

Enquête québécoise sur la démarche du bilan comparatif des médicaments

Floriane Darbon^{1,2}, D.Pharm., Suzanne Atkinson³, B.Pharm., M.Sc., Élisabeth Bourassa⁴, B.Pharm., M.Sc., Pascal Bédard⁵, B.Pharm., M.Sc., Maxime Thibault⁵, B.Pharm., M.Sc., Jean-François Bussièrès^{6,7}, B.Pharm., M.Sc., MBA, FCSHP, FOPQ

¹Assistante de recherche au moment de l'étude, Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

²Pharmacienne, Praticienne des centres de lutte contre le cancer, Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France;

³Pharmacienne, Chef adjointe aux services pharmaceutiques, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

⁴Pharmacienne, Adjointe aux affaires professionnelles, Département de pharmacie, Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval, Québec (Québec) Canada;

⁵Pharmacien, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

⁶Pharmacien, Chef du département de pharmacie et de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

⁷Professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Reçu le 5 décembre 2017; Accepté après révision le 27 février 2019

Résumé

Objectifs : Dresser un état des lieux des pratiques du bilan comparatif des médicaments dans les hôpitaux du Québec en 2016 et obtenir au moyen d'un sondage l'avis des pharmaciens sur l'état actuel et son évolution.

Mise en contexte : Les pratiques hétérogènes entourant la conciliation médicamenteuse contribuent à réduire la conformité des pratiques par rapport à celles attendues. Malgré les nombreuses études publiées, il n'existe pas de portrait réel des pratiques actuelles au Québec.

Résultats : Vingt-huit chefs de département ont répondu à l'enquête (taux de participation de 82 %). La plupart du temps, le pharmacien participe à la réalisation du meilleur schéma thérapeutique possible, en revanche, les médecins semblent moins s'y investir. Les infirmières et les assistants techniques en pharmacie ont des réponses mitigées sur leur rôle. Au congé des usagers, 59 % des répondants affirment que le pharmacien participe au bilan comparatif des médicaments en préparant ou en validant les ordonnances. Cela représente un pourcentage d'ordonnances de départ validées variant entre 2 et 100 %.

Conclusion : Cette étude descriptive fait le point sur les pratiques entourant le bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé du Québec. Un tel bilan implique plusieurs intervenants, en particulier les pharmaciens, les infirmières, les assistants techniques et les médecins. L'utilisation d'outils très divers entraîne un manque d'uniformité de cette démarche dans le réseau. L'information découlant du processus de prescription médicamenteuse semble essentielle pour assurer l'optimisation du processus de conciliation.

Mots-clés : Bilan comparatif des médicaments, divergence, meilleur schéma thérapeutique possible, pratique pharmaceutique

Introduction

Garantir l'utilisation sécuritaire des médicaments durant le parcours de soins des patients est primordial pour les professionnels de la santé¹. Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est un élément clé de l'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des effets indésirables évitables associés aux médicaments¹. Plusieurs revues documentaires ont démontré des divergences entre les médicaments pris à domicile et ceux prescrits à l'admission à l'hôpital ou au congé de l'hôpital et la nécessité de procéder à une conciliation médicamenteuse, étant

donné que ces divergences peuvent contribuer à la survenue d'effets indésirables, à la prolongation de l'hospitalisation, voire au décès²⁻⁴.

Une revue Cochrane récente met toutefois en doute les retombées de cette démarche, compte tenu des études publiées⁵. Au Québec, plusieurs travaux ont été effectués sur ce thème⁶⁻¹³. Ils ont permis par exemple d'explorer l'utilisation du bilan comparatif auprès de différentes patientèles (p. ex. urgence, chirurgie ambulatoire)^{6,9,12}. Certains travaux ont permis de comparer les outils utilisés, dont le recours au

télécopieur et à certains formulaires^{8,11}. D'autres ont exploré la possibilité de recourir au Dossier santé Québec^{10,12,13}.

Ayant pour mission de réduire ces écarts, le BCM est une pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada depuis 2006¹. Les étapes principales du BCM comportent la réalisation, avec la collaboration du patient, du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), sa validation au moyen d'une deuxième source d'information, puis une comparaison prospective ou rétrospective du MSTP avec les ordonnances actives ainsi que la détection et la conciliation des divergences^{1,14}. Cette démarche doit être réalisée aux différents points de transitions du parcours de soins de l'utilisateur, à savoir à l'admission, aux points de transfert entre unités et au moment du congé lors de la rédaction des ordonnances de sortie^{1,14}.

L'objectif du BCM est de prévenir et de résoudre les divergences non intentionnelles entre les médicaments que l'utilisateur prenait avant son admission, ceux qui lui ont été prescrits pendant l'hospitalisation et ceux qu'il devrait prendre à la fin de son séjour en établissement^{1,14}. Pour répondre aux demandes d'Agrément Canada, le BCM a d'abord été mis en place dans certaines unités pilotes. Depuis janvier 2018, on demande de le mettre en place dans tous les services des établissements de santé¹⁴. Actuellement, cette démarche est plus ou moins implantée dans tous les établissements de santé du Québec.

Nous émettons l'hypothèse que les pratiques entourant la conciliation médicamenteuse sont hétérogènes, ce qui contribue à restreindre la conformité par rapport aux pratiques attendues. De plus, malgré les nombreuses études sur le sujet, il n'existe pas de portrait réel des pratiques actuelles au Québec. La comparaison des pratiques et leur harmonisation au Québec nous paraissent importantes pour faire progresser la conciliation des BCM. Cette concertation est d'autant plus importante qu'elle intervient dans un contexte de fusion des établissements de santé et qu'une insistance est mise sur l'homogénéisation des politiques et procédures ainsi que des pratiques. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés aux BCM en établissement de santé au Québec.

Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée entre mai et juin 2016. L'objectif principal était de dresser un état des lieux des pratiques de réalisation du BCM dans les hôpitaux du Québec. L'objectif secondaire visait à obtenir le point de vue des pharmaciens hospitaliers sur l'état actuel et l'évolution future de ce processus.

