

## Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Maude Blanchet

### Résumé

**Objectif :** Présentation des résultats de deux projets pilotes descriptifs réalisés dans le cadre du processus d'implantation du bilan comparatif des médicaments dans le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.

**Mise en contexte :** Le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec a procédé à la réalisation de divers projets pilotes afin de répondre aux nouvelles pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada. Il s'agit de la description d'une partie de la démarche entreprise afin d'obtenir l'agrément et de démontrer aux divers membres du personnel hospitalier l'importance d'adhérer à ce nouveau processus.

**Résultats :** Le choix de l'utilisation d'un formulaire simple contenant le maximum d'information s'est imposé. La création d'un chiffrier électronique a également permis de mieux répondre aux besoins de chacun. On a noté que 91 % des divergences décelées lors de la réalisation du second projet pilote provenait d'une histoire pharmacothérapeutique initiale incomplète. Parmi les divergences non intentionnelles trouvées, 65 % concernait l'omission de médicaments ou de produits pris avant l'admission de l'utilisateur. De plus, 67 % des divergences non intentionnelles auraient pu entraîner un événement iatrogène médicamenteux significatif lié à la médication et 4 %, un effet sérieux.

**Discussion :** Les exemples concrets de l'impact clinique de la réalisation des bilans comparatifs des médicaments permettent de favoriser l'adhésion des divers membres du personnel soignant. Ce processus doit être considéré comme un travail multidisciplinaire, il doit être propre à chaque établissement et tenir compte des commentaires des divers acteurs du milieu.

**Conclusion :** La réalisation des bilans comparatifs des médicaments dans nos établissements améliorera la sécurité des soins prodigués aux usagers. Cependant, ce tournant demande une réévaluation des schémas de travail habituels.

**Mots clés :** bilan comparatif des médicaments, divergences, événements iatrogènes, impact clinique.

### Introduction

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est un processus dynamique et continu visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux usagers tout en favorisant la transmission de l'information entre les divers membres de l'équipe soignante. Ce processus prend toute son importance aux moments dits critiques de l'hospitalisation, soit à l'admission, au transfert et au départ, moments où l'utilisateur est particulièrement sujet à subir des événements iatrogènes liés aux médicaments<sup>1</sup>. En effet, 60 % des usagers admis dans un établissement auront au moins une divergence à leur dossier à la suite de la réalisation incomplète de leur histoire pharmacothérapeutique, et 6 % d'entre eux en subiront un effet néfaste<sup>2</sup>. Environ 50 % des divergences pouvant être prévenues sont dues à des erreurs de prescription<sup>3,4</sup>.

La réalisation des BCM, pratique organisationnelle requise par Agrément Canada, implique une réévaluation complète des processus de travail, des priorités cliniques ainsi que des responsabilités de chacun des spécialistes participant de près ou de loin aux soins dispensés aux usagers. Cette approche standardisée se veut un outil simple et efficace pour améliorer la communication entre les professionnels du secteur privé, du secteur hospitalier ainsi qu'avec l'utilisateur et sa famille. Puisque cet outil doit contenir toutes les informations nécessaires à la compréhension de l'épisode de soins en cours, il est nécessaire de s'assurer de la compréhension, de la satisfaction et des besoins des utilisateurs.

Chaque membre du personnel soignant doit non seulement comprendre le but du BCM, mais il doit aussi saisir l'utilité de la démarche afin de l'intégrer dans son travail quotidien. Il s'agit donc d'une approche multidisciplinaire, où l'utilisateur joue un rôle capital en participant activement à ses soins. L'implantation élargie du BCM dans nos établissements n'est certes pas chose facile, puisque le manque de temps et de ressources est criant. Cependant, nul ne peut négliger l'impact clinique réel de ce virage canadien visant l'amélioration de la sécurité des soins offerts à l'utilisateur<sup>5-10</sup>.

