Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Améliorer la prévention
des chutes et incidents et accidents liés à la médication :
De la stratégie à l'action
Volet : incidents et accidents liés à la médication

14-735-03W © Gouvernement du Québec, 2014

Québec

Les annexes 2, 4 et 5 de ce document ont été reproduites intégralement afin de respecter le contenu des auteurs. Toute reproduction partielle ou totale du contenu de ces annexes doit faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable auprès des auteurs respectifs indiqués à la fin de chacune des annexes concernées.

Le présent rapport ne constitue pas nécessairement les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il représente l'opinion des auteurs du rapport Améliorer la prévention des chutes et des incidents et accidents liés à la médication : de la stratégie à l'action (volet incidents et accidents liés à la médication) du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

http://intranetreseau.rtss.qc.ca ou **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71660-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INCIDENTS ET ACCIDENTS LIÉS À LA MÉDICATION

Madame Céline Dupont	Présidente du groupe de travail sur les incidents et accidents liés à la médication Adjointe au pharmacien-chef, CUSM
Docteur Régis Vaillancourt	Directeur de la Pharmacie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Visiteur Agrément Canada
Docteur Stephan P. Ahern	Interniste, Intensiviste, Hôpital Maisonneuve-Rosemont Professeur adjoint de clinique, Département de médecine Faculté de médecine, Université de Montréal
Docteur Alain Biron	Infirmier, Adjoint au directeur, Département de la qualité CUSM
Madame Micheline Watier	Infirmière, Conseillère à la qualité – CQA
Madame Renée-Claire Fox	Infirmière, Conseillère cadre en gestion des risques CSSS Jeanne-Mance
Madame Lynda Simard	Consultante, Gestionnaire de projet

COMITÉ DIRECTEUR

Docteur Jacques Ramsay	Président du Comité directeur Coroner et médecin de famille, GMF Marguerite d'Youville
Maître Suzanne Bisaillon	Fellow, CIRANO – Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
Docteur Régis Vaillancourt	Directeur de la pharmacie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Visiteur Agrément Canada
Madame Marie-Anne Bracco	Directrice de l'Agrément du CQA
Madame Micheline Watier	Infirmière, Conseillère à la qualité – CQA
Madame Tanya Mac Donald	Évaluatrice de la qualité- Agrément Canada
Madame Hélène Riverin	Conseillère clinicienne en physiothérapie CSSS Vieille Capitale
Madame Catherine Maranda	Conseillère à la Direction de l'éthique et de la qualité, MSSS
Madame Nathalie Desrosiers	Directrice de l'éthique et de la qualité, MSSS
Madame Lynda Simard	Consultante, Gestionnaire de projet

GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS

Docteur Daniel Chartrand	Président du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins Directeur adjoint, Département d'anesthésie Université McGill
Madame Markirit Armutlu	Coordonnatrice du programme de la qualité Hôpital général juif de Montréal
Maître Suzanne Bisaillon	Fellow CIRANO – Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
Docteure Anne-Marie Bourgault	Médecin spécialiste en maladies infectieuses et en microbiologie, CHUM
Docteur Robert Dubé	Secrétaire-trésorier CMDP CHU Ste-Justine Président, Comité central d'évaluation Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal
Madame Michelle Dionne	Représentante de la population Conseillère en gestion de risques
Docteur Yves Patenaude	Professeur agrégé Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Hôpital Fleurimont, Département de radiologie diagnostique
Monsieur Yvan Gendron	Directeur général associé, CHUM
Docteure Yolande Leduc	Médecin de famille, Clinique Sainte-Catherine Département de natalité, Hôpital Pierre-Boucher
Madame Patricia Lefebvre	Directrice de la qualité, Centre universitaire de santé McGill
Monsieur Renald Lemieux	Directeur général adjoint au Dossier de santé du Québec MSSS
Monsieur André Néron	Directeur associé-Président comité patient expert Université de Montréal, Faculté de médecine, Vice-décanat au développement continu des compétences professionnelles
Docteure Louise Passerini	Pneumologue et intensiviste, CHUM Professeur à l'Université de Montréal, à l'Hôpital Charles-LeMoyne et à l'Université de Sherbrooke
Docteur Jacques Ramsay	Coroner et médecin de famille, GMF Marguerite d'Youville
Madame Lucie Trudel	Représentante de la population, Gestionnaire de projet Technologie de qualité et gestion des processus Pratt & Whitney Canada
Madame Catherine Maranda	Conseillère à la Direction de l'éthique et de la qualité, MSSS

COLLABORATION

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Agences de la santé et des services sociaux (ASSS)
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)
Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada)
Institut de la statistique du Québec (ISQ)
Réseau pour l'amélioration continue de la qualité (RACQ)