En date du 1^{er} avril 2015, le gouvernement du Québec a procédé à une réorganisation majeure du réseau de la santé en fusionnant 184 établissements pour n'en former que 34¹⁵. Ainsi, chaque établissement comporte désormais plusieurs installations, dont plusieurs centres hospitaliers (c.-à-d. l'une des cinq missions des établissements de santé en vertu du cadre juridique en vigueur)¹⁶. Au moment de réaliser l'enquête, l'harmonisation des processus entourant le BCM n'était pas achevée dans toutes les installations des nouveaux établissements. Nous avons contacté les chefs de départements comme répondants légitimes de chaque

établissement et chacun était libre de répondre au nom d'une ou de plusieurs installations, afin de décrire la variété des pratiques.

Une recherche sur PubMed^{MD} nous a permis de recenser les publications portant sur le sujet au cours des dernières années afin d'alimenter notre réflexion et de nous aider à voir quels étaient les processus du bilan déjà mis en place entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} juillet 2017. Les mots-clés utilisés étaient *medication* et *reconciliation*. Cette recherche a servi de base à la création des questions liées à la réalisation concrète du BCM.

Les pharmaciens de notre groupe de recherche ont testé la première version d'un questionnaire que les investigateurs avaient préalablement établi. Ensuite, quatre pharmaciens hospitaliers d'établissements universitaires et non universitaires en ont vérifié la version modifiée. Les remarques et les critiques émises durant ces phases de test ont été prises en compte pour la réalisation de la version finale du questionnaire.

L'étude a été réalisée en français à l'aide d'un questionnaire en ligne publié sur SurveyMonkey^{MD}. Le questionnaire final comportait 34 questions, soit des questions fermées à choix dichotomiques ($n = 13$) et à choix multiples ($n = 9$), des questions comportant une échelle de Likert à cinq niveaux ($n = 1$), des questions comportant une échelle de 0 à 100 % ($n = 1$), des questions comportant une évaluation de fréquence ($n = 4$) et des questions ouvertes ($n = 6$).

Les questions ont été regroupées par thèmes, ce qui facilitait le ciblage des principaux critères ayant un impact sur la démarche du BCM. D'abord, les répondants ont été interrogés sur les rôles et responsabilités de chacun des intervenants dans le processus de réalisation du BCM. Ensuite, nous nous sommes intéressés aux différents outils mis à la disposition du personnel et à la formation de ce dernier. Enfin, nous avons voulu comprendre comment chaque centre documente le travail et quels étaient les indicateurs permettant d'évaluer la qualité de leur processus. Les répondants devaient consacrer une quinzaine de minutes à remplir le questionnaire.

Les pharmaciens ont été contactés en mai 2016 par courrier électronique, à l'aide de la liste des chefs de départements de pharmacie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). En acceptant de participer à l'enquête, les répondants étaient informés que les résultats seraient publiés de façon agrégée et anonyme. Un premier rappel a été envoyé après dix jours de mise en ligne du sondage. Après 30 jours environ, les investigateurs ont envoyé un rappel individuel aux pharmaciens n'ayant pas répondu au sondage. Ils avaient ciblé pour cette étude un échantillon de convenance d'au moins 40 répondants. La participation à l'étude nécessitait un consentement libre, manifeste et éclairé. Afin d'avoir une vision plus globale et complète des démarches MSTP/BCM de chaque établissement, nous avons demandé aux participants de nous transmettre par courriel les différentes politiques et procédures en vigueur, en plus de nous fournir un formulaire vierge du MSTP et des ordonnances au congé du patient, dans le but de les comparer entre eux. Un chef de département pouvait fournir des réponses concernant plusieurs installations réunies au sein d'un même établissement, lorsque cela était pertinent. Ainsi, le nombre total de répondants varie pour

chaque réponse. Les résultats ainsi que leurs analyses ont été anonymisés. Les résultats de l'enquête sont présentés sous forme de statistiques descriptives.

Résultats

Vingt-huit chefs de département ont répondu à l'enquête (taux de participation de 82 %). Ils proviennent de centres hospitaliers universitaires ($n = 4$), de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ($n = 9$), de centres intégrés de santé et de services sociaux ($n = 12$) ou d'instituts ($n = 3$). Ces répondants ont fourni des données sur 45 installations (d'une à quatre installations par répondant) relevant de centres hospitaliers universitaires ($n = 7$), de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ($n = 19$), de centres intégrés de santé et de services sociaux ($n = 16$) ou d'instituts ($n = 3$).

Rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités des différents acteurs participant à la démarche du BCM sont présentés au tableau I. Les acteurs de cette démarche varient d'un établissement à l'autre. Le pharmacien participe la plupart du temps à la démarche de réalisation du MSTP contrairement aux médecins qui ne semblent pas vraiment s'y investir. Pour ce qui est des infirmières et des assistants techniques en pharmacie (ATP), les réponses sur leurs rôles sont mitigées. Au congé de l'usager, 59,1 % des pharmaciens (26/44) disent participer au BCM en préparant ou validant les ordonnances.

Cela représente un pourcentage d'ordonnances de départ validées variant entre 2 et 100 % par répondant.

Résolution des divergences

Même si le médecin a toujours un rôle prédominant dans la résolution des divergences rencontrées lors de la réalisation du BCM (15 % [6/40] toujours, 50 % [20/40] souvent), on peut aussi noter que la majorité des pharmaciens semble avoir un rôle réel dans cette démarche (25,6 % [11/43] toujours, 34,9 % [15/43] souvent). On voit que la communication interdisciplinaire tient une place dominante dans ce processus. Les pharmaciens disent faire des suggestions aux médecins, que ces derniers contresigneront, ou modifier directement la prescription après une ordonnance verbale du médecin. Cette communication semble également facilitée lorsque le pharmacien clinicien se trouve directement à l'unité de soins. Les ordonnances sont le plus souvent verbales.

