Une fois recensés, ces formulaires ont été séparés en trois catégories, soit les formulaires de BCM rétroactifs, qui ne comportaient aucune divergence entre la médication prescrite à l'Hôpital et la médication usuelle du patient, les formulaires de BCM rétroactifs, qui comportaient au moins une divergence, et les formulaires de BCM qui avaient été établis avant la prescription des médicaments du patient à l'Hôpital (établissement du MSTP). Une fois cette classification faite par l'étudiant en pharmacie selon les informations mentionnées dans les rapports journaliers, les dossiers contenant les formulaires de BCM rétroactifs comprenant au moins une divergence ainsi que les formulaires de BCM qui constituaient un MSTP ont été examinés aux archives de l'Hôpital en vue d'une collecte des données concernant les divergences décelées ainsi que l'utilisation des formulaires par les médecins pour l'achèvement des BCM.

Les divergences décelées dans les BCM rétroactifs que les ATP avaient entrepris ont été dénombrées et séparées en différentes catégories par un étudiant en pharmacie. Il s'agissait soit d'un médicament n'étant plus pris par le patient mais prescrit aux urgences (A), d'un médicament non prescrit à l'urgence mais pris par le patient à domicile (B), de doses différentes prescrites (C), d'une fréquence d'administration différente (D), d'une voie d'administration différente (E) ou d'une forme pharmaceutique différente (F) sans mention particulière au dossier pouvant expliquer les modifications thérapeutiques. L'étudiant évaluait également les formulaires pour savoir s'ils avaient été directement utilisés par les médecins comme prescriptions internes afin de compléter le BCM ou si les divergences décelées par les ATP avaient été prises en compte pour la rédaction des prescriptions ultérieures. En effet, les prescripteurs retranscrivent parfois les modifications qu'ils désirent apporter à la pharmacothérapie du patient sur une nouvelle ordonnance plutôt que d'utiliser directement le formulaire de BCM. Le travail de l'ATP était donc considéré comme étant pris en compte lorsque la journée même ou le lendemain de la réalisation du BCM, le médecin prescrivait ou retirait les médicaments du bilan en rédigeant une nouvelle ordonnance. Les formulaires de BCM proactifs étaient également dénombrés. Comme il s'agit plutôt dans ces cas de l'établissement d'un MSTP par les ATP plutôt que de divergences relevées dans les prescriptions, seule l'utilisation ou non du formulaire par le médecin comme prescription interne était notée.

La destination des patients après leur séjour aux urgences a également été notée, c'est-à-dire si le patient était admis à une unité de soins ou retournait à son domicile. L'âge des patients pour lesquels l'ATP établissait un formulaire de BCM était également pris en compte. Les différents calculs de performance ont nécessité le recueil, à des fins administratives, de données sur la fréquentation des urgences, soit le nombre de patients admis aux urgences chaque jour du mois d'octobre 2012, ainsi que le nombre de patients dirigés par la suite vers une autre unité de soins plutôt qu'à leur domicile. Ces données ont été également obtenues séparément pour les patients dont l'âge était égal ou supérieur à 75 ans.

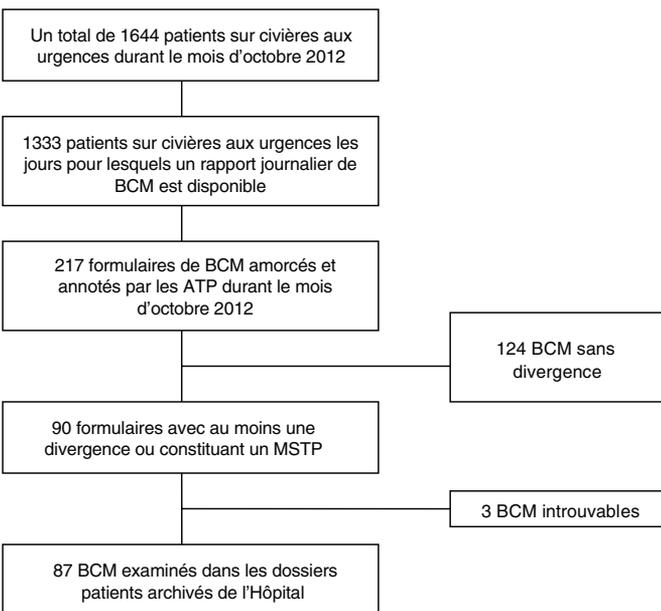
L'objectif primaire de l'étude visait l'obtention de données sur la proportion de patients admis aux urgences, ayant

bénéficié de la réalisation d'un BCM par un ATP. Ces données englobent la proportion de patients pour lesquels un BCM a été entrepris, la proportion de ces formulaires comportant des divergences, les types de divergences détectées par les ATP, la proportion de patients admis à une unité de soins pour qui un BCM a été entrepris, puis le degré d'utilisation de ces formulaires par les médecins comme prescription interne, que ce soit pour la rédaction d'un BCM proactif ou rétroactif.