L'implantation actuelle du BCM dans le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA), un centre de 688 lits de courte durée regroupant deux hôpitaux, soit

---

*Maude Blanchet, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant Jésus*

l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), a été effectuée principalement à la suite de la réalisation de deux projets pilotes aux visées différentes. Tout d'abord, le premier projet avait pour objectif principal de comparer deux outils permettant la réalisation des BCM, soit un formulaire BCM à l'admission, rempli par le pharmacien présent à l'unité de soins et servant d'outil de comparaison lors de la rédaction de la prescription de départ, cette dernière étant rédigée sur le sommaire de transfert imprimé au moyen de GesPharRx8<sup>MD</sup>, CGSI@SOLUTIONS TF<sup>MD</sup>, et un formulaire BCM admission-départ sur une feuille unique (format paysage, rempli conjointement par les pharmaciens et les médecins à des moments différents de l'hospitalisation).

Les objectifs secondaires étaient la description des informations recueillies concernant le nombre de divergences intentionnelles ou non, le délai précédant la réalisation du BCM ainsi que le pourcentage de BCM fait sur le nombre d'admissions. Le second projet pilote avait pour objectif principal d'évaluer l'impact clinique de la réalisation d'un BCM et ainsi de favoriser l'intégration des professionnels de la santé dans le processus d'implantation global.

## **Méthodologie**

Les projets décrits ci-dessous sont des études prospectives et descriptives d'une population transversale.

### ***Premier projet pilote***

Un comité de travail consultatif multidisciplinaire (médecins, pharmaciens, infirmières, archivistes) a été créé afin de commenter les outils et de décrire la satisfaction des utilisateurs. Les informations recueillies par les pharmaciens œuvrant aux unités cliniques ciblées ont été analysées et compilées par le chercheur principal afin de fournir des proportions et des moyennes. La collecte de données de chaque unité (une à HSS et quatre à HEJ) s'est échelonnée sur une période continue de six semaines, et ce, à des moments différents dans le temps. Tous les patients admis aux unités de soins ciblées ont été inclus dans l'étude.

### ***Deuxième projet pilote***

À la suite des résultats du premier projet, un groupe de travail a été mis sur pied afin de retravailler le formulaire. Pour éviter la retranscription d'informations saisies lors de la réalisation du BCM à l'admission sur les BCM de transfert et de départ, nous avons créé un chiffrier Microsoft Excel.

Les pharmaciens des unités ciblées (deux à HSS et quatre à HEJ) ainsi que les assistants techniques en pharmacie (ATP) participant à la réalisation des histoires pharmacothérapeutiques complètes des usagers sur civières présents dans les urgences, point de départ du

processus de réalisation des BCM, ont collecté diverses données, telles que le nombre de divergences inscrites ou non, le temps nécessaire pour réaliser l'histoire pharmacothérapeutique et d'autres éléments définis au tableau I. Tous les usagers admis aux unités de soins ciblées étaient inclus dans l'étude. À l'urgence, les patients ayant un pointage de 10 ou plus, calculé sur un formulaire d'évaluation du risque inspiré du formulaire de Calgary Health Region et de l'étude de Von Korkk, étaient priorisés (tableau II)<sup>11,12</sup>.

Pour favoriser la standardisation de la collecte de données, des séances de formations se sont déroulées avant le début du projet. Les données recueillies par les pharmaciens ont ensuite été analysées par le chercheur principal de l'étude afin de calculer des moyennes et des proportions. La collecte de données s'est échelonnée sur une période de quatre jours.

## **Résultats**

### ***Premier projet pilote***

L'utilisation d'un formulaire spécifique au moment critique de l'hospitalisation était plus simple d'utilisation, engendrait moins d'incompréhension et offrait plus d'espace pour inscrire les informations jugées pertinentes. Au départ, l'utilisation du sommaire de transfert imprimé par le logiciel de la pharmacie facilitait l'ordonnance des médecins. Cependant, l'obligation d'utiliser en parallèle un document de comparaison (BCM à l'admission) alourdissait le travail et demandait l'inscription des médicaments pris avant l'admission, mais dont la prescription avait été interrompue durant l'hospitalisation, puisqu'ils n'apparaissaient plus sur le sommaire de départ. De plus, plusieurs médicaments non pertinents se retrouvaient sur l'ordonnance de départ (exemples dimenhydrinate 50 mg intrarectal et intraveineux).