Recrutement de personnel

Une question portait sur la prise en charge du BCM, à savoir si elle avait nécessité un accroissement des ressources humaines au cours des cinq dernières années : 65,4 % (17/26) des répondants ont déclaré avoir recruté des ATP (neuf entre 0,5 et 1,5 équivalent temps plein [ETP]; quatre entre 2 et 3 ETP; trois entre 4 et 5 ETP et un pour plus de 5 ETP). Six répondants ont recruté des pharmaciens (entre 0,5 et 1,5 ETP).

Tableau I. Rôles et responsabilités des différents acteurs participant à la démarche du bilan comparatif en 2016

Intervenants	Échelle	Réalisation du MSTP		Réalisation du BCM		Correction des divergences	
		n/N	%	n/N	%	n/N	%
Pharmaciens	Toujours	9/41	22	19/44	43,2	11/43	25,6
	Souvent	15/41	36,6	13/44	29,6	15/43	34,9
	Parfois	15/41	36,6	9/44	20,5	14/43	32,6
	Rarement	2/41	4,9	2/44	4,6	2/43	4,7
	Jamais	0/41	0	1/44	2,2	1/43	2,3
Médecins	Toujours	0/34	0	5/31	16,1	6/40	15
	Souvent	3/34	8,8	2/31	6,5	20/40	50
	Parfois	5/34	14,7	2/31	6,5	9/40	22,5
	Rarement	14/34	41,2	14/31	45,2	3/40	7,5
	Jamais	12/34	35,3	2/31	6,5	2/40	5
Assistants techniques en pharmacie	Toujours	5/41	12,2	11/35	31,5	NA	NA
	Souvent	18/41	43,9	12/35	34,3	NA	NA
	Parfois	6/41	14,6	1/35	2,9	NA	NA
	Rarement	<1%	2,4	2/35	5,7	NA	NA
	Jamais	11/41	26,8	15/35	42,9	NA	NA
Infirmières	Toujours	4/41	9,8	0/29	0	NA	NA
	Souvent	3/41	7,3	1/29	3,5	NA	NA
	Parfois	19/41	46,3	3/29	10,3	NA	NA
	Rarement	7/41	17,1	10/29	34,5	NA	NA
	Jamais	8/41	19,5	15/29	51,7	NA	NA

Abréviations : n : nombre de personnes d'accord avec l'énoncé/choix de réponse; N : nombre de personnes ayant répondu à cette question; BCM : bilan comparatif des médicaments; MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible; NA : non applicable

Outils

Les tableaux II présentent les résultats liés aux outils nécessaires à la réalisation du BCM.

Informatisation

Le taux des installations qui ont adopté une version électronique du MSTP est de 35,6 % (16/45). Les répondants ont mentionné qu'ils utilisaient les logiciels suivants : GesPharX^{MD} (n=9), Syphac^{MD} (n=2), Oacis^{MD} (n=1), CristalNet^{MD} (n = 1) et RightRX^{MD} (n = 1) et réponse manquante (n = 2). La majorité des pharmaciens désirerait un logiciel interfacé avec les différents autres systèmes actuellement disponibles

(c.-à-d. intégration du Dossier santé Québec [DSQ] et recours à la prescription électronique). Selon eux, outre l'absence d'interface, la présence de lacunes dans les données (c.-à-d. données incomplètes compte tenu de l'absence de produits immunisants, de médicaments en vente libre et de produits de santé naturels) et la configuration mal adaptée du DSQ nuisent à l'extension de son utilisation. Les tableaux III et IV présentent les résultats liés à la traçabilité, aux indicateurs, à la certification et à l'évolution des pratiques.

Indicateurs

L'un des indicateurs de qualité du processus du BCM dans chaque installation est la quantité de BCM réalisés

Tableau II. Résultats liés aux outils favorisant la réalisation du BCM – partie I

Variables	Choix de réponses	n/N	%
1. Format du MSTP			
Quel est le format du formulaire MSTP utilisé dans votre établissement?	Papier	29/45	64,4
	Électronique	16/45	35,6
Utilisez-vous le MSTP comme feuille de rédaction des ordonnances d'admission?	Oui	21/45	46,7
	Non	24/45	53,3
2. Sources d'informations pour réaliser le MSTP			
À quelle fréquence consultez-vous une deuxième source d'information?	Systématiquement	19/45	42,2
	Souvent	20/45	44,4
	Parfois	6/45	13,3
	Rarement	0/45	0
	Jamais	0/45	0
À quelle fréquence utilisez-vous les sources suivantes comme 2 ^e source d'information?			
	<i>Dossier santé Québec</i>		
	Systématiquement	10/44	22,7
	Souvent	21/44	47,7
	Parfois	10/44	22,7
Rarement	1/44	2,3	
Jamais	2/44	4,5	
<i>Liste personnelle du patient</i>	Systématiquement	5/44	11,4
	Souvent	6/44	13,6
	Parfois	14/44	31,2
	Rarement	12/44	27,3
	Jamais	7/44	15,9
<i>Les emballages, étiquettes, bouteilles</i>	Systématiquement	3/43	7
	Souvent	6/43	14
	Parfois	15/43	34,9
	Rarement	16/43	37,2
	Jamais	3/43	7,0
<i>Le profil pharmacologique</i>	Systématiquement	33/45	73,3
	Souvent	8/45	17,8
	Parfois	3/45	6,7
	Rarement	1/45	2,2
	Jamais	0/45	0

Abréviations : n : nombre de personnes d'accord avec l'énoncé/choix de réponse; N : nombre de personnes ayant répondu à cette question; BCM : bilan comparatif de médicaments; MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible; NA : non applicable

comparativement au nombre d'admissions, de transferts et de congés. Les répondants ont indiqué avoir l'impression qu'environ la moitié des usagers obtenaient un MSTP à l'admission. Le logiciel le plus utilisé pour le suivi du nombre de BCM réalisés était GesPharX^{MD} (48 %). D'autres ont mentionné que les suivis statistiques étaient faits soit manuellement, en comparant de façon périodique le nombre de BCM au nombre d'admissions (29,6 %), soit à l'aide du logiciel Clinibase^{MD} (7,4 %), soit avec un autre logiciel qui n'a pas été décrit (7,4 %).