SECRÉTARIAT

Bertrande Landry
Nathalie Béliveau
Isabelle Paquet

RÉVISION LINGUISTIQUE

CTC Traduction

Monsieur le Ministre,

Il me fait grand plaisir de vous présenter le fruit de la vaste réflexion entreprise par le groupe d'experts sur les accidents et incidents liés à la médication. Ses conclusions et les recommandations qui en découlent permettront, j'en suis sûr, de tracer les prochaines étapes d'une initiative concertée, à la fois localement, régionalement et nationalement, pour améliorer le bilan en matière d'accidents et incidents survenant lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux. Vous remarquerez que les experts se sont intéressés non seulement aux solutions mais aussi, et de manière significative, à la façon de mettre en place les différentes mesures proposées. Je suis convaincu que l'accompagnement qui doit être fourni aux organisations ainsi qu'aux professionnels et travailleurs de la santé est la clé pour assurer la diffusion et la pérennité des changements à mettre en place.

En terminant, vous me permettrez de saluer le travail considérable accompli par tous les membres du comité directeur de même que des deux groupes d'experts. Je souhaite particulièrement souligner la contribution de M^{me} Céline Dupont et de M^{me} Lynda Simard.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur Jacques Ramsay
Président du Comité directeur
Coroner et médecin de famille
GMF Marguerite d'Youville

PRÉFACE

Au Québec, la problématique des incidents et accidents liés à la médication lors de la prestation de soins se situe au deuxième rang des évènements indésirables après les chutes. Plus de 30 % des incidents et accidents rapportés dans les rapports semestriels depuis avril 2011 sont en lien avec la médication.

Afin de réduire les incidents et accidents liés à la médication, le groupe d'experts propose des stratégies qui sont appuyées par des écrits scientifiques et par des constats sur le terrain. Conscient que ces stratégies nécessitent des ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles dédiées, et par souci d'efficience, le groupe d'experts est d'avis qu'il est d'autant plus important de ne pas négliger l'accompagnement dans ce changement non seulement lors de l'implantation mais aussi pour en assurer la pérennité. De plus, l'existence et le maintien d'une culture favorisant la déclaration des évènements sont jugés essentiels à toute stratégie de réduction et de prévention des incidents et accidents liés à la médication.

Le groupe d'experts propose de nouvelles avenues, mais surtout le maintien ou le développement de certaines initiatives en cours telles que :

- l'implantation de technologies sous la supervision du groupe SARDM (Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments), notamment le prescripteur électronique et le logiciel d'aide à la décision, de même que l'utilisation du code à barres tout au long du circuit du médicament allant de l'approvisionnement à l'administration de celui-ci et au suivi;
- le Bilan Comparatif des Médicaments (BCM), Pratique Organisationnelle Requise (POR) d'Agrément Canada avec en appui le Dossier Santé Québec (DSQ);
- la formation des médecins et des professionnels de la santé, notamment en ce qui a trait à la prévention et à la déclaration des incidents et accidents associés à la médication;
- la Pratique collaborative, qui se veut un partenariat entre une équipe de professionnels et l'usager partenaire.

Pour réduire les incidents et accidents liés à la médication, le groupe d'experts est d'avis que la simple volonté d'améliorer les pratiques ne suffit pas : le temps est venu de passer à l'action.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 1
RECOMMANDATIONS 5
1. COMMUNICATION 5
2. TECHNOLOGIE ET IMPLANTATION 5
3 FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ 6
4. STRATÉGIES POUR LES INTERRUPTIONS DANS LA PRÉPARATION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS 6
5. PHARMACIENS 6
6. ANALYSE DES ÉVÈNEMENTS ENTRAÎNANT DES CONSÉQUENCES GRAVES 6
7. ANALYSE DES INCIDENTS/ACCIDENTS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS QUI EN DÉCOULENT 7
8. IMPLICATION DE L'USAGER 7
INTRODUCTION 8
MISE EN CONTEXTE 8
AMPLEUR DU PROBLÈME 9
IMPACT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ 10
BUTS ET OBJECTIFS 12
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS 13
1. COMMUNICATION 13
2. TECHNOLOGIE ET IMPLANTATION 18
3. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ 24
4. STRATÉGIES POUR LES INTERRUPTIONS DANS LA PRÉPARATION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS 26
5. PHARMACIEN 31
6. ANALYSE DES DÉCÈS 32
7. ANALYSE DES INCIDENTS ET ACCIDENTS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS QUI EN DÉCOULENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ 33
8. IMPLICATION DE L'USAGER 38
CONCLUSION 42
GLOSSAIRE 43
BIBLIOGRAPHIE 45
ANNEXES 52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Évolution des données du Registre national du 1er avril 2011 au 30 septembre 2013 en ce qui a trait aux incidents et accidents liés à la médication 2

Tableau 2. Efficacité des stratégies de réduction des incidents et accidents liés à la médication .. 9

Tableau 3. Prolongation de séjour reliée aux évènements indésirables médicamenteux (EIM) .. 11