Quant au formulaire admission-départ combiné (format paysage), il permettait, lors du départ, d'éliminer la retranscription des médicaments pris avant l'admission, ce qui améliorerait la communication entre les milieux communautaires et hospitaliers, puisque tous les médicaments étaient mentionnés sur l'ordonnance. Cependant, ce type de formulaire pouvait engendrer un risque d'erreur non négligeable, puisque son utilisation était complexe : les actions posées à l'admission étaient présentes sur l'ordonnance de départ (exemple : des médicaments cochés « cessé » à l'admission pour un épisode aigu mais cochés « continué idem » au départ n'ont pas été servis par le secteur privé, et l'erreur a été constatée lors d'une réhospitalisation quelques semaines plus tard). De plus, puisque l'espace y est limité, ce type de formulaire nécessitait la rédaction d'une note complémentaire dans le dossier de l'utilisateur afin de compléter l'histoire pharmacothérapeutique. En dernier lieu, il était possible d'oublier de prescrire des médicaments dont la

**Tableau I : Définitions utilisées pour l'analyse des divergences non intentionnelles lors du deuxième projet pilote**

Type de divergences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omission : Médicament ou produit pris par l'utilisateur de manière régulière, dont l'ordonnance n'a pas été prescrite à l'admission;</li> <li>• Dose : Dose prescrite différente de celle prise à domicile sans justification possible du changement par le contexte médical;</li> <li>• Posologie/fréquence : Le nombre de prises quotidiennes à domicile diffère de celui prescrit à l'hôpital;</li> <li>• Voie d'administration : Voie d'administration autre que celle utilisée par l'utilisateur;</li> <li>• Substitution : Prescription d'un médicament différent de celui que prenait l'utilisateur à domicile, mais appartenant à la même classe pharmacologique (exception : substitution autorisée par le formulaire de l'hôpital);</li> <li>• Ajout de médicament : Médicament non pris à domicile, mais prescrit à l'hôpital sans qu'un changement dans le contexte médical de l'utilisateur puisse expliquer cet ajout.</li> </ul>
Médicaments touchés par la divergence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiaque : Pour le traitement de pathologies cardiovasculaires;</li> <li>• Système nerveux central : Pour le traitement des troubles de l'humeur, du sommeil, de l'épilepsie ou de la douleur;</li> <li>• Respiratoire : Pour le traitement des maladies touchant les voies respiratoires (exemples : asthme, bronchopneumopathie obstructive chronique);</li> <li>• Gastro-intestinaux : Pour les problèmes digestifs (exemples : hyperacidité, reflux gastro-oesophagien, gastroparésie);</li> <li>• Médicaments en vente libre;</li> <li>• Produits naturels;</li> <li>• Autres : Toute médication prise par l'utilisateur et ne correspondant pas aux catégories précédentes (exemples : corticostéroïde oral, chimiothérapie, antidiabétique).</li> </ul>
Source de la divergence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histoire : Histoire pharmacothérapeutique initiale disponible dans les notes des consultations médicales ou notes d'évolution, mais information incomplète ou inexacte;</li> <li>• Prescription : Histoire pharmacothérapeutique initiale adéquate, mais une erreur s'est produite lors de la prescription du médicament dans l'établissement.</li> </ul>
Potentiel de gravité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non significatif : N'entraîne aucun dommage pour l'utilisateur : Exemples : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omission d'acétaminophène pris occasionnellement,</li> <li>• Omission d'oméga-3;</li> </ul> </li> <li>• Significatif : Pourrait entraîner des symptômes qui n'auront toutefois pas d'influence sur les fonctions journalières : Exemples : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omission de médicaments servant au contrôle de l'angine,</li> <li>• Omission de médicaments servant au contrôle de l'asthme,</li> <li>• Omission d'un médicament pour l'insomnie prescrit en cas de besoin,</li> <li>• Modification de la posologie des laxatifs (ex. pris « au besoin », mais prescrit « à prendre régulièrement »);</li> </ul> </li> <li>• Sérieux : Entraîne ou pourrait entraîner des signes et symptômes associés à un risque élevé, ne causant pas la mort, mais pouvant entraîner une altération des activités journalières : Exemples : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorazépam 10 mg prescrit au lieu de 2 mg,</li> <li>• Prescription de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens,</li> <li>• Dose inadéquate de médicaments antihypertenseurs entraînant une hypotension ou une hypertension,</li> <li>• Omission de médicament ou mauvais dosage entraînant des symptômes de sevrage;</li> </ul> </li> <li>• Vital : Entraîne ou pourrait entraîner des signes et symptômes pouvant causer la mort s'ils ne sont pas traités : Exemples : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisateur a une allergie sévère connue au médicament prescrit,</li> <li>• Mauvais dosage d'antinéoplasique,</li> <li>• Omission de l'amiodarone lorsqu'elle est prescrite pour de la tachycardie ventriculaire;</li> <li>• Omission de la warfarine prescrite pour une prothèse valvulaire.</li> </ul> </li> </ul>