Certification et formation

Même si seulement 42,9 % (19/45) des installations demandent une certification de leur personnel participant à la démarche, plus de 90 % (17/19) d'entre elles mettent à disposition des outils de formation qui sont le plus souvent des politiques et procédures (78,1 %, 32/41), des outils de formation papier (56,1 %, 23/41) et des aide-mémoires (53,9 %, 22/41). Cette formation peut passer également par des présentations orales faites par les pharmaciens. Cette certification ne concerne que les ATP dans 60,9 % (25/41) des cas. Elle a lieu annuellement dans 60 % (15/25) des établissements la demandant et seulement au moment du recrutement dans les autres.

Encadrement

Sur les 68,2 % (30/44) des répondants ayant déclaré avoir une personne responsable des BCM, dans 66,7 % (20/30) des cas, cette responsabilité incombait à un pharmacien de l'établissement, dans 16,7 % (5/30) des cas, à un chef adjoint aux soins pharmaceutiques et dans 6,7 % (2/30) des cas, directement au chef de département de pharmacie. Parmi les autres responsables, on trouve un directeur des services professionnels et un chargé de projet. Les autres répondants (14/44) nous ont fait part du non-renouvellement du poste depuis les fusions d'établissements réalisées en 2015. Les résultats sont cependant plus faibles en ce qui concerne l'existence d'un comité pluridisciplinaire (43,2 %, 13/30). Lorsqu'il existe, il est le plus souvent confié à la Direction des services professionnels ou à la Direction de la qualité et de la gestion des risques (28,6 %, 8/28). Il peut également relever de la Direction générale (10,7 %, 3/28), de l'équipe en charge de l'agrément (3,5 %, 1/28) ou d'un comité interdisciplinaire opérationnel souvent dirigé par le chef du Département de pharmacie (21,4 %, 6/28). La plupart des répondants mentionnent des difficultés depuis l'intégration, soit en raison de l'absence d'un nouveau comité ou d'un manque de participation (33,3 %, 14/42).

Tableau II. Résultats liés aux outils favorisant la réalisation du BCM – partie II

Variables	Choix de réponses	n/N	%
1. Dossier Santé Québec			
Indiquez les modalités d'accès applicables dans votre établissement	En imprimant à l'admission une copie du profil pharmacologique du DSQ et en le versant au dossier	19/45	42,2
	En consultant le DSQ avec une clé d'accès	42/45	93,3
	En obtenant les données du DSQ par une interface avec un logiciel utilisé localement	1/45	2,2
	Autrement	5/45	11,1
Avez-vous du personnel non soignant (ex. commis à l'admission) détenant des clés d'accès au DSQ?	Oui	15/42	35,7
	Non	27/42	64,3
2. Continuité des soins			
Remettez-vous au patient d'autres documents que l'ordonnance de départ au congé?	Oui	12/45	26,7
	Non	33/45	73,3
Quels types de documents outre l'ordonnance remettez-vous aux patients?	Feuille de conseils aux patients	7/15	46,7
	Plan de soins pharmaceutiques	6/15	40
	Autre	8/15	53,3
3. Formation			
Avez-vous des outils de formations pour le personnel ciblé?	Oui	39/43	90,7
	Non	4/43	9,3
Type de soutien mis à disposition	Vidéo en ligne	3/39	7,7
	Outils de formation en version papier	22/39	56,4
	Politique et procédures	31/39	79,5
	Aide-mémoire	21/39	53,9
	Autre	9/39	23,1

Abréviations : n : nombre de personnes d'accord avec l'énoncé/choix de réponse; N : nombre de personnes ayant répondu à cette question; BCM : bilan comparatif des médicaments; DSQ : Dossier santé Québec; MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible; NA : non applicable

Évolution souhaitable des pratiques

Une grande partie des pharmaciens ($n = 35$) a affirmé qu'il est souhaitable que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les différents ordres professionnels jouent un rôle plus proactif en mettant en place une démarche harmonisée. C'est également ce qui est ressorti des commentaires libres laissés par les répondants à la fin du questionnaire. Pour que ce processus soit optimisé, une grande majorité des pharmaciens hospitaliers se disent prêts à modifier leurs pratiques.

Politiques et procédures

Au total, 14 politiques ou procédures, ainsi que 11 formulaires vierges du MSTP nous ont été envoyés. Les procédures contenaient en moyenne 4,4 documents (politiques ou procédures, formulaires, notes explicatives) et comptaient en moyenne de 3978 mots (1008 à 8379 mots). En ce qui concerne les MSTP, la totalité des formulaires comprenait l'identité du patient (adressographe) et les allergies de celui-ci. Par contre, on observe des divergences quant à la présence d'informations, comme les intolérances (72 % de présence) et les habitudes de vie (consommation de tabac, d'alcool ou autres, 54,6 %). Presque toutes les procédures (90,9 %) faisaient allusion à une deuxième source d'information, mais un petit nombre listait toutes les sources utilisables pour la démarche (27,3 %), d'autres (45,5 %) le faisaient de façon incomplète. En ce qui concerne le corps du formulaire, sa

présentation variait en fonction de l'utilisation du MSTP en tant qu'ordonnance avec, pour chaque ligne de traitement, la mention de continuer, modifier ou cesser (présent sur 81,8 %), ainsi que la raison des modifications. Un certain nombre de formulaires comptabilisaient directement les divergences en les classant comme intentionnelles ou non et documentées ou non. Certains établissements allaient encore plus loin en prenant en compte de façon explicite la fidélité du patient à ses traitements (36,4 %), mais aussi sa façon de les gérer (par exemple s'il utilise des piluliers, dosettes ou vials) (63,6 %) et s'il les prépare lui-même ou avec l'aide d'un tiers. Enfin, en termes de traçabilité, seulement la moitié des formulaires transmis contenaient l'emplacement pour la signature de la personne ayant réalisé la cueillette d'informations ainsi que sa fonction. Seulement neuf sur 11 formulaires comportaient la signature du médecin et neuf sur 11 la signature du pharmacien.