Tableau 4. Taux de conformité pancanadien aux POR sur le Bilan comparatif des médicaments d'Agrément Canada 15

Tableau 5. Conformité des organismes aux POR en fonction des secteurs de soins pour le Québec en 2012 16

Tableau 6. Thèmes clés découlant du sommet national sur le Bilan comparatif des médicaments de février 2011 17

Tableau 7. Facteurs de réussite clés et défis cernés par les « leaders » en matière d'établissement du Bilan comparatif des médicaments au Canada, 2012 17

Tableau 8. Types d'incidents et accidents liés à la médication (Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1 rev.2014-02) 27

Tableau 9. Caractéristiques des répondants 34

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPA	Approche adaptée pour la personne âgée
ASA	Acide acétylsalicylique
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPM	Conseil de protection des malades
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CQA	Conseil québécois d'agrément
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
DSQ	Dossier Santé Québec
EIM	Évènement indésirable médicamenteux
EM	Evénement médicamenteux
FADM	Feuille d'administration des médicaments
GRIS	Groupe interdisciplinaire en santé
GVSS	Groupe Vigilance pour la sécurité des soins
ICSP	Institut canadien pour la sécurité des patients
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISAR	Identification of Senior At Risk
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISMP	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCC MERP	Conseil national de coordination des rapports médicaments Erreur et Prévention
POR	Pratique organisationnelle requise
PPID	Positive Patient ID
RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers
RACQ	Réseau pour l'amélioration continue de la qualité
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARDM	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SCAS	Système centralisé d'additifs aux solutés
SEOM	Système d'entrée électronique des ordonnances par les médecins

SOMMAIRE

La publication des cinq rapports semestriels (du 1er avril 2011 au 30 septembre 2013) des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins au Québec fait état de nombreux constats (tableau 1, page suivante) en lien avec la médication. Ces constats font l'objet de préoccupations ministérielles, notamment :

- les incidents et accidents liés à la médication sont à l'origine de 32 % des incidents ou des accidents déclarés et viennent au deuxième rang après les chutes;
- au cours de cette même période, les évènements déclarés liés à la médication ont conduit à 20 décès pour une moyenne de huit décès par année;
- le dernier rapport, avec les données recueillies entre le 1er avril 2013 et le 30 septembre 2013, fait état de quatre décès, dont trois découlent d'incidents et accidents d'omission.

La majorité des incidents et accidents liés à la médication n'ont eu aucune conséquence pour l'usager, et les incidents et accidents avec conséquences graves (cotées G, H, I) sont peu nombreux, c'est-à-dire de l'ordre de 0,00025 % de tous les accidents déclarés. Cependant, il est reconnu que la déclaration des incidents et accidents liés à la médication est nettement sous-estimée (Flynn, 2002). Il y a certainement place à l'amélioration pour éviter la récurrence et même l'augmentation des évènements à conséquences permanentes et/ou sévères pour l'usager partenaire. Obtenir un portrait exact de l'incidence des conséquences graves, en général permanentes, permettra de prioriser les secteurs d'intervention pour le déploiement de mesures efficientes de réduction des incidents et accidents ayant de telles conséquences.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié au Groupe vigilance pour la sécurité des soins le mandat de faire le point sur les meilleures pratiques en matière de prévention des risques et d'évaluer la possibilité de les déployer dans tous les milieux concernés. Les travaux du groupe d'experts ont débuté à l'été 2013.

Plusieurs éléments ont servi à l'élaboration des recommandations du groupe d'experts : écrits scientifiques, évaluation de la pratique sur le terrain, situation québécoise, consultation des guides d'organismes d'agrément et de leurs rapports en ce qui a trait au niveau de conformité aux normes.

Les experts auraient souhaité corroborer certaines hypothèses en analysant les accidents liés à la médication qui ont conduit à un décès. Cet exercice est essentiel si l'on veut que les mesures de traitement du risque soient optimales; il n'a pu être réalisé pour les raisons suivantes :

- l'extraction des données en provenance du Registre national ne permet pas d'avoir l'information complète sur l'évènement;
- il n'y a pas de mécanisme prévu à ce moment-ci permettant à des groupes d'experts d'accéder aux dossiers des usagers et/ou à l'analyse des évènements ayant conduit à un décès afin de réaliser un exercice similaire à celui planifié dans le cadre de ces travaux. Dans un contexte où il est souhaitable de préserver le mécanisme de confidentialité, il faudrait avoir un tiers qui est tenu au secret et qui, à partir de données anonymisées, pourrait procéder à l'analyse des évènements qui ont conduit à un décès.