**Tableau II :** Grille d'évaluation utilisée dans le CHA et permettant de cibler les usagers les plus vulnérables aux événements iatrogènes liés à la médication

Âge	0 – 74 ans	0
	75 – 84 ans	1
	85 ans et plus	2
Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique	0 – 3	0
	4 – 6	2
	7 et plus	4
Médicaments à haut risque pris avant l'admission	Anticoagulant (sauf l'acide acétylsalicylique) <i>warfarine, daltéparine, énoxaparine, etc.</i>	3
	Trois médicaments et plus pour le traitement des maladies cardiovasculaires (sauf les anticoagulants) <i>Antihypertenseur, digoxine, hypolipémiant, amiodarone, acide acétylsalicylique, clopidogrel, diurétique.</i>	5
	Médicaments pour le traitement du diabète	2
	Médicaments pour le traitement du cancer	3
	Médicaments pour le traitement de l'épilepsie <i>Phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, etc.</i>	2

CHA : Centre hospitalier affilié universitaire

prescription avait commencé durant l'hospitalisation, lorsque la comparaison avec la feuille d'administration des médicaments des dernières 24 heures n'avait pas été réalisée.

Au total, 465 BCM ont été réalisés durant les six semaines de collecte de données. Les pharmaciens ont décelé 1 055 divergences, dont 719 (68 %) étaient intentionnelles, et parmi celles-ci, seulement 338 (47 %) étaient décrites par les médecins. Par conséquent, les pharmaciens ont permis l'identification de 717 divergences, soit 381 (53 %) divergences intentionnelles non inscrites et 336 (47 %) divergences non intentionnelles. Le taux de divergence moyen observé était de 1,5 par usager.

Parmi tous les BCM réalisés, 187 (40 %) ont été effectués dans les 24 heures qui ont suivi l'arrivée de l'usager à l'unité de soins, 116 (25 %) entre 24 et 48 heures et 162 (35 %) plus de 72 heures après son arrivée. Comme le nombre réel d'admissions calculé par le service des archives durant la période couverte par la collecte de données n'était pas conforme à la vision du pharmacien (ce dernier prenait en considération tous les nouveaux usagers arrivés à l'unité (admission et transfert) alors que le service des archives comptabilisait l'admission seulement lorsque l'épisode de soins était terminé), il n'a pas été possible de calculer un ratio réel, soit le nombre de BCM faits par rapport au nombre d'admissions. Cependant, plus de 90 % des usagers présents aux unités de soins ciblées avaient un BCM complet à leur dossier.

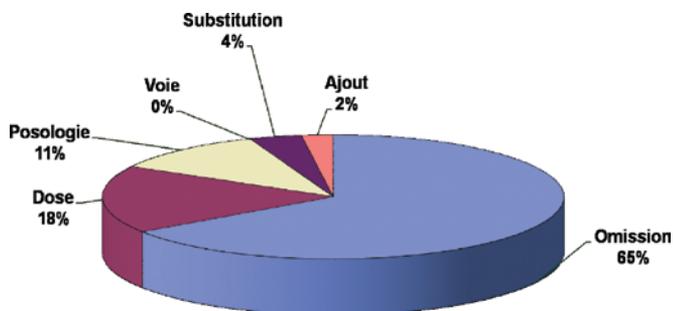
### Deuxième projet pilote

Sur les quatre jours de collectes de données, 110 BCM ont été effectués. Le temps moyen qu'a nécessité la réalisation de l'histoire pharmacothérapeutique effectuée par les ATP était de 10 minutes. Un total de 254 divergences ont été décelées. Parmi celles-ci, 47 % (n = 119) concernaient des divergences intentionnelles, dont seulement 41 % avaient été inscrites dans les dossiers. Les pharmaciens ont également permis de trouver 135 divergences non intentionnelles, soit 53 % des divergences totales. Le taux moyen de divergences était de 1,9 par usager. Selon le formulaire d'évaluation du risque utilisé (tableau II), le pointage moyen des usagers pour qui un BCM a été réalisé était de huit.