Discussion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude canadienne qui dresse un état des lieux de la pratique du BCM au sein d'une province, le Québec. L'étude apporte un éclairage global sur la démarche en soulignant les éléments positifs et plusieurs enjeux. Le BCM est une POR reconnue par Agrément Canada⁴. Notre enquête met en évidence le fait que tous les répondants sont préoccupés par cette POR et qu'ils travaillent à en améliorer l'application. Un premier

Tableau II. Résultats liés aux outils favorisant la réalisation du BCM – partie III

Variables	Choix de réponses	n/N	%
4. Évolution souhaitable des pratiques : point de vue des pharmaciens en établissement de santé			
Croyez-vous qu'il est nécessaire que les médicaments et posologies contenus au MSTP soient saisis au système de la pharmacie, même s'ils ne sont pas effectivement prescrits à l'hôpital?	Très en accord	20/42	47,6
	Partiellement en accord	15/42	35,7
	Partiellement en désaccord	3/42	7,1
	Totalement en désaccord	3/42	7,1
	Ne sais pas	1/42	2,4
Il serait préférable d'interfacer les ordonnances du DSQ à un logiciel disponible à l'échelle du Québec pour faciliter la prescription des médicaments à l'admission	Très en accord	26/42	61,9
	Partiellement en accord	9/42	21,4
	Partiellement en désaccord	3/42	7,1
	Totalement en désaccord	3/42	7,1
	Ne sais pas	1/42	2,4
Notre logiciel de pharmacie répond adéquatement aux besoins du BCM électronique	Très en accord	8/42	19,1
	Partiellement en accord	16/42	38,1
	Partiellement en désaccord	11/42	26,2
	Totalement en désaccord	6/42	14,3
	Ne sais pas	1/42	2,4
Le dossier clinique informatisé québécois devrait inclure un module de MSTP et de prescription des ordonnances	Très en accord	29/42	69,1
	Partiellement en accord	12/42	28,6
	Partiellement en désaccord	1/42	2,4
	Totalement en désaccord	0/42	0
	Ne sais pas	0/42	0

Abréviations : n : nombre de personnes d'accord avec l'énoncé/choix de réponse; N : nombre de personnes ayant répondu à cette question; BCM : bilan comparatif de médicaments; MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible

constat positif est la mobilisation des pharmaciens et d'autres professionnels pour faire évoluer cette démarche. Le taux de réponse au sondage (82 %) de même que les commentaires analysés démontrent une volonté d'améliorer le processus.

Les répondants notent, parmi les enjeux, l'absence d'outils standardisés et pluridisciplinaires adaptés au BCM à l'échelle du Québec. En effet, une multitude de logiciels et de formulaires sont actuellement utilisés, ce qui complexifie les propositions d'amélioration. En ce qui a trait au formulaire du MSTP, chaque établissement semble avoir son propre document. Ceci peut nuire à la conformité des pratiques et créer de la confusion auprès des médecins, infirmières et autres intervenants, particulièrement lorsque certains exercent dans plusieurs installations (p. ex. rotation des résidents en médecine, affectations à plus d'une installation). Étant donné la volonté d'uniformisation et de standardisation des pratiques des répondants, il semble indispensable d'envisager d'abord la mise en place de formulaires

québécois standards répondant aux normes, puis de cesser d'élaborer des outils locaux. Une majorité de répondants à notre sondage était partiellement ou totalement favorable à une telle éventualité. L'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont d'ailleurs publié en mars 2017 un recueil de formulaires utiles à la démarche du BCM. Ce recueil donne des exemples, mais ne contribue pas à la standardisation souhaitée¹⁷.

Les répondants souhaitent une informatisation du BCM pour assurer une meilleure efficacité et continuité des soins. Au moment de l'enquête, environ un tiers des répondants réalisaient déjà le MSTP à l'aide d'un support électronique et deux tiers consultaient souvent ou systématiquement le DSQ comme deuxième source d'information, pour indiquer l'applicabilité des outils informatiques au BCM. Le logiciel le plus utilisé était un système d'information pharmacie (GesPharX^{MD}), cependant la majorité des répondants avait une opinion mitigée (partiellement en accord ou en désaccord)

Tableau III. Résultats liés à la traçabilité et aux indicateurs en 2016

Énoncés	Choix de réponses	n/N	%
1. Traçabilité			
Où conservez-vous une trace de la conciliation?	Sur le formulaire de MSTP	21/44	47,7
	Sur un autre formulaire dans le dossier du patient	10/44	22,7
	Dans les notes d'évolution médicale	12/44	27,3
	Dans le dossier pharmacologique informatisé	21/44	47,7
	Autre	14/44	31,8
Êtes-vous en mesure de confirmer lors DE L'ADMISSION que le médecin a effectivement consulté le MSTP avant de rédiger des ordonnances?	Oui	13/45	28,9
	Non	32/45	71,1
Au CONGÉ du patient, exigez-vous la consultation du MSTP par le prescripteur pour la rédaction des ordonnances?	Oui	22/45	49
	Non	23/45	51,1
2. Indicateurs			
Avez-vous accès à des données statistiques afin de connaître la proportion de patients ayant un MSTP complet ou une démarche de BCM complètement réalisée?	Non	8/45	17,8
	Oui sur une base annuelle	7/45	15,6
	Oui, en temps réel	16/45	35,6
	Oui, audit rétrospectif périodique	14/45	31,1
Sur une base annuelle, ESTIMEZ sommairement la proportion des admissions (c.-à-d. patients hospitalisés) et des visites (c.-à-d. patients ambulatoires) pour lesquelles un MSTP / BCM est réalisé dans votre établissement?	% moyen des admissions excluant l'urgence sur une période d'un an avec ...		
	MSTP		56,9
	BCM à l'admission		34,6
	BCM au congé		16,1
	% moyen des visites à l'URGENCE sur une période d'un an avec ...		
	MSTP		55,5
	BCM à l'admission		28,6
	BCM au congé		8,6
	% moyen des visites excluant l'urgence sur une période d'un an avec ...		
	MSTP		42,3
	BCM à l'admission		13,6
	BCM au congé		5,2

Abréviations : n : nombre de personnes d'accord avec l'énoncé/choix de réponse; N : nombre de personnes ayant répondu à cette question; BCM : bilan comparatif de médicament; MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible

par rapport à l'adéquation des logiciels de pharmacie au processus du BCM. L'arrivée du dossier clinique informatisé (p. ex. Cristal-Net^{MD}), qui devrait comporter une interface avec le DSQ, fournirait une plate-forme informatique commune à tous les établissements de santé. Si cette solution est implantée à l'échelle du Québec, elle devrait être interfacée avec le ou les prescripteurs électroniques qui seront utilisés en établissement de santé. La majorité des répondants était d'accord avec cette intégration.