Les objectifs secondaires de l'étude consistaient en l'ensemble des estimations directes susmentionnées, mais calculées pour la population des urgences ayant atteint ou dépassé l'âge de 75 ans. De plus, une comparaison a été effectuée entre les données relatives aux différents paramètres des BCM entrepris durant la semaine (du lundi au vendredi) et durant les fins de semaine (samedi et dimanche), dans le but d'évaluer les différences de performance entre ces deux périodes pendant lesquelles le nombre d'ATP affectés à la constitution des BCM est très différent. Finalement, la proportion de patients ayant un BCM complet a été évaluée. Un BCM était considéré comme étant complet si le BCM entrepris par l'ATP ne démontrait pas de divergences ou si le formulaire de BCM était pris en compte ou utilisé par un médecin en tant que prescription interne

## Résultats

Les rapports journaliers des ATP aux urgences concernant six journées du mois d'octobre 2012 n'ont pas été retrouvés. Seules les données de 25 jours ont donc été recueillies. Durant cette période, 217 BCM ont été entrepris et annotés. Parmi ceux-ci, 130 étaient des formulaires de



**Figure 1.** Population étudiée

*Selon les rapports journaliers, les ATP ont entrepris la rédaction de 217 BCM. Étant donné qu'il manquait les rapports de six journées du mois d'octobre 2012, nous n'avons pu mentionner la totalité des BCM effectués par le personnel de la pharmacie durant ce mois. Ceci explique pourquoi les données d'occupation de l'urgence n'étaient pas incluses dans les calculs relatifs à ces journées. Les BCM introuvables ne semblaient plus figurer dans les dossiers antérieurs des patients pour la période d'hospitalisation en question.*

ATP : assistant technique en pharmacie; BCM : bilan comparatif des médicaments

BCM rétroactifs et ne comportaient aucune divergence entre la médication prescrite aux urgences et celle prise par le patient à domicile, 72 étaient des BCM de type rétroactif comportant au moins une divergence, 15 étaient des MSTP, et trois n'ont pas été retrouvés dans les dossiers patients archivés à l'hôpital et ont donc été exclus de l'évaluation des divergences.

Sur la totalité des patients admis aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoine durant les journées étudiées du mois d'octobre 2012, les ATP ont procédé à l'établissement d'un BCM pour 16,3 % des patients. Parmi ces BCM, 59,9 % avaient été établis après la rédaction des ordonnances internes du patient et ne comportaient pas de divergences avec leur MSTP, tandis que 33,2 % présentaient au moins une divergence avec le MSTP, et 6,9 % d'entre eux étaient des formulaires destinés à être utilisés comme BCM proactifs. Les mêmes analyses pour les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans montrent que les ATP avaient entrepris l'établissement d'un BCM pour 37,2 % des patients, 67,9 % de ces BCM étaient rétroactifs sans présenter de divergence, 26,9 % étaient rétroactifs et comportaient au moins une divergence, et 5,2 % étaient des MSTP sur un formulaire de BCM prévu à cet effet.

Durant la période étudiée, l'établissement d'un BCM a été entrepris pour 25,4 % de tous les patients admis à une unité de soins. Ce pourcentage s'élève à 51,3 % pour les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans, qui étaient dirigés vers une autre unité de soins.

La grande majorité (88,2 %) des divergences décelées par les ATP au moyen des BCM étaient de type B, soit des médicaments que le patient prenait à domicile et que le médecin avait soit omis de prescrire ou de justifier leur retrait aux urgences. Aucune divergence de type E (différente voie d'administration prescrite aux urgences) ou de type F (différente forme pharmaceutique prescrite) n'a été relevée parmi les BCM évalués au cours de l'étude.