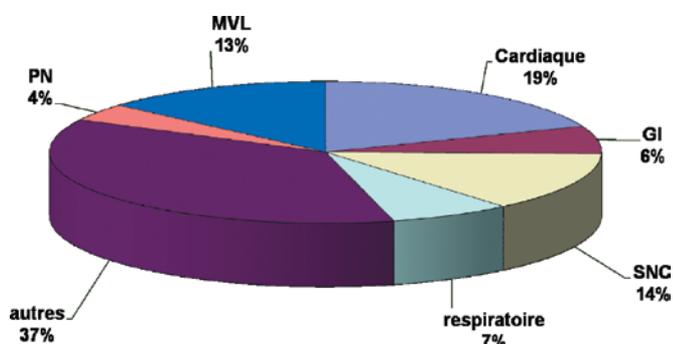
Parmi les divergences non intentionnelles, 91 % (n = 135) étaient liées à une histoire pharmacothérapeutique incomplète ou inadéquate, et 9 % étaient la conséquence d'une erreur lors de la retranscription du médicament sur les feuilles d'ordonnances standards. Les médicaments en cause dans les divergences non intentionnelles étaient majoritairement des médicaments nécessaires au traitement de la condition médicale de l'usager, tels que des médicaments cardiaques (19 %) ou des médicaments touchant le système nerveux central (13 %). Les types de divergences non intentionnelles ainsi que les médicaments touchés par ces divergences sont présentés aux figures 1 et 2, respectivement.

Une évaluation de l'impact clinique de la réalisation du BCM a été décrite à l'aide d'une échelle de potentiel de gravité, adaptée de l'étude de Pippins et coll. (tableau I)<sup>13</sup>.

**Figure 1 :** Types de divergences non intentionnelles décelées par les pharmaciens



**Figure 2 :** Classification des médicaments touchés par les divergences non intentionnelles



GI : Gastro-intestinal; SNC : système nerveux central; PN : produits naturels; MVL : médicaments en vente libre

Cent trente-cinq (67 %) divergences non intentionnelles décelées par les pharmaciens auraient pu avoir un impact clinique significatif pour l'utilisateur. Cependant, bien que la collecte de données ne se soit échelonnée que sur une période de quatre jours, 4 % des divergences non intentionnelles ont engendré des effets sérieux pour l'utilisateur. Parmi ces divergences, citons la prescription de chimiothérapie orale à une patiente recevant des traitements intraveineux, mais dont la chimiothérapie orale apparaissait sur le profil médicamenteux provenant du secteur privé, la prescription d'un antihypertenseur à dose plus élevée que celle prise à domicile et ayant entraîné une hypotension chez l'utilisateur ou encore la non-reprise d'un antidépresseur ayant provoqué des symptômes de sevrage.

## Discussion

Bien que le processus d'implantation soit encore imparfait, la réalisation de ces deux projets pilotes a permis sa mise en œuvre, une meilleure compréhension et une meilleure acceptation de la part des divers professionnels œuvrant dans le CHA. Initialement, aucun des deux

outils utilisés ne répondait adéquatement aux besoins de l'établissement. Le formulaire idéal devait éviter la retranscription, diminuer le temps requis pour effectuer l'évaluation et la comparaison, être facile d'utilisation sans créer d'incompréhension et contenir toutes les informations pertinentes sur une même feuille. Finalement, à la demande des médecins, et ce, afin de favoriser leur intégration dans le processus complet d'implantation du BCM, les formulaires futurs devaient également répondre aux normes en vigueur dans l'établissement afin qu'ils puissent être utilisés en tant qu'ordonnances médicales internes.

