

## Évaluation de l'utilisation du bilan comparatif des médicaments à l'urgence

Jordane Alemanni, Suzanne Atkinson, Carine Sauvé, Jean-François Bussières

### Résumé

**Introduction :** Le bilan comparatif des médicaments est une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins.

**Problématique :** Au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, le bilan comparatif des médicaments a fait l'objet d'une implantation à large échelle à partir de juillet 2007. Dans le cadre de réunions avec l'équipe de l'urgence, plusieurs problèmes ont été soulevés par le personnel soignant, notamment la rédaction en langue française du document destiné à une population multilingue, la réticence des infirmières à cosigner le formulaire du bilan comparatif des médicaments rempli par un parent ou un tuteur ainsi que la répétition des données collectées dans le logiciel Stat-Urgence<sup>MD</sup>.

**Résolution de la problématique :** Compte tenu des commentaires recueillis et de l'expérience des 12 premiers mois d'utilisation, nous avons convenu de procéder à une étude pilote afin d'évaluer l'utilisation du bilan comparatif des médicaments à l'arrivée à l'urgence. Nous avons évalué 87 dossiers à partir de huit critères de conformité. Seuls cinq dossiers ne contenaient aucun bilan comparatif des médicaments. Toutefois, des 82 bilans comparatifs des médicaments évalués, seuls 2 % sont conformes à l'ensemble des critères. Différents changements sont proposés.

**Conclusion :** Cette étude pilote démontre qu'il ne suffit pas d'implanter un formulaire de bilan comparatif des médicaments au dossier patient pour que le formulaire soit bien utilisé. L'équipe des soins infirmiers de l'urgence s'est ralliée à l'utilisation du bilan comparatif des médicaments à l'arrivée des patients dans le respect des politiques de l'organisation et à la faveur d'une visite d'Agrément planifiée. Les changements proposés découlant de cette étude devraient contribuer à une meilleure utilisation du bilan comparatif des médicaments.

**Mots clés :** pharmacie hospitalière, bilan comparatif des médicaments, urgence

### Introduction

Dans le cadre de l'enquête sur la pharmacie hospitalière au Canada de 2007-2008, on définit le bilan compa-

ratif des médicaments (BCM) comme étant une démarche structurée, où la liste complète des médicaments que prend chaque usager est obtenue avec le nom ou la dénomination, la posologie, la fréquence et la voie d'administration. Cette liste est utilisée au moment de l'établissement d'une ordonnance lors d'une admission, d'un transfert ou au congé de l'usager. On l'analyse pour comparer les médicaments, et les divergences sont portées à l'attention du prescripteur pour qu'il procède au besoin à des modifications<sup>1</sup>. Cette démarche est une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada et fait partie des 43 critères répertoriés dans la *Norme sur la gestion des médicaments*, en vigueur depuis janvier 2008<sup>2</sup>. L'établissement doit s'assurer que les membres du personnel soignant dressent le BCM du patient à son admission dans l'établissement et qu'ils dressent ce même BCM et le fassent connaître au soignant suivant lorsqu'il y a transfert ou aiguillage vers un autre milieu, service ou niveau de soins à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

Dans l'enquête canadienne sur la pharmacie hospitalière, 69 % des établissements ont déclaré disposer d'une procédure officielle permettant un relevé complet de l'anamnèse (ci-après histoire) médicamenteuse du patient qui se rend à leur service d'urgence. Ce pourcentage atteint 79 % dans les établissements de plus de 500 lits<sup>1</sup>. À l'échelle régionale, le recours au BCM varie de 55 % (Colombie-Britannique) à 86 % (Québec). Parmi les personnes interrogées soumises à une telle procédure, on trouve le personnel infirmier (91 % des cas), le personnel médical (67 %) et les pharmaciens (50 %). Plusieurs auteurs reconnaissent l'impact positif que peut avoir une démarche de BCM sur la réduction des erreurs

*Jordane Alemanni, est interne en pharmacie à l'Université Paul Sabatier Toulouse III, Toulouse, France, et assistante de recherche à l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*