Parmi les formulaires de BCM ébauchés par un ATP et ayant présenté au moins une divergence entre le MSTP et les prescriptions internes, 30,6 % ont été utilisés par les médecins pour la réalisation du BCM du patient. Cette proportion se monte à 36,1 % pour les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans. En ajoutant à ces pourcentages les formulaires de BCM dont les divergences décelées ont été prises en compte par le médecin, ces proportions se montaient respectivement à 37,5 % et à 41,3 %. Pour ce qui est des MSTP rédigés par un ATP avant que le médecin prescrive les médicaments internes du patient, 66,7 % avaient été directement utilisés par les médecins comme prescriptions internes au sein de l'établissement de santé, et 85,7 % l'avaient été pour les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans. Quant aux patients sur civière aux urgences durant la période étudiée, 12,9 % ont eu un BCM complet et 32,5 % parmi les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans.

**Tableau I.** Proportion de patients admis aux urgences, pour lesquels les ATP ont entrepris la rédaction des bilans comparatifs des médicaments

Critères	Tous les jours N (%)		La semaine N (%)		La fin de semaine N (%)	
	Tous	≥ 75 ans	Tous	≥ 75 ans	Tous	≥ 75 ans
Patients sur civière pour lesquels un ATP a entrepris un BCM	217 (16,3)	134 (37,2)	193 (17,3)	118 (38,6)	24 (11,1)	16 (29,6)
Formulaires de BCM rétroactifs sans divergence	130 (59,9)	91 (67,9)	114 (59,0)	78 (66,1)	16 (66,6)	13 (81,2)
Formulaires de BCM rétroactifs avec au moins une divergence	72 (33,2)	36 (26,9)	65 (33,7)	33 (28,0)	7 (29,2)	3 (18,8)
Amorces de BCM constituant un MSTP	15 (6,9)	7 (5,2)	14 (7,3)	7 (5,9)	1 (4,2)	0 (0,0)
Patients admis à une unité de soins pour qui un ATP a amorcé un BCM	145 (25,4)	97 (51,3)	125 (26,2)	83 (52,5)	20 (21,3)	14 (45,2)
Formulaires de BCM rétroactifs sans divergence, destinés à des patients admis à une unité de soins	82 (56,5)	65 (67,0)	70 (56,0)	54 (65,1)	12 (60,0)	11 (78,6)
Formulaires de BCM rétroactifs avec au moins une divergence, concernant des patients admis à une unité de soins	51 (35,2)	26 (26,8)	44 (35,2)	23 (27,7)	7 (35,0)	3 (21,4)
Amorces de BCM constituant un MSTP pour des patients admis à une unité de soins	12 (8,3)	6 (6,2)	11 (8,8)	6 (7,2)	1 (5,0)	0 (0,0)

BCM : Bilan comparatif des médicaments; MSTP : Meilleur schéma thérapeutique possible

**Tableau II.** Utilisation des bilans comparatifs des médicaments par les médecins aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoyne

Critères	Tous les jours N (%)		La semaine N (%)		La fin de semaine N (%)	
	Tous	≥ 75 ans	Tous	≥ 75 ans	Tous	≥ 75 ans
Patients sur civière pour lesquels un ATP a entrepris un BCM	217 (16,3)	134 (37,2)	193 (17,3)	118 (38,6)	24 (11,1)	16 (29,6)
Formulaires de BCM rétroactifs sans divergence	130 (59,9)	91 (67,9)	114 (59,0)	78 (66,1)	16 (66,6)	13 (81,2)
Formulaires de BCM rétroactifs avec au moins une divergence	72 (33,2)	36 (26,9)	65 (33,7)	33 (28,0)	7 (29,2)	3 (18,8)
Amorces de BCM constituant un MSTP	15 (6,9)	7 (5,2)	14 (7,3)	7 (5,9)	1 (4,2)	0 (0,0)
Patients admis à une unité de soins pour qui un ATP a amorcé un BCM	145 (25,4)	97 (51,3)	125 (26,2)	83 (52,5)	20 (21,3)	14 (45,2)

BCM : Bilan comparatif des médicaments; MSTP : Meilleur schéma thérapeutique possible