Tableau 1. Évolution des données du Registre national du 1er avril 2011 au 30 septembre 2013 en ce qui a trait aux incidents et accidents liés à la médication

DONNÉES Incidents et accidents liés à la médication	1 1er avril 2011 - 30 sept 2011	2 1er oct. 2011 - 31 mars 2012	3 1eravril 2012 - 30 sept 2012	4 1er oct. 2012 - 31 mars 2013	5 1er avril 2013 - 30 sept 2013	MOYENNE
% DÉCLARATION totale des rapports semestriels	30 %	32 %	32 %	32 %	32 %	32 %
Omissions	ND	39,74 %	42,2 %	41,25 %	41,76 %	41,2 %
Incident et accident dose	ND	18,47 %	17,1 %	17,21 %	17,3 %	17,52 %
Autres*	ND	15,85 %	14,8 %	15,83 %	15,77 %	15,56 %
Nature Médicament	ND	7,20 %	7,3 %	7,1 %	6,48 %	7,02 %
Heures d'administration	ND	6,70 %	6,4 %	6,29 %	6,32 %	6,42 %
Incident et accident avant administration	ND	5,09 %	5,6 %	5,22 %	5,65 %	5,39 %
Identité de l'usager	ND	4,18 %	4 %	3,88 %	3,68 %	3,93 %
Voie d'administration	ND	1,18 %	1,1 %	1,25 %	1,18 %	1,17 %
Entreposage	ND	0,72 %	0,7 %	0,9 %	0,86 %	0,79 %
Infiltration/extravasation	ND	0,44 %	0,5 %	0,58 %	0,48 %	0,5 %
Allergie	ND	ND	ND	0,45 %	0,40 %	0,42 %
CONSÉQUENCES G = conséquences permanentes**	1	0	1	2	1	1
CONSÉQUENCES H = Intervention pour maintenir la vie***	4	5	9	9	8	7
CONSÉQUENCES I = mort de la personne****	4	6	2	4	4	4

*Les incidents et accidents de type « autres » sont de nature très variée selon la mission
**G- Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne
***H- Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie
****I- Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne[1]

[1] L'échelle de gravité utilisée dans le formulaire AH-223 est une adaptation du *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP).

Les recommandations de ce rapport reposent sur les éléments suivants :

- **Le partage** de l'information est un élément clé pour réduire les incidents et accidents liés à la médication. Plusieurs stratégies technologiques et cliniques sont reconnues et disponibles pour améliorer les interactions entre les intervenants impliqués, notamment :
    - l'adoption du Bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert et au congé, sans oublier l'implication du patient à la plupart des étapes du cycle du médicament. Le Dossier Santé Québec (DSQ) devra faire partie intégrante de cette stratégie. Le Québec présente un retard par rapport aux autres provinces quant à l'implantation du Bilan comparatif des médicaments (BCM) ainsi que des outils de communication entre les différents milieux de soins et les pharmacies communautaires. Les différents éléments formant la trajectoire de soins d'un usager sont dépourvus d'outils indispensables pour pouvoir transmettre de façon efficace toute l'information nécessaire à une prestation de soins optimale et sécuritaire;
    - de même, la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches, développée par le RUIS-Université de Montréal, est un très bon exemple d'une formule qui permet d'impliquer le patient dans son processus de soins, de l'accompagner dans le développement de ses connaissances pour qu'il puisse prendre des décisions éclairées et d'augmenter sa capacité à l'autodétermination, ce qui constitue « l'approche la plus apte à répondre aux préoccupations et défis actuels de notre société en matière de santé[2] ».
- **Les technologies** permettant de réduire les risques d'incidents et accidents liés à la médication sont bien documentées et sont considérées comme des stratégies possédant un haut niveau d'efficacité pour réduire les incidents et accidents, selon l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (Vaillancourt, 2013). Parmi celles-ci, il faut mentionner :
    - l'utilisation généralisée d'un prescripteur électronique avec un logiciel d'aide à la décision;
    - les technologies d'identification telles que le code à barres.

    Le projet SARDM (Système d'automatisation et de robotisation pour la distribution du médicament) en cours depuis quelques années semble, de l'avis des experts, une meilleure avenue pour appuyer la mise en place des solutions technologiques proposées dans ce rapport.

    Il existe en ce moment une variabilité dans le déploiement des nouvelles technologies et des autres stratégies pour diminuer les incidents et accidents liés à la médication.

    Dans une perspective d'efficience et pour faciliter le continuum de soins, il est impératif de viser l'interopérabilité des nouvelles technologies avec le DSQ, le BCM électronique, les systèmes de pharmacie hospitalière et communautaire.

[2] RUIS-UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Guide d'implantation du partenariat de soins et services, Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*, mai 2013, 62 p.

- **Les professionnels de la santé** ont un rôle déterminant à jouer. La sensibilisation et la formation de tous les cliniciens sont essentielles. Les prescripteurs doivent absolument faire partie de la solution car ils sont considérés comme une des sources potentielles d'incidents et accidents liés à la médication qui sont la plupart du temps non déclarées dans les rapports semestriels. Le travail en interdisciplinarité demeure une formule gagnante, et la contribution significative du pharmacien clinicien est bien documentée.