*Suzanne Atkinson, B.Pharm., M.Sc., DESS, est pharmacienne au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*

*Carine Sauvé, M.Sc., est cadre-conseil en sciences infirmières à l'urgence du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, chargée de cours à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke et présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence*

*Jean-François Bussières, B.Pharm., M.Sc., MBA, FCSHP, est chef du Département de pharmacie et de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et professeur titulaire de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal*

médicamenteuses<sup>3-8</sup>. L'objectif de cet article consiste à décrire l'évaluation du BCM à l'arrivée des usagers au service d'urgence du CHU Sainte-Justine.

## Description de la problématique

Au CHU Sainte-Justine, le BCM a fait l'objet d'une implantation à large échelle à partir de juillet 2007. Afin de réaliser les objectifs proposés par Agrément Canada, nous avons d'abord implanté un BCM sous la forme d'une ordonnance type en trois copies (c.-à-d. original destiné au pharmacien, copie au patient et copie au dossier), comportant une entête type, les nouvelles ordonnances, les ordonnances à poursuivre et les ordonnances à annuler. Au CHU Sainte-Justine, cette ordonnance de format 8½ x 11 a remplacé les blocs d'ordonnances.

A partir de l'automne 2007, nous avons introduit le BCM pour toute arrivée, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, en prenant soin d'éliminer les autres documents utilisés à la collecte d'information pour la constitution de l'histoire médicamenteuse destinée à l'ensemble de l'hôpital sauf à l'urgence. Cette implantation s'est effectuée sur une période de 12 mois. La figure 1 présente le formulaire du BCM au moment de l'admission. Cette implantation a fait l'objet d'une étude<sup>9</sup>.

Au CHU Sainte-Justine, l'urgence reçoit chaque année environ 60 000 patients. La portion ambulatoire de la salle d'urgence comporte 12 salles d'examen, deux civières de réanimation ou de traumatologie et une salle d'observation comportant 16 civières autour d'un poste de soins. Le CHU Sainte-Justine reçoit des patients de proximité mais aussi des transferts d'établissements de plusieurs régions.

Le service d'urgence est informatisé depuis 2005 à partir du logiciel Stat-Urgence<sup>MD</sup> (Stat-Dev, Mercier, QC) et le logiciel est utilisé dès l'évaluation et pendant le triage des patients. Les antécédents médicamenteux sont recueillis par l'infirmière lors d'une brève évaluation, et les médicaments et les allergies sont notés brièvement au moment du triage (c.-à-d. nom commercial ou générique habituellement sans posologie) dans ce même logiciel. Ce dernier n'est pas interfacé avec le dossier pharmacologique informatisé Gesphar<sup>MD</sup> (CGSI TI Inc., Québec, QC), ce qui empêche le partage des données provenant de visites ou d'hospitalisations précédentes, y compris le poids, la taille, les allergies, les intolérances, les notes d'intervention et l'histoire médicamenteuse.

Dans la perspective d'implanter à l'admission un BCM qui soit uniforme à l'échelle de l'établissement et de nous assurer que la collecte effectuée à l'urgence ou à la salle d'observation soit utilisable lors d'une admission, nous avons convenu avec l'équipe de l'urgence d'implanter aux urgences le même formulaire que celui utilisé aux unités de soins. Afin de favoriser la participation des patients (principalement des parents), nous avons convenu

de remettre le formulaire de BCM au patient (s'il est âgé de plus de 14 ans) ou à son responsable afin qu'il le remplisse. Le formulaire prévoit une case pour la signature du parent ou du tuteur. Il doit être remis au parent ou au tuteur après l'évaluation et vérifié ou paraphé par l'infirmière du triage, qui l'insère au dossier médical.

À la salle d'observation, le formulaire est rempli par l'infirmière qui discute avec le parent ou l'enfant. Dans le cadre de réunions avec l'équipe de l'urgence, plusieurs problèmes ont été soulevés par le personnel soignant, notamment la rédaction en langue française du document pour une clientèle multilingue, la réticence des infirmières à cosigner un BCM rempli par un parent ou un tuteur ainsi que la répétition des données collectées dans le logiciel Stat-Urgence<sup>MD</sup>.