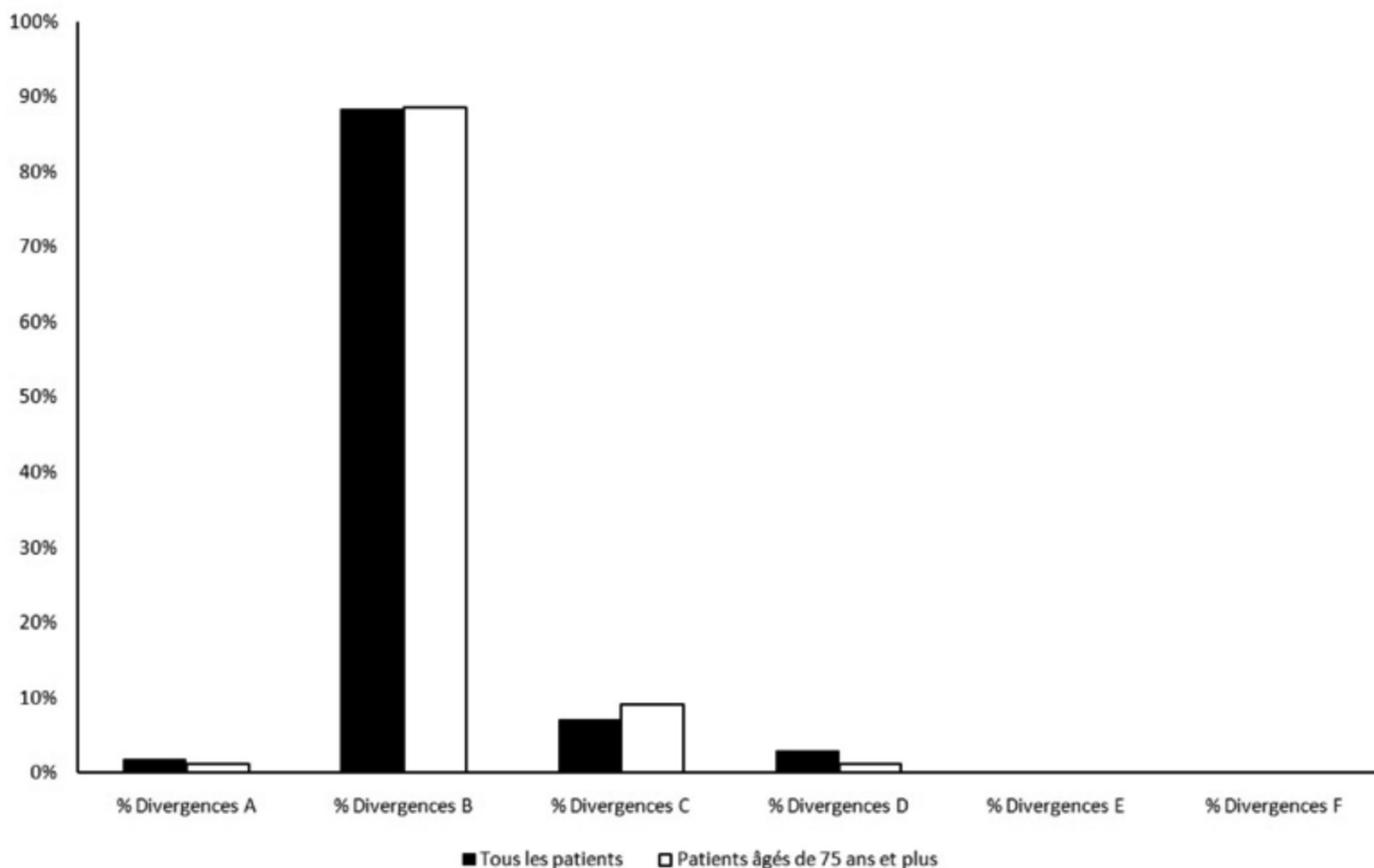
## Discussion

Étant donné que les ATP ont priorisé l'évaluation des dossiers des patients ayant atteint ou dépassé 75 ans, il est normal que le pourcentage de BCM entrepris pour ce groupe d'âge soit plus important que celui de l'ensemble des patients sur civières aux urgences. Il est intéressant de noter que les ATP ont pu commencer à remplir un formulaire de BCM pour plus de la moitié des patients ayant atteint ou dépassé 75 ans, admis à une unité de soins à partir des urgences (51,3 %). En effet, il est très utile qu'un bilan comparatif soit effectué avant l'admission d'un patient à une unité de soins, étant donné qu'il existe un risque que la médication usuelle du patient ne soit pas réévaluée de manière aussi exhaustive dans une unité de soins qu'aux urgences.