Cependant, l'ensemble des fonctionnalités envisagées pour Cristal-Net^{MD} de même que son calendrier d'implantation à l'échelle du Québec sont encore obscurs à notre connaissance. Il faut également souligner la volonté du MSSS de lancer un appel d'offres pour un système informatisé de gestion du dossier pharmacologique¹⁸. Bien qu'un comité ait été formé à cette fin, il faudra compter plusieurs années avant un tel déploiement. Dans l'intervalle, nous pensons qu'il est nécessaire de standardiser les pratiques et les outils papier, afin de faciliter le développement et le déploiement

d'un outil informatique pouvant réellement répondre aux besoins des établissements. Notre enquête révèle que le développement d'indicateurs pour le processus du BCM, de la réalisation du simple décompte des BCM à la proportion des patients visés par cette mesure, passe nécessairement par une solution informatique.

Agrément Canada requiert une « deuxième source » d'information à utiliser pour la réalisation du MSTP, c'est-à-dire la source écrite utilisée pour valider l'information donnée par le patient¹⁴. L'arrivée de sources informatiques à l'échelle provinciale, comme le DSQ ou Pharma-Net^{MD} en Colombie-Britannique, changera la donne en rendant l'information disponible de façon uniforme à l'échelle du territoire^{19,20}. Bien que la majorité des répondants consultaient souvent ou systématiquement le DSQ pour la réalisation du MSTP, le profil pharmacologique de la pharmacie communautaire (obtenue par télécopie ou copie papier) demeurait encore la source prépondérante. De nombreuses raisons peuvent expliquer les réticences des professionnels à utiliser le DSQ

Tableau IV. Résultats liés à la certification et à l'évolution des pratiques en 2016

1. Certification et encadrement

Énoncés	Choix de réponses	n/N	%
Exigez-vous que le personnel participant au MSTP et au BCM soit certifié?	Oui	18/42	42,9
	Non	24/42	57,1
Y a-t-il une personne responsable de la démarche MSTP-BCM dans votre établissement?	Oui	30/44	68,2
	Non	14/44	31,8
Y a-t-il un comité interdisciplinaire qui supervise la démarche dans votre établissement?	Oui	19/44	43,2
	Non	25/44	56,8

2. Évolution souhaitable des pratiques : point de vue des pharmaciens en établissement de santé

Il est souhaitable que le MSSS et les ordres professionnels statuent sur un formulaire type de MSTP pour le Québec pour optimiser le processus	Totalement en accord	21/42	50
	Partiellement en accord	14/42	33,3
	Partiellement en désaccord	4/42	9,5
	Totalement en désaccord	2/42	4,8
	Ne sais pas	1/42	2,4
Nous serions prêts à modifier nos pratiques afin de les uniformiser à une démarche québécoise concertée	Très en accord	28/42	66,7
	Partiellement en accord	12/42	28,6
	Partiellement en désaccord	1/42	2,4
	Totalement en désaccord	0/42	0
	Ne sais pas	0/42	0
On devrait déléguer l'activité de conciliation « corriger et documenter » au personnel technique	Très en accord	13/42	31,0
	Partiellement en accord	12/42	28,6
	Partiellement en désaccord	14/42	33,3
	Totalement en désaccord	3/42	7,1
	Ne sais pas	0/42	0
Il est essentiel qu'il y ait une trace visible de la conciliation faite par le pharmacien (ou la personne désignée pour le faire) au dossier du patient	Très en accord	37/42	88,1
	Partiellement en accord	5/42	11,9
	Partiellement en désaccord	1/42	2,4
	Totalement en désaccord	0/42	0
	Ne sais pas	0/42	0

Abréviations : BCM : bilan comparatif de médicament; MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux; MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible; n : nombre de personnes d'accord avec l'énoncé/choix de réponse; N : nombre de personnes ayant répondu à cette question

comme deuxième source. Tout d'abord les données qui y figurent semblent incomplètes comparativement à celles du profil pharmacologique^{20,21}.

En effet, n'y apparaissent ni les notes transmises par le pharmacien communautaire lors de son analyse du profil pharmacologique, ni l'observance du patient, ni les notions d'allergie ou d'intolérance. De plus, la liste des médicaments ne comprend pas toujours les médicaments figurant à l'annexe II (c.-à-d. au Québec, médicaments en vente libre selon le Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments devant être consignés au dossier pharmacologique lors de la vente). Elle ne comprend pas toujours non plus les médicaments figurant à l'annexe III (c.-à-d. au Québec, médicaments en vente libre et produits de santé naturels selon le Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments pouvant être consignés au dossier pharmacologique lors de la vente) ni même les ordonnances non servies. Certains choix faits dans l'affichage ou le filtrage des données pourraient donc mener à l'absence de la mention d'un médicament que prend le patient ou à l'affichage d'un médicament qu'il a cessé de prendre²². L'obtention des profils de pharmacie communautaire étant une activité chronophage, à la fois pour les pharmaciens communautaires et pour les intervenants en établissements de santé, les répondants disent dans leurs commentaires que la correction de ces lacunes du DSQ est essentielle pour réduire les pertes de temps et d'énergie lors de la constitution du MSTP²³.