## Résolution du problème

Compte tenu des commentaires recueillis et sur la base de 12 mois d'utilisation, nous avons convenu de procéder à une étude pilote afin d'évaluer l'utilisation du BCM à l'arrivée à l'urgence. À partir du registre des départs des patients qui se sont présentés à l'urgence durant trois jours non consécutifs en juin 2009, nous avons sélectionné successivement un dossier sur quatre pour un total de 87 dossiers. Nous avons établi huit critères de conformité, soit la présence ou l'absence du BCM au dossier et la présence des variables suivantes : prénom, nom, numéro de dossier, poids, allergie à un médicament ou mention de l'absence d'allergie, intolérance ou mention de l'absence d'intolérance, médicaments ou produits de santé naturels utilisés avant l'arrivée à l'urgence ou mention qu'il n'y a pas de médicaments ou de produits de santé naturels utilisés, posologie complète, signature du parent ou de l'infirmière. De plus, nous avons comparé le contenu du BCM aux données comparables saisies dans le logiciel Stat-Urgence<sup>MD</sup> et sur la feuille d'évaluation médicale.

Le tableau I présente les résultats de conformité des 87 dossiers évalués (c.-à-d. 34 visites de jour, 41 de soir et 12 de nuit). Seuls cinq dossiers ne contenaient aucun BCM. Des 82 BCM évalués, seuls 2 % étaient conformes à l'ensemble de nos huit critères. Néanmoins, en ne considérant que le critère médicament ou produit de santé naturel, nous avons remarqué que 83 % des patients avaient spécifié aucun médicament ou inscrit le nom des médicaments utilisés à la maison. Par contre, si on exclut les BCM qui indiquaient seulement la prise d'une dose d'acétaminophène ou d'ibuprofène à domicile, seulement 55 % des BCM indiquaient la prise d'aucun médicament ou la prise de médicaments ou produits de santé naturels avec une posologie complète. Fait étonnant, dans 36 % des cas (n = 29), on retrouve plus d'information dans le logiciel Stat-Urgence<sup>MD</sup> tous critères confondus (p. ex. une mention d'allergie, une mention d'un médicament et la posologie complète) que dans le BCM. Il est important de sou-



ligner que même s'il y a davantage de données dans le logiciel Stat-Urgence<sup>MD</sup>, elles ne seront vraisemblablement pas utilisées lors du BCM au moment du congé alors que les données du BCM à l'arrivée se trouvent au même endroit que le BCM au congé dans le dossier des patients hospitalisés. De même, dans 38 % des cas (n = 31), on trouve plus d'information dans la feuille d'évaluation médicale que dans le BCM. Toutefois, 18 de ces cas sont communs aux deux situations. Enfin, si 87 % des BCM sont signés, seuls 6 % le sont par une infirmière.

Cette étude pilote révèle que le formulaire de BCM est utilisé dans 94 % des cas, mais qu'il ne remplit pas les objectifs visés quant à la prestation sécuritaire de soins. Le haut taux d'utilisation n'est sans doute pas étranger à la visite d'Agrément Canada en décembre 2008. Toutefois, il faut accroître l'utilisation de cet outil.

#### **Notre réflexion nous permet d'envisager les pistes de solution suivantes :**

a) La participation active des usagers à la collecte d'information durant la période d'attente nous paraît encore pertinente mais doit être mieux encadrée à l'aide, par exemple, d'un feuillet explicatif en au moins deux langues (p. ex. une page recto verso qui précise les attentes et donne des exemples de contenu, dont les médicaments en vente libre et les produits de santé naturels utilisés au cours des sept derniers jours). La participation du patient est nécessaire pour la pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada<sup>2</sup>, mais sa participation ne doit pas exclure la validation par le paraphe de l'infirmière des données inscrites par le parent ou l'adolescent. Puisque la validation de l'infirmière semble souhaitable d'un point de vue professionnel, nous pourrions renoncer à demander au parent ou au tuteur de remplir une deuxième fois le formulaire si le personnel soignant demeure hésitant à cosigner le BCM qu'ils ont rempli initialement.