Le choix des outils utilisés actuellement dans le CHA fait suite à un consensus d'équipe, où les commentaires de chaque intervenant ont été pris en considération. De plus, en attendant la disponibilité d'un outil intégré au logiciel de saisie des ordonnances, la création d'un chiffrier dans Microsoft Excel évitait la duplication des tâches et les erreurs de retranscription, en permettant la transcription électronique automatique.

Bien que la réalisation des BCM devrait être faite dès l'admission de l'utilisateur afin de prévenir les effets indésirables liés aux médicaments, les résultats du premier projet pilote laissent entendre que cet objectif est illusoire si le processus repose uniquement sur le travail des pharmaciens. En effet, 35 % des BCM ont été réalisés plus de 72 heures après l'arrivée ou le transfert de l'utilisateur. Ces retards sont principalement dus au manque de personnel, à la présence irrégulière de pharmaciens aux unités de soins ainsi qu'à la nécessité pour les pharmaciens hospitaliers d'accomplir d'autres tâches associées à leur travail. Ainsi, il est primordial que l'implantation des BCM dans les établissements ne repose pas uniquement sur les pharmaciens. C'est pourquoi l'intégration des ATP, un personnel formé disposant d'une bonne connaissance des médicaments, est une avenue intéressante pour les établissements. Toutefois, l'intégration des autres professionnels du secteur de la santé est incontournable et doit être favorisée par des directives administratives, et ce, dans l'objectif commun d'améliorer la sécurité des soins dispensés aux utilisateurs.

L'évaluation de l'impact clinique de la réalisation des BCM a également permis de convaincre plusieurs membres des équipes soignantes du bienfait de cette démarche et a favorisé l'acceptation des modifications des processus de travail. À la suite de la présentation des résultats du premier projet pilote, une des hypothèses de l'équipe médicale était que les divergences non intentionnelles concernaient principalement les médicaments en vente libre et les produits naturels, ce qui n'avait qu'un faible impact pour l'utilisateur. Cependant, l'analyse du potentiel de gravité ainsi que du type de médicament impliqué dans les divergences non intentionnelles ont permis, à la suite du deuxième projet pilote, une prise de conscience de la part du personnel, puisque seulement

17 % de ces divergences avaient un lien avec les médicaments en vente libre ainsi que les produits de santé naturels, et 67 % des divergences ont entraîné ou auraient pu entraîner un effet indésirable significatif pour l'utilisateur.

Bien que le pourcentage de divergences liées aux types de médicaments soit différent d'un établissement à l'autre, il est nécessaire d'obtenir des données cliniques internes et d'établir des comparaisons interdépartementales en plus de celles déjà rapportées dans la littérature<sup>2,13,14</sup>. De plus, puisque 65 % des divergences non intentionnelles résultaient d'omissions, la majorité des efforts futurs devront être mis sur la réalisation de l'histoire pharmacothérapeutique complète dès l'arrivée de l'utilisateur dans l'établissement. Puisque le temps moyen pour la réalisation d'un questionnaire exhaustif représente une dizaine de minutes, sans oublier l'analyse du dossier et la comparaison avec les ordonnances réalisées depuis l'arrivée de l'utilisateur, étape nécessaire pour compléter le processus du BCM, le choix des collaborateurs s'avèrera décisif pour une implantation réussie.

Étant donné la charge de travail importante que ce processus demande, une implantation par étapes est nécessaire. L'implantation du BCM doit être appuyée par la direction de l'établissement. Dans le CHA, la formation d'un comité tactique composé de membres de la direction et de la gestion des risques, d'infirmières, de pharmaciens ainsi que la consultation ponctuelle d'archivistes, de médecins et de membres du personnel administratif a permis, grâce à des réunions hebdomadaires ou bimensuelles, d'assurer un meilleur suivi ainsi que la mise en place rapide de correctifs lorsqu'ils s'avéraient nécessaires. Cette démarche a certainement favorisé une implantation plus élargie dans un délai très court.