Un autre enjeu est la dotation en ressources humaines pour réaliser le BCM. En effet, certains répondants soulignent que le taux de recrutement pour accomplir cette tâche semble faible comparativement à l'ampleur de la tâche, mais aussi à ses retombées potentielles. Par exemple, en pharmacie hospitalière, des ATP recrutés pour la réalisation du MSTP sont réaffectés à d'autres tâches, comme la préparation des médicaments, pour des raisons d'absentéisme. La littérature scientifique montre que la diversité des acteurs mis à contribution apporte une valeur ajoutée à ce processus. Différentes étapes de la démarche ont ainsi été confiées à des ATP, à des infirmières, à des pharmaciens, à des étudiants ou à un groupe de plusieurs professionnels de santé²⁴⁻²⁸. Au Québec, certains répondants ont favorisé l'intervention des ATP pour la réalisation du MSTP, tandis que d'autres ont privilégié les infirmières. L'enquête révèle que les pharmaciens y participent également, le plus souvent pour la gestion des divergences, alors que les médecins y sont beaucoup moins présents. Notre enquête ne permet pas de donner un mot d'ordre unique valable pour tout le Québec sur l'acteur principal du MSTP, car cela dépendra toujours des horaires d'admission des patients (p. ex. systèmes différents en journée et les soirs et weekends) et du type de centre (p. ex. courte durée, longue durée, patientèle pédiatrique, patientèle gériatrique).

En ce qui a trait à la résolution des divergences et à la prescription, les répondants indiquent que les pharmaciens sont bien présents dans le processus de réalisation du BCM et de la correction des divergences, alors que les médecins le sont parfois, rarement ou jamais. Il semble que même si les médecins sont conscients du bien-fondé du BCM, ils restent encore, dans les faits, en marge de la démarche²⁹. Nous pensons que les causes de cette faible participation médicale

sont nombreuses. Notons, par exemple des enjeux liés à la reconnaissance de la qualité de l'information recueillie, à la responsabilité professionnelle, à la rémunération et au temps. Il n'en demeure pas moins que le BCM ne peut pas se réaliser en parallèle aux soins médicaux, mais qu'il doit s'y intégrer. Agrément Canada fait du BCM une POR pour que le processus soit inclusif et implique tous les intervenants concernés⁴. Ainsi, l'informatisation et l'intégration du BCM au dossier clinique informatisé apparaissent comme une avenue potentielle pour améliorer cet état de fait.

Depuis la réalisation de cette enquête, le MSSS a mis en place un comité sur l'informatisation du BCM³⁰. Ces travaux permettent d'espérer le développement d'un outil convivial, intégré au dossier électronique, qui sera utilisé en établissement de santé, interfacé au prescripteur électronique et au dossier pharmacologique informatisé.

Outre ses nombreuses forces, cette étude comporte néanmoins des limites. Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière du fait qu'il s'agissait d'un sondage auquel la participation était volontaire. De plus, seuls des pharmaciens ont été consultés, et les perceptions de la démarche du BCM par d'autres professionnels n'ont pas été recueillies. Néanmoins, comme le Département de pharmacie était directement responsable du processus dans la majorité des établissements répondants, nous pouvons considérer que les intervenants contactés étaient en mesure de répondre adéquatement à nos questions. Soulignons également que le sondage a été réalisé peu de temps après l'entrée en vigueur de la Loi 41, laquelle comporte des dispositions permettant aux pharmaciens de prescrire des médicaments en établissement de santé à certaines conditions, notamment pour la prolongation d'ordonnances et donc la poursuite des traitements dans le cadre du BCM. Ce changement législatif peut avoir des conséquences sur la réalisation des BCM. Enfin, tel que nous l'avons mentionné précédemment, l'effet du *Recueil de politiques et procédures sur le BCM* de l'OPQ et du CMQ, publié après la réalisation du sondage, n'a pas été évalué³⁰.

Conclusion

Cette étude descriptive fait le point sur les pratiques entourant le bilan comparatif des médicaments et met en évidence les différents enjeux liés à la réalisation du BCM dans les établissements de santé du Québec. Le BCM implique l'intervention de plusieurs acteurs de la santé, en particulier les pharmaciens, les infirmières, les ATP et les médecins. De nombreux outils sont utilisés pour la réalisation du MSTP et la gestion des divergences. Actuellement, l'uniformité de cette démarche fait totalement défaut dans le réseau. L'utilisation du DSQ demeure encore limitée. L'information du processus de prescription médicamenteuse semble essentielle pour assurer l'optimisation du processus de conciliation médicamenteuse.

Financement

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

Conflits d'intérêts

Tous 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 actuel ou potentiel en relation avec le présent article.