RECOMMANDATIONS

Les présentes recommandations ont été émises par le groupe d'experts après que celui-ci eut analysé des écrits scientifiques pertinents et des rapports d'organismes d'agrément, et entamé une veille stratégique pour la durée de ce travail sur l'émergence des technologies reconnues. Un résumé des recommandations se trouve dans un tableau à l'annexe 1.

1. COMMUNICATION

1.1 Que le MSSS confie aux agences le mandat de procéder à une reddition de compte permettant de vérifier le niveau d'implantation du programme complet (à l'admission, au transfert et au congé) du bilan comparatif dans les établissements de son territoire à compter de 2015.

1.2 Que tous les établissements de santé publics et privés conventionnés priorisent et mettent en place le Bilan comparatif des médicaments (à l'admission, au transfert et au congé) afin que le Québec soit à cet égard dans le tiers le plus performant des provinces canadiennes.

1.3 Que le MSSS mandate un groupe de travail pour permettre une harmonisation et une standardisation des outils et formulaires utilisés en lien avec le BCM afin d'optimiser les interactions avec le DSQ et les échanges avec les autres partenaires, tels que les pharmaciens communautaires.

2. TECHNOLOGIE ET IMPLANTATION

2.1 Que le MSSS confie aux agences le mandat de mettre en place un mécanisme de reddition de compte pour mesurer le niveau d'implantation des nouvelles technologies et la compatibilité des systèmes au niveau provincial.

2.2 Que les établissements priorisent l'acquisition, l'implantation et la pérennisation des technologies suivantes :

- LE PRESCRIPTEUR ÉLECTRONIQUE avec communication bidirectionnelle (compatible avec le système de gestion des ordonnances au département de pharmacie);
- LE LOGICIEL D'AIDE À LA DÉCISION (informations sur la médication);
- LE CODE À BARRES pour toutes les formes pharmaceutiques et à toutes les étapes du circuit du médicament, de l'acquisition à l'administration.

3. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

3.1 Que les maisons d'enseignement planifient la formation :

- pour les médecins : rendre obligatoire dans le cursus d'enseignement la formation sur les incidents et accidents liés à la médication en l'intégrant dans l'approche par compétences et en s'assurant d'employer des méthodes pédagogiques éprouvées et des outils d'évaluation appropriés. Cette formation devrait être axée sur leur rôle dans la prévention des risques, la déclaration des incidents et accidents et la divulgation des accidents;
- pour l'ensemble des professionnels de la santé impliqués dans le circuit du médicament : s'assurer lors de leur formation (également obligatoire) qu'on aborde de façon adéquate (selon leurs rôles et responsabilités) le thème des incidents et accidents liés à la médication (risque, prévention, analyse, déclaration et divulgation).

3.2 Que les ordres professionnels concernés identifient les besoins en formation continue en lien avec les incidents et accidents liés à la médication, et qu'ils encouragent la collaboration interprofessionnelle.

4. STRATÉGIES POUR LES INTERRUPTIONS DANS LA PRÉPARATION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

4.1 Que chaque établissement élabore des stratégies pour réduire les interruptions lors de l'administration des médicaments et assurent un environnement sécuritaire, et que soient diffusées les stratégies gagnantes lors de colloques (AQESSS, etc.) ou dans des publications du réseau (annexe 2).

5. PHARMACIENS

5.1 Que le MSSS publie des orientations pour déployer des pharmaciens cliniciens (soins directs aux patients) dans les secteurs avec une population à risque et qu'ils soient partie prenante de l'équipe traitante interdisciplinaire.

6. ANALYSE DES ÉVÈNEMENTS ENTRAÎNANT DES CONSÉQUENCES GRAVES

6.1 Que le MSSS améliore l'accès au Registre national des incidents et accidents et le traitement de l'information qu'il contient pour faciliter l'analyse et la détermination des interventions appropriées.

6.2 Que le MSSS s'informe de la possibilité de connaître les circonstances des évènements ayant contribué à des décès afin d'émettre des recommandations à caractère systémique.

6.3 Que les établissements assurent la mise en place de mécanismes et encadrent de façon formelle l'analyse de dossiers associés aux incidents et accidents liés à la médication, notamment par :

- une revue des dossiers comportant des incidents et accidents avec conséquences graves à l'aide d'une grille d'évaluation inspirée de NCC MERP (2014);

- la mise en place de liens formels et structurels entre les comités suivants : comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité et comité de l'évaluation de l'acte médical, et ce, dans le respect des prescriptions législatives entourant leur mandat respectif.

7. ANALYSE DES INCIDENTS/ACCIDENTS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS QUI EN DÉCOULENT

7.1 Que le MSSS donne suite à la recommandation du GVSS en 2013 de préciser et de rehausser le profil de compétences du gestionnaire de risques (annexe 3).