Afin de s'assurer la collaboration de tous les membres du personnel soignant, l'implantation du BCM devrait être entreprise au niveau des unités où il y a présence de pharmaciens, de manière à pouvoir offrir une rétroaction immédiate aux infirmières et aux médecins. De plus, l'évaluation du risque pour l'utilisateur de subir un effet indésirable lié aux médicaments peut permettre aux établissements de mieux cibler les utilisateurs bénéficiant le plus d'un BCM. L'attribution d'un pointage de base à l'aide d'une échelle d'évaluation, telle que celle présentée au tableau II, permet de concentrer les efforts sur une population plus vulnérable et, avec le temps et l'expérience, ce pointage devrait être revu à la baisse, ce qui permettrait à une plus grande proportion d'utilisateurs de bénéficier de la réalisation d'un BCM.

L'intégration des ATP peut aider à l'implantation du BCM dans les établissements. En effet, ce personnel est souvent plus qualifié en matière de connaissance des médicaments que bien d'autres membres du personnel hospitalier qui, eux, doivent plutôt concentrer leurs énergies

sur les soins directs à prodiguer aux utilisateurs. De plus, bien qu'elle soit peu commentée dans la littérature, l'intégration des ATP est souvent bénéfique autant pour les pharmaciens et les médecins que pour les infirmières<sup>15</sup>. En dernier lieu, ce personnel peut représenter un choix économique judicieux pour la réalisation d'histoires pharmacothérapeutiques complètes à plus grande échelle.

Bien qu'elle n'ait pas fait l'objet d'une évaluation directe lors du second projet pilote, l'intégration des ATP pour la réalisation des histoires pharmacothérapeutiques a permis aux pharmaciens de recentrer leurs énergies sur leur rôle clinique. De plus, ce processus semble permettre une diminution du nombre d'appels provenant de la distribution en vue de clarifier les ordonnances. Ainsi, les infirmières quittent moins fréquemment le chevet de l'utilisateur afin de répondre aux interrogations provenant du département de pharmacie, et le service des médicaments peut se faire plus rapidement. Outre l'aide qu'une telle organisation du travail peut apporter au personnel de l'établissement, plusieurs commentaires positifs provenant de pharmacies du secteur privé ont été relevés. En effet, après la réalisation des BCM de départ, une clarification des ordonnances inscrites précédemment au profil pharmacologique de leurs patients leur est acheminée, ce qui leur permet de gagner du temps, d'éviter des erreurs (exemple : renouvellement d'un médicament, dont l'administration avait été interrompue à l'hôpital, sans toutefois qu'il en soit fait mention sur l'ordonnance de départ) et de diminuer les appels aux médecins en vue d'obtenir des explications. Une collaboration avec le secteur privé est donc à privilégier.

Les limites rencontrées lors de la réalisation de ces deux projets ont majoritairement trait à l'intégration des rôles et des responsabilités de chacun. En effet, les changements majeurs apportés aux processus de travail demandent une période d'intégration et d'acceptation de la part du personnel soignant, ce qui complexifie la tâche. Par conséquent, des différences importantes dans les résultats auraient pu être observées si chacun s'était entièrement conformé aux nouvelles responsabilités qui lui avaient été attribuées. De plus, l'analyse initiale des divergences étant imputée à plusieurs pharmaciens, l'utilisation des grilles de classification a pu être variable d'un pharmacien à l'autre, et ce, surtout pour ce qui est du potentiel de gravité des divergences non intentionnelles. À la suite de ces observations, nous avons procédé à des rappels fréquents, et de la formation supplémentaire a été offerte afin d'améliorer la qualité des BCM effectués et de diminuer le risque que les médecins cessent, avec le temps, d'utiliser ce nouvel outil. De plus, une différence de compréhension du terme « admission » entre les pharmaciens et les archivistes a compliqué le calcul des statistiques demandées par Agrément Canada. Une mise à jour s'avèrera nécessaire avant la réalisation de projets futurs.

## Conclusion

Le choix de l'outil est une étape complexe, puisqu'Agrément Canada ne donne aucune directive dans ses recommandations actuelles. La mise en place du BCM dans les établissements demeure toutefois pertinente en vue d'améliorer la sécurité des soins, puisque la majorité des divergences observées sont liées à l'omission de médicaments pris par l'utilisateur avant son arrivée. De plus, l'évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un BCM, bien qu'elle ne soit pas requise par Agrément Canada, est une étape incontournable pour convaincre et intégrer les membres des équipes dispensant les soins aux usagers. L'implantation des BCM dans nos établissements ne pourra qu'améliorer la sécurité des soins offerts aux usagers tout en favorisant la participation de ces derniers au continuum de soins. Le BCM est sans contredit un pas vers l'amélioration de la transmission de l'information nécessaire à tous les prestataires de soins et pour la réalisation duquel nous devons investir les efforts requis.