Pour ce qui est des divergences décelées, la figure 2 illustre la similarité du pourcentage de divergences décelées entre les patients de tous âges sur civière et la population sur civière ayant atteint ou dépassé 75 ans. Il est intéressant de constater que les divergences n'étaient pas plus nombreuses chez les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans. Il aurait été logique de penser qu'étant donné la polypharmacie fréquente de ces patients<sup>8</sup>, les prescriptions auraient présenté un plus grand nombre de divergences. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les patients âgés de moins de 75 ans ont bénéficié

d'un BCM parce qu'ils avaient probablement des profils pharmacothérapeutiques plus complexes, alors que les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans bénéficient de BCM de manière plus systématique dans la mesure du possible. En effet, c'est souvent un pharmacien ou un médecin qui demande l'établissement d'un formulaire pour les patients âgés de moins de 75 ans en raison de la complexité de leur profil médicamenteux souvent due à plusieurs affections chroniques.

Cette étude a permis de démontrer que moins de la moitié des formulaires destinés à être utilisés comme BCM rétroactifs ont été utilisés ou pris en compte par les médecins (37,5 % de la totalité des formulaires et 41,3 % pour les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans). La médiocrité de ce pourcentage pourrait s'expliquer par la faible visibilité des formulaires de BCM dans les dossiers des patients ou encore par le manque de sensibilisation à l'importance du BCM au sein de l'équipe traitante. En revanche, les formulaires de BCM constituant un MSTP effectué proactivement par rapport aux ordonnances internes ont révélé un taux intéressant d'utilisation, soit 66,7 % de tous ces formulaires, et 85,7 % pour les patients ayant atteint ou dépassé 75 ans. Il semble donc que plus l'intervention est proche du moment de l'admission du patient, ce qui est souvent le cas pour la rédaction des MSTP, plus elle a des chances d'être prise en compte par le médecin.



**Figure 2.** Types de divergences décelées entre le MSTP et les ordonnances prescrites aux patients sur civières aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoynes.

MSTP : Meilleur schéma thérapeutique possible

D'une manière globale, 12,9 % des patients sur civières aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoynes (32,5 % des patients âgés de 75 ans ou au-delà) ont bénéficié d'un BCM entrepris par un ATP. Il y a certes place à de l'amélioration, mais il s'agit d'une performance acceptable étant donné le volume de travail et la fréquentation des urgences, la difficulté d'accès aux dossiers en raison de leur utilisation par d'autres professionnels ou services de santé ainsi que les restrictions financières fréquentes, pour toutes sortes de raisons administratives, qui affectent les quarts de travail des ATP œuvrant aux urgences. Il s'agit là d'éléments déjà identifiés au sein d'autres établissements de santé, qui rendent difficile le respect des critères établis par les Pratiques organisationnelles requises<sup>9</sup>. L'établissement d'un MSTP est une tâche qui demande beaucoup de temps; un projet pilote du CSSS de la Capitale-Nationale estimait qu'un pharmacien doit consacrer environ trente minutes pour mener à terme un MSTP<sup>10</sup>. Les patients d'un âge égal ou supérieur à 75 ans constituent une proportion importante des patients sur civières aux urgences. D'autres critères permettraient également de mieux cibler les patients plus susceptibles de bénéficier de l'élaboration d'un BCM. Entre autres, le nombre de médicaments figurant au profil pharmacologique et les différentes comorbidités des patients pourraient s'ajouter au critère de l'âge, de manière à cibler une population plus exposée à subir des erreurs

de re prescription. La collaboration de l'équipe des soins infirmiers des urgences constitue une option également intéressante pour améliorer l'efficacité de la rédaction des MSTP<sup>11</sup>. En effet, l'équipe de soins tout entière, et non seulement le personnel de la pharmacie, devrait s'en préoccuper.