Références

1. Ordre des pharmaciens du Québec. Bilan comparatif des médicaments – recueil de politique et procédures. [en ligne] <https://www.opq.org/fr-CA/pharmaciens/nouvelles/2017-03-27-bcm> (site visité le 29 septembre 2018).
2. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD008986.
3. Kee KW, Char CWT, Yip AYF. A review on interventions to reduce medication discrepancies or errors in primary or ambulatory care setting during care transition from hospital to primary care. *J Family Med Prim Care* 2018;7:501-6.
4. Cheema E, Alhomoud FK, Kinsara ASA, Alsiddik J, Barnawi MH, Al-Muwallad MA et coll. The impact of pharmacists-led medicines reconciliation on healthcare outcomes in secondary care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2018;13:e0193510.
5. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;8:CD010791.
6. Alemanni J, Atkinson S, Sauvé C, Bussièrès JF. Évaluation de l'utilisation du bilan comparatif des médicaments à l'urgence. *Pharmactuel* 2010;43:49-52.
7. Penfornis S, Bédard P, Bailey B, Bussièrès JF. Pratique de conciliation des traitements médicamenteux : enjeux et sondage d'état des lieux. *Pharm Hosp Clin* 2012;47:204-9.
8. Penfornis S, Bédard P, Bailey B, Bussièrès JF. Conformité des bilans comparatifs des médicaments transmis au département de pharmacie par télécopieur. *Can J Hosp Pharm* 2012;65:216-22.
9. Alary V, Thibault M, Nguyen C, Bussièrès JF. Utilisation du bilan comparatif des médicaments en chirurgie ambulatoire pédiatrique. *Can J Hosp Pharm* 2014;67:170-1.
10. Daupin J, Rousseau G, Atkinson S, Lebel D, Bédard P, Bussièrès JF. Comparison of information available in the medication profile of an electronic health record and the inpatient best possible medication history in a mother child teaching hospital center. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2016;23:e131-41.
11. Lefebvre T, Racicot J, Poirier P. Description de l'utilisation du formulaire informatisé Bilan comparatif des médicaments et ordonnance médicale transfert et départ pour la rédaction des ordonnances de départ à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. *Pharmactuel* 2015;48:83-90.
12. Blanchet M, Bourassa E. Utilisation de l'information contenue dans le Dossier Santé Québec pour la rédaction des ordonnances initiales dans les services des urgences. *Pharmactuel* 2016;49:176-83.
13. Brisson M, Cayer G, Dufour A, Poudrette J, Berbiche D. Évaluation de la fiabilité du Dossier Santé Québec et du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire comparativement à l'histoire pharmacothérapeutique pour la prescription des médicaments à l'urgence. *Pharmactuel* 2017;50:210-8.
14. Agrément Canada. Pratiques Organisationnelles Requises. 2017. [en ligne] <https://store.accreditation.ca/products/pratiques-organisationnelles-requises-livret-2017-2e-version-janvier-2017> (site visité le 30 novembre 2017).
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Portrait organisationnel. [en ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait-organisationnel/> (site visité le 29 septembre 2018).
16. LégisQuébec. Loi sur les services de santé et services sociaux. [en ligne] <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2> (site visité le 30 octobre 2018).
17. Ordre des pharmaciens du Québec. Bilan comparatif des médicaments. Recueil de politiques et procédures. [en ligne] <https://www.opq.org/fr-CA/toutes-les-nouvelles/2017-03-27-bcm> (site visité le 30 novembre 2017).
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comité sur les SIG pharmacie. Rapport annuel de gestion. [en ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/rapport-annuel> (site visité le 3 novembre 2018).
19. Au D, Wu H, San C, Chua D, Su V, Kirkwood A. Impact of PharmaNet-based admission medication reconciliation on best possible medication histories for warfarin. *Can J Hosp Pharm* 2016;69:348-55.
20. Blanchet M. Prise en charge des divergences relevées au cours de l'utilisation d'un formulaire d'ordonnances présentant des renseignements issus du Dossier Santé Québec. *Pharmactuel* 2016;49:248-54.
21. Daupin J, Rousseau G, Atkinson S, Lebel D, Bédard P, Bussièrès JF. Comparison of information available in the medication profile of an electronic health record and the inpatient best possible medication history in a mother child teaching hospital center. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2016;23:e131-41.
22. LégisQuébec. Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments. [en ligne] <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/P-10,%20r.%2012> (site visité le 3 novembre 2018).
23. Tompson AJ, Peterson GM, Jackson SL, Hughes JD, Raymond K. Utilizing community pharmacy dispensing records to disclose errors in hospital admission drug charts. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2012;50:639-46.
24. Rubin EC, Pisupati R, Nerenberg SF. Utilization of pharmacy technicians to increase the accuracy of patient medication histories obtained in the emergency department. *Hosp Pharm* 2016;51:396-404.
25. Buck TC, Gronkjaer LS, Duckert ML, Rosholm JU, Aagaard L. Medication reconciliation and prescribing reviews by pharmacy technicians in a geriatric ward. *J Res Pharm Pract* 2013;2:145-50.
26. Tessier EG, Henneman EA, Nathanson B, Plotkin K, Heelon M. Pharmacy-nursing intervention to improve accuracy and completeness of medication histories. *Am J Health-Syst Pharm* 2010;67:607-11.
27. Aag T, Garcia BH, Viktil KK. Should nurses or clinical pharmacists perform medication reconciliation? A randomized controlled trial. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70:1325-32.
28. Lancaster JW, Grgurich PE. Impact of students pharmacists on the medication reconciliation process in high-risk hospitalized general medicine patients. *Am J Pharm Educ* 2014;78:34.
29. Feldman LS, Costa LL, Feroli ER, Nelson T, Poe SS, Frick KD et coll. Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm. *J Hosp Med* 2012;7:396-401.
30. Ordre des pharmaciens du Québec. Le bilan comparatif des médicaments. Table de travail sur le BCM. *L'Interaction* 2017;6:10. [en ligne] https://www.opq.org/doc/media/2643_38_fr-ca_0_int_print_2017_vf.pdf (site visité le 5 novembre 2018).

Abstract

Objectives: To provide an overview of medication reconciliation practices in Quebec hospitals in 2016 and to obtain, by means of a survey, pharmacists' opinions regarding the current state and the evolution of medication reconciliation.

Background: The heterogeneity of practices surrounding medication reconciliation contribute to reducing their compliance with the expected practices. Despite the numerous published studies, there is no actual description of the current practices in Quebec.

Results: Twenty-eight department heads responded to the survey (participation rate: 82 %). Most often, pharmacists participate in providing the best possible therapeutic regimen, but physicians seem to get less involved. Nurses and pharmacy technical assistants gave mitigated responses regarding their role. Fifty-nine percent of the respondents indicated that the pharmacist participates in medication reconciliation at patient discharge by preparing or verifying the prescriptions, the proportion of discharge prescriptions verified ranging from 2 to 100 %.

Conclusion: This descriptive study explores the practices surrounding medication reconciliation in Quebec's health-care facilities. Medication reconciliation involves several health professionals, notably, pharmacists, nurses, pharmacy technical assistants and physicians. The use of a wide array of tools leads to a lack of uniformity in medication reconciliation in the health-care system. The information from the medication prescribing process seems essential for ensuring the optimization of the reconciliation process.

Keywords: Best possible therapeutic regimen, divergence, medication reconciliation, pharmaceutical practice