7.2 Que le MSSS élabore un cadre de référence pour le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité institués par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) afin de favoriser une approche plus cohérente et intégrée de la gestion des risques dans les établissements.

7.3 Que les établissements assurent des liens formels pour le suivi des recommandations au niveau du comité de vigilance et de la qualité et du comité de gestion des risques.

7.4 Que les établissements suivent le nombre des déclarations dans la perspective d'améliorer la qualité de celles-ci.

8. IMPLICATION DE L'USAGER

8.1 Que les établissements appliquent la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches.

8.2 Que le Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU) et le Conseil de protection des malades (CPM) réalisent avec le soutien du Ministère une campagne nationale de sensibilisation pour inviter les usagers à s'impliquer davantage dans les soins et services qu'ils reçoivent, notamment en ce qui concerne la médication, pour que la gestion en soit plus sécuritaire.

8.3 Que les établissements impliquent l'usager dans l'administration de ses médicaments, par exemple par le partage de la feuille d'administration des médicaments (FADM).

8.4 Que les établissements s'assurent du respect de l'article 183.1 de la LSSSS, qui prévoit la présence d'usagers sur le comité de gestion des risques.

INTRODUCTION

MISE EN CONTEXTE

Le circuit du médicament dans un établissement de santé est complexe. Il repose sur une chaîne de compétences et d'habiletés dans laquelle la coordination et la transmission de l'information, incluant celle de l'usager aux prestataires de soins, sont des facteurs essentiels.

Certains usagers partenaires sont plus à risque que d'autres d'être victimes d'un incident ou accident lié à la médication, les personnes âgées par exemple, compte tenu du nombre élevé de médicaments qu'elles doivent prendre, ou encore les enfants, compte tenu de la gravité des conséquences. Il n'en demeure pas moins que tous les segments de la population sont exposés à ce risque, et le groupe d'experts est d'avis que les constats et recommandations issus de ses travaux sont applicables et bénéfiques à tous les usagers partenaires du système de santé québécois.

À la lumière des écrits significatifs dans le domaine, le groupe d'experts considère important ce qui suit dans le but de réduire les incidents et accidents liés à la médication :

- une révision des mécanismes et de l'utilisation des données concernant les déclarations des incidents et accidents s'avère nécessaire pour améliorer et faciliter l'analyse des évènements indésirables et évitables;
- les technologies permettant de réduire les risques d'incidents et accidents liés à la médication sont bien documentées dans la littérature et sont considérées comme une stratégie avec un haut niveau d'efficacité pour réduire les incident et accidents (tableau 2, page suivante). Le projet appelé « Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments » (SARDM) est un exemple d'initiative qui devrait permettre d'accompagner les établissements dans leurs efforts de réduction de ces risques. Le prescripteur électronique et les logiciels d'aide à la décision sont souvent cités, de même que la technologie du code à barres;
- le partage de l'information est également un élément clé pour réduire les incidents et accidents liés à la médication. Plusieurs stratégies sont recommandées et disponibles pour améliorer les interactions entre les intervenants impliqués. L'adoption du Bilan comparatif des médicaments (à l'admission, aux transferts et au congé) et la participation de l'usager dans le processus constituent des exemples à retenir;
- les différents intervenants, incluant les médecins, ont un rôle majeur à jouer. La sensibilisation et la formation des prescripteurs sur cette problématique sont essentielles. La contribution du pharmacien de l'unité de soins est également reconnue comme stratégie pour réduire les incidents et accidents liés à la médication;
- la qualité de l'environnement de travail du personnel clinique est déterminante dans toutes les étapes du circuit du médicament.

Tableau 2. Efficacité des stratégies de réduction des incidents et accidents liés à la médication

1. **Imposer des fonctions et des contraintes**
2. **Automatisation et informatisation**
3. **Standardisation et protocoles**
4. **Liste de vérification et mécanismes de double vérification**
5. **Règlements et politiques**
6. **Formation et information**
7. **« Il faut tout simplement être plus prudent »**

Sources : Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) et Agrément Canada.

AMPLEUR DU PROBLÈME

- Le rapport des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services de santé au Québec, pour la période du 1er avril au 30 septembre 2013, a révélé 83 765 évènements liés à la médication répartis de la façon suivante :
  - incidents : 10 615; ce n'est pas parce le risque n'a pas atteint l'usager partenaire qu'il n'est pas important de le traiter, car sans une interception ou correction les conséquences auraient pu être très graves;
  - accidents : 73 150.
- 32 % du total d'évènements déclarés, et le deuxième type d'évènement le plus fréquent après les chutes.
- Les omissions, représentant 41,3 %, et la dose administrée, représentant 17,2 %, sont les incidents et accidents les plus fréquents. Bien que la majorité des incidents et accidents liés à la médication n'ait eu aucune conséquence grave pour l'usager, ce type d'incidents et accidents peut entraîner des échecs thérapeutiques et des réactions indésirables. Les écrits scientifiques suggèrent que de 0,6 % à 21 % des incidents et accidents liés à l'administration de médicaments peuvent conduire à des conséquences pour l'usager:
  - Ehrmann écrit dans sa thèse de doctorat : « En comparant avec une autre étude réalisée chez les patients adultes, les évènements indésirables médicamenteux (EIM) se produisent à des taux similaires chez les enfants, soit 5,3 % versus 5,7 % chez les adultes, mais ont trois fois plus le potentiel de nuire. Ceci peut s'expliquer par la vulnérabilité de ces patients dont il est nécessaire de connaître la variation de poids, l'âge ou la surface corporelle afin d'adapter les doses[3] ».