b) On peut envisager l'intégration du BCM à l'arrivée au logiciel Stat-Urgence<sup>MD</sup>, mais elle requiert des coûts de programmation et doit permettre l'impression d'un rapport similaire à celui utilisé dans le reste de l'établissement. Cette intégration éliminerait une duplication de saisie mais doit permettre de recueillir et de comparer l'information de la même manière. Actuellement, l'espace accordé aux médicaments dans le logiciel permet une saisie en texte libre de façon consécutive (p. ex. Advil<sup>MD</sup>, SinusRince<sup>MD</sup>, etc.) d'au plus 100 caractères, ce qui ne satisfait pas aux exigences d'un BCM complet.

c) Interfacer Stat-Urgence<sup>MD</sup> à GesPhar<sup>MD</sup> pour permettre l'échange de données en ce qui concerne les antécédents de poids, d'allergies, d'intolérances et l'histoire médicamenteuse lors des hospitalisations précédentes; le partage de l'information peut sans doute contribuer à établir un BCM plus complet et plus fiable. Plusieurs

**Tableau I : Conformité du « Bilan comparatif des médicaments » à l'urgence**

<b>Critères de conformité</b>	<b>Taux de conformité : n/nn (%)</b>
BCM présent au dossier	82/87 (94 %)
Prénom, nom et numéro de dossier présents	82/82 (100 %)
Poids	5/82 (6 %)
Allergie ou mention explicite de l'absence d'allergie	13/82 (16 %)
Intolérance ou mention explicite de l'absence d'intolérance	2/82 (2 %)
Médicaments ou produits de santé naturels ou mention explicite de l'absence de ces produits (avec ou sans posologie)	68/82 (83 %)
Posologie complète inscrite si des médicaments autres qu'acétaminophène et/ou ibuprofène sont mentionnés	5/17 (29 %)
Signature du parent ou de l'infirmière	71/82 (87 %)

*BCM : Bilan comparatif des médicaments; n : nombre; nn : nombre total*

fournisseurs de logiciels de gestion clinique à l'urgence ont été implantés au Québec (Stat-Urgence<sup>MD</sup>, Siurge<sup>MD</sup>, Med-Urg<sup>MD</sup>), le plus souvent sans interface avec le logiciel pharmacie. Le guide de gestion des urgences publié en 2006 par le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît l'importance de la disponibilité d'un pharmacien à l'urgence et propose de lui attribuer 15 responsabilités spécifiques<sup>10</sup>. Bien que les pharmaciens soient de plus en plus présents à l'urgence, un meilleur arrimage entre le logiciel de gestion clinique à l'urgence et les logiciels de pharmacie est requis en ce qui concerne le BCM. De plus, mentionnons que l'interface de ces données est plus complexe qu'il n'y paraît. Par exemple, parle-t-on d'une allergie à PenVee<sup>MD</sup>, à la pénicilline V ou aux pénicillines, y compris les céphalosporines. Quant au logiciel de pharmacie, le pharmacien dispose d'une latitude lui permettant de codifier une allergie à un niveau hiérarchique supérieur pour détecter les allergies croisées. Le parent ou l'infirmière devrait codifier l'allergie se rapportant au générique réellement impliqué dans la réaction et porter attention à la distinction entre allergie et intolérance. La présence d'une interface n'exclut toutefois pas la nécessité de remplir un BCM. En dépit de ces difficultés de partage de données basées sur des lexiques différents, nul doute que le partage de ces ren-

seignements peut contribuer à établir un BCM plus fiable.

d) Mettre à jour les politiques et procédures et convenir avec l'équipe médicale (y compris les externes et les résidents en médecine) et les soins infirmiers des modalités d'utilisation du BCM après la présentation des résultats de l'étude pilote et des interventions proposées.

e) Inciter les infirmières au visionnement d'une vidéo de formation réalisée par l'équipe du département de pharmacie et traitant des modalités d'utilisation du BCM.