## Conclusion

Bien que des améliorations dans les pratiques soient toujours possibles, cette étude démontre qu'une bonne proportion des patients ayant atteint ou dépassé 75 ans, priorités aux urgences de l'Hôpital Charles-LeMoynes pour obtenir un BCM, voient leur dossier évalué par un ATP sous la supervision d'un pharmacien et obtiennent un formulaire de BCM avant leur transfert dans une autre unité de soins. Les évaluations rapportent également que les ATP remplissent une bonne proportion de ces formulaires, mais que ces derniers ne sont pas nécessairement pris en compte par le médecin. Les ATP ayant bénéficié d'une bonne formation peuvent être d'une grande aide dans le processus de rédaction des BCM. Leur connaissance des dénominations communes, des noms originaux, des teneurs et des différentes formes pharmaceutiques leur permet de déceler rapidement les divergences entre le profil pharmacologique des patients et la prescription faite à l'hôpital. Cette étude

souligne également la pertinence d'insister auprès des équipes traitantes sur l'importance de compléter les BCM afin de diminuer efficacement les risques d'erreur et, par voie de conséquence, le risque d'effets indésirables liés à la médication. Par souci d'amélioration des pratiques, les urgentologues ont été mis au courant des résultats de cette étude. Les ATP et les pharmaciens du département de pharmacie ont également bénéficié d'une présentation des résultats visant à mettre en évidence l'importance de l'élaboration des BCM aux urgences.

## Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

## Références

1. Agrément Canada. Pratiques organisationnelles requises 2012. [en ligne] [http://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr\\_0.pdf](http://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr_0.pdf) (site visité le 24 avril 2013).
2. Pham-Dang mL, Poulin MC. Le bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé: Passer du mythe à la réalité. *Pharmactuel* 2009;42:204-8.
3. 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. *Bulletin de l'ISMP Canada* 2012;11(3):1-2.
4. Le centre de recherche sur l'amélioration des soins. Optimiser la sécurité des médicaments aux points de transition des soins. *Bulletin SSPSM* 2011 Jun 1. [en ligne] <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/shnNewsletter/> (site visité le 24 avril 2013).
5. Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre – Progrès à ce jour et chemin à parcourir. [en ligne] <http://accreditation.ca/sites/default/files/med-rec-fr.pdf> (site visité le 24 avril 2013).
6. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Réalisation du bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé québécois. [en ligne] [http://www.cha.quebec.qc.ca/fileadmin/cha/internet/specialites\\_medicales/pharmacie/fichiers/guide\\_apes\\_bcm.pdf](http://www.cha.quebec.qc.ca/fileadmin/cha/internet/specialites_medicales/pharmacie/fichiers/guide_apes_bcm.pdf) (site visité le 24 avril 2013).
7. Brisson M. Étude de conformité des ordonnances effectuées par les urgentologues à partir des profils des pharmacies communautaires. Évaluation interne à l'Hôpital Charles-Le Moyne. 2010.
8. Grenier-Gosselin L. Portrait de la population gériatrique et médicaments problématiques chez cette clientèle. *Pharmactuel* 2008;41:6-10.
9. Blanchet M. Le bilan comparatif des médicaments : un processus dynamique nécessitant une approche interdisciplinaire. *Pharmactuel* 2009;42:158.
10. Grenier L. Bilan comparatif des médicaments : Projet-pilote d'implantation aux soins à domicile. *Pharmactuel* 2012;45:119-27.
11. Alemanni J, Atkinson S, Sauvé C, Bussièrès JF. Évaluation de l'utilisation du bilan comparatif des médicaments à l'urgence. *Pharmactuel* 2010;43:49-53.

## Abstract

**Objective:** To determine retrospectively the proportion of patients for whom a pharmacy technician performed a medication reconciliation, to describe the observed discrepancies, and to assess the use of these forms as in-house prescriptions for the purpose of conducting reconciliations.

**Background:** Since 2010, pharmacy technicians have played an increased role in performing medication reconciliations at the Hôpital Charles-LeMoyne emergency department.

**Results:** During the study period, a pharmacy technical assistant performed a medication reconciliation for 37.2% of the 75-year-old or older patients admitted on stretchers in the Emergency Department. In all, 30.6% of the retrospective medication reconciliation forms showing at least one discrepancy were used by the physicians. In addition, 85.7% of the reconciliation forms with the optimal treatment regimen concerned patients 75 years of age or older and were used as in-house prescriptions.

**Discussion:** Patients 75 years of age or older transferred to another care unit are given priority for completing a medication reconciliation form and seem to be the population best served by this. Clearly, however, there is room for improvement. Also, it seems that the sooner this type of form is completed after the patient is admitted, the greater the likelihood that it will be taken into consideration by a physician.

**Conclusion:** This study confirms the relevance of making the care team aware of the importance of performing medication reconciliations in effectively reducing the risk of medication errors.

**Key words:** Emergency room, institutional pharmacy, medication reconciliation, pharmacy technicians