[3] Ophélie EHRMANN, « Les incidents et accidents liés à la médication en pédiatrie hospitalière », Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Lyon, 2012, p. 30

- Selon Blais *et al.* (2004), le nombre d'évènements médicamenteux de sévérité F à I (annexe 6, tableau 1) serait estimé à 6 623 pour les hôpitaux de courte durée au Québec pour l'année 2011-2012. En réalité, seulement 188 évènements liés à la médication de sévérité F à I ont été déclarés pour l'année 2012-2013, et ce, pour l'ensemble des établissements. Ce qui implique une sous déclaration de ce type d'évènements.
    - « Aux États-Unis, de 1 à 2 % des patients admis à l'hôpital sont concernés par un incident ou accident lié à la médication. Au Canada, le taux d'évènements indésirables est de 7,5 pour 100 admissions à l'hôpital dont 36,9 % ont été jugés évitables. Une étude prospective conduite sur 6 mois dans deux hôpitaux américains a révélé des taux similaires d'EIM (6,5 %) et d'EIM évitables (28 %). Parmi ces EIM : 56 % étaient issus d'incidents et accidents de prescription, 34 % de l'administration, 6 % de la transcription, 4 % de la dispensation, et 42 % des EIM menaçant le pronostic vital étaient évitables. Les analgésiques (30 %), antibiotiques (24 %) et sédatifs (8 %) ont été les classes médicamenteuses les plus touchées par ces incidents et accidents. Cette étude a démontré que 48 % des incidents et accidents étaient interceptés lors de la prescription, 23 % lors de la transcription, 37 % lors de la dispensation, mais aucun lors de l'administration. C'est pourquoi plus les incidents et accidents se produisent tôt dans le circuit du médicament, plus il est facile de les intercepter. Bates *et al.* ont également classifié ces incidents et accidents liés à la médication; 53 % ont été associés à une dose manquante du médicament, 15 % ont été associés au dosage, 8 % à la fréquence et 5 % à la voie d'administration[4]. »

IMPACT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

- Selon une étude récente de l'Association américaine de gériatrie, le coût des incidents et accidents liés à la médication est énorme; si on adapte ce chiffre au Québec le coût des incidents et accidents associés aux prescriptions dépasse 150 millions de dollars, soit 0,4 % du budget de la santé (Perreault, 2012).
- Selon cette même étude, 42 % des incidents et accidents représentaient des incidents et accidents évitables impliquant des personnes âgées vivant en institution (Campanelli, 2012).
- Selon les écrits scientifiques, certaines classes de médicaments liées aux incidents et accidents présentent de hauts risques d'effets indésirables sérieux (opiacés, anticoagulants, par exemple).
- Souvent, un incident ou accident lié à la médication a pour conséquence un prolongement du séjour, une utilisation de ressources supplémentaires en communauté ou en établissement, une consultation médicale, une visite à l'urgence ou une réhospitalisation. Les incidents et accidents liés à la médication ont un coût pour le système de santé. En effet, s'ils causent des effets indésirables, non seulement il faudra pallier l'incident ou accident par des traitements (quelquefois médicamenteux), mais ceux-ci pourraient également résulter en une prolongation de séjour en milieu hospitalier. C'est ce que rapporte l'Étude canadienne sur les évènements indésirables de Baker Norton (2004) (tableau 3). Ces dépenses additionnelles pour l'hôpital justifient l'investissement de ressources pour prévenir les incidents et accidents liés à la médication[5].

[4] *Ibid*., p. 29
[5] *Ibid.*, p. 30

Tableau 3. Prolongation de séjour reliée aux évènements indésirables médicamenteux (EIM)

Prolongation d'hospitalisation	EIM évitable
Petits hôpitaux (< 100 LITS)	7,7 jours
Grands hôpitaux (> 100 LITS)	3,6 jours
Hôpitaux enseignants	6,2 jours

SOURCE : ISMP/CPSI (2011)

BUTS ET OBJECTIFS

Le but du présent rapport est de formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles à propos des incidents et accidents liés à la médication dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Le groupe d'experts préconise la mise en œuvre de ces recommandations à court terme.