## Conclusion

Cette étude pilote démontre qu'il ne suffit pas d'implanter un formulaire de BCM au dossier patient pour que le formulaire soit bien utilisé. L'équipe de l'urgence s'est ralliée à l'utilisation du BCM à l'arrivée des patients dans le respect des politiques de l'organisation et d'une visite d'Agrément planifiée. Les changements proposés découlant de cette étude devraient contribuer à une meilleure utilisation du BCM.

Pour toute correspondance :

Jean-François Bussièrès

Chef du Département de pharmacie et de l'unité de recherche en pratique pharmaceutique

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

3175, chemin de la Côte Sainte-Catherine

Montréal (Québec) H8S 4L6

Téléphone : 514 345-4603

Télécopieur : 514 345-4820

Courriel : jf.bussieres@ssss.gouv.qc.ca

## Références

1. Hall K, Lefebvre P, Bussièrès JF, Johnson N, Babich M, Harding J et coll. Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2007-2008 [en ligne] <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (site visité le 1er septembre 2009).
2. Agrément Canada. Gestion des médicaments [en ligne] <http://www.accreditation.ca/programmes-d-agrements/qmentum/les-normes/Gestion-des-medicaments/> (site visité le 10 septembre 2009).
3. Fortescue EB, Kaushal R, Landrigan CP, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F et coll. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Pediatrics* 2003;111:722-9.
4. Boockvar KS, LaCorte HC, Giambanco V, Fridman B, Siu A. Medication reconciliation for reducing drug-discrepancy adverse events. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4:236-43.
5. Varkey P, Cunningham J, O'Meara J, Bonacci R. Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:850-4.
6. Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R, Hansen MA, Scheitel SM. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. *Qual Saf Health Care* 2007;16:90-4.
7. Lubowski TJ, Cronin LM, Pavelka RW, Briscoe-Dwyer LA, Briceland LL, Hamilton RA. Effectiveness of a medication reconciliation project conducted by PharmD students. *Am J Pharm Educ* 2007;71:94.
8. Kramer JS, Hopkins PJ, Rosendale JC, Garrelts JC, Hale LS, Nester TM et coll. Implementation of an electronic system for medication reconciliation. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:404-22.
9. Bédard P, Tardif L, Ferland A, Bussièrès JF, Lebel D, Bailey B et coll. Medication reconciliation in a pediatric hospital: an evaluation of its implantation. *J Eval Clin Pract* 2010 (sous presse).
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide de gestion des urgences - section B.5.5.1 - Pharmacien [en ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf> (site visité le 8 septembre 2009).

## Abstract

**Introduction:** Medication reconciliation is an organizational practice required by the Canadian Accreditation Council in order to safely provide health care.

**Context:** Medication reconciliation was implemented on a large scale starting in July 2007 at the Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. When researchers met with the emergency department team, many problems were revealed by healthcare providers, notably, the drafting of a French language document intended for a multilingual population, the reluctance of nurses to co-sign the medication reconciliation form that has been filled out by a parent or legal guardian, and the repetitive nature of data collected in the Stat-Urgence™ software.

**Results:** Taking into consideration the comments received and the experience of the first 12 months of use, we decided to proceed with a pilot study that would evaluate the use of the medication reconciliation process upon the patient's arrival at emergency. We evaluated 87 files based on 8 selection criteria. Only 5 files did not contain medication reconciliation forms. Nonetheless, of the 82 medication reconciliation forms evaluated, only 2% met the complete set of criteria. Various changes were suggested.

**Conclusion:** This pilot study demonstrates that it is not sufficient to simply place a medication reconciliation form in a patient's file and expect that the form will be properly used. The emergency department nurses agreed to the use of medication reconciliation upon admission of patients, in compliance with institutional policies and in preparation for a certification visit. Changes suggested by this study should promote a better use of the medication reconciliation process.

**Key words:** hospital pharmacy, medication reconciliation, emergency