## Remerciements

L'auteur remercie les personnes suivantes : Dominique Chrétien, pharmacienne, adjointe au chef de Département de pharmacie, Hôpital du Saint-Sacrement; Geneviève Larouche, pharmacienne, adjointe par intérim au chef de Département de pharmacie, Hôpital de l'Enfant-Jésus et Jasmine Martineau, physiothérapeute, adjointe clinique au directeur des services professionnels. L'auteur remercie également tous les pharmaciens et assistants techniques ayant participé à la réalisation des projets pilotes.

Pour toute correspondance :

Maude Blanchet  
Pharmacienne

Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Hôpital de l'Enfant-Jésus

1401, 18<sup>e</sup> Rue

Québec (Québec) G1J 1Z4

Téléphone : 418 649-0252, poste 3382

Télécopieur : 418 649-5923

Courriel : maude.blanchet@gmail.com

## Références

1. Rozich JD, Resar RK. Medication safety : one organisation's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Manag* 2001;8:27-34.
2. Comish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Jurlink DN et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005;165:424-9.
3. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D et coll. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA* 1995;274:29-34.
4. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et coll. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991;334:377-84.
5. Hayes BD, Donovan JL, Smith BS, Hartman CA. Pharmacist-conducted medication reconciliation in an emergency department. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:1720-3.
6. Paparella S. Medication reconciliation: doing what's right for safe patient care. *J Emerg Nurs* 2006;32:516-20.
7. Delate T, Chester EA, Stubbings TW, Barnes CA. Clinical outcomes of a home-based medication reconciliation program after discharge from a skilled nursing facility. *Pharmacotherapy* 2008;28:444-52.
8. Poole DL, Chainakul JN, Pearson M, Graham L. Medication reconciliation: a necessity in promoting a safe hospital discharge. *J Health Qual* 2006;28:12-9.
9. Nester TM, Hale LS. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health Syst Pharm* 2002;59:2221-5.
10. Strunk LB, Matson AW, Steinke D. Impact of a pharmacist on medication reconciliation on patient admission to a veterans affairs medical center. *Hosp Pharm* 2008;43:643-49.
11. Calgary Health Region. Formulaire : Best possible medication history; hospitalist medication reconciliation. 4 pages.
12. Von Korkk M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *J Clin Epidemiol* 1992;45:197-203.
13. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med* 2008;23:1414-22.
14. Reeder TA, Mutnick A. Pharmacist- versus physician-obtained medication histories. *Am J Health Syst Pharm* 2008;65:857-60.
15. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm* 2003;60:1982-6.

## Abstract

**Objective:** Presentation of the results of two descriptive pilot projects carried out in the context of implementing a medication reconciliation process in the Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.

**Context:** The Centre hospitalier affilié universitaire de Québec has carried out various pilot projects in order to comply with the new organizational practices required by Accreditation Canada. Involved is the description of one aspect of an initiative undertaken in order to obtain accreditation and to convince the various hospital personnel of the importance of following the new processes.

**Results:** It was essential to choose a simple form containing as much information as possible. Designing a spreadsheet also helped to better meet the needs of each person. Of the discrepancies identified while carrying out the second project, 91% were due to an initial drug history that was incomplete. Among the unintended discrepancies found, 65% involved the omission of medications or products taken by the user before admission. In addition, 67% of the unintended discrepancies could have resulted in a significant adverse drug event, while 4% could have had a serious affect.

**Discussion:** Concrete examples of the clinical impact of performing medication reconciliations made it possible to encourage the adherence of various healthcare personnel. The process must be considered as a multidisciplinary task, it must be adapted to each establishment, and it must take into account the comments of the various workplace stakeholders.

**Conclusion:** The implementation of medication reconciliation processes in our establishments will improve the safety of the health care we provide to our users. However, this development calls for a reevaluation of conventional work patterns.

**Key words:** medication reconciliation, discrepancies, adverse drug events, clinical impact.