Ces recommandations sont basées sur des écrits scientifiques pertinents, des rapports d'organismes d'agrément, ainsi que sur une veille stratégique sur l'émergence des technologies reconnues. Elles visent à réduire les incidents et accidents liés à la médication lors de la prestation de soins et de services dans les établissements du réseau de la santé.

En ce qui concerne la recherche documentaire, les sources suivantes ont été privilégiées :

- les bases de données Medline et PubMED, interrogées à l'aide de mots clés (une revue des thèmes a été réalisée mais sans prétendre être exhaustive);
- les sites Internet des agences et des organismes nationaux et internationaux dont l'une des missions concerne l'amélioration de la qualité des soins, notamment la sécurité des usagers (HAS, ISMP/CPSI, IHI, AHRQ, OMS, CCASS, MSSS);
- les sites Internet des collèges, ordres et associations nationales et internationales (par exemple l'OIIQ, l'ACPM, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens).

Les objectifs sont de :

1. faire un état de la situation quant à l'adoption de stratégies permettant de diminuer les incidents et accidents liés à la médication dans les établissements du Québec;

2. analyser les évènements ayant conduit à un décès du 1er avril 2011 au 31 mars 2013;

3. faire un état de la situation en lien avec l'analyse des évènements déclarés dans les rapports semestriels des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services de santé au Québec (période du 1er avril 2011 au 31 mars 2013).

Les améliorations permettront de :

a) sensibiliser les prescripteurs aux risques d'incidents et accidents liés à la médication;

b) formuler des recommandations en lien avec la technologie;

c) promouvoir l'utilisation du Bilan comparatif du médicament (BCM) à l'admission, au transfert et au congé;

d) promouvoir la collaboration de l'usager pour aider à prévenir les incidents et accidents liés à la médication.

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

1. COMMUNICATION

Méthode

- Recension d'écrits scientifiques sur le Bilan comparatif du médicament (BCM) dans tous les milieux.
- Analyse des taux de conformité du BCM au Québec (source : Agrément Canada, « Aperçu des résultats des visites d'agrément de 2012 préparé pour le MSSS »).

La communication de l'information est un élément clé de la réduction des incidents et accidents liés à la médication. Plusieurs stratégies sont recommandées et disponibles pour améliorer les interactions entre les intervenants impliqués. Le projet du DSQ, l'adoption du Bilan comparatif de médicaments et la participation de l'usager dans le processus constituent des exemples à retenir.

Pour dispenser des soins sécuritaires, il est essentiel de communiquer efficacement à toutes les étapes du circuit du médicament. Cette communication doit s'adapter aux cliniciens ou professionnels impliqués selon la complexité de l'étape.

Le Bilan comparatif des médicaments (BCM) est un processus structuré pour faciliter les échanges d'information non seulement entre les prestataires de soins de santé, mais aussi avec l'usager. Il s'agit ici d'assurer une communication uniforme de renseignements exacts et complets sur les médicaments à tous les points de transition des soins, qu'ils soient internes ou externes. Le Bilan comparatif des médicaments est une revue systématique et détaillée de tous les médicaments que prend l'usager. Il permet d'assurer une évaluation et une consignation attentive des ajouts, changements ou interruptions de médicaments.

Le Bilan comparatif des médicaments et la réduction des risques

Les réadmissions non planifiées dans les hôpitaux de soins de courte durée sont fréquentes, coûteuses et souvent évitables. Elles représentent un fardeau pour les usagers partenaires et pour les membres de leur famille, de même que pour le système de soins de santé. Les incidents et accidents liés à la médication sont une des causes de réadmission non planifiée et de retour au service d'urgence. Le Bilan comparatif des médicaments peut réduire le nombre de réadmissions non planifiées en prévenant entre autres celles causées par les interactions médicamenteuses et leurs effets indésirables, notamment chez les personnes âgées.

Les facteurs de risque associés aux incidents et accidents lors de l'admission sont :

- le nombre de médicaments à l'admission;
- les besoins en soins de santé avant l'admission;
- les personnes vivant à la maison qui ne bénéficient pas de soins à domicile;
- l'âge : le risque d'incidents et accidents liés à la médication augmente de 10 %par tranche de 10 ans, dans une population avec un âge moyen de 80 ans ± 10 ans (Gleason, 2010).

Pour être efficace, le BCM doit :

- être fait dans un délai maximum de 24 heures suivant l'admission;
- être partagé (lors des transferts et au congé) avec :
    - les autres établissements du réseau;
    - les pharmaciens communautaires;
    - les professionnels affectés aux soins à domicile, afin d'assurer une intégration optimale à la trajectoire des soins pour les usagers vulnérables ayant des affections chroniques.

Selon plusieurs écrits scientifiques, le Bilan comparatif des médicaments a donné des résultats positifs. En voici quelques-uns :

- Grâce à un processus dirigé par l'infirmière et le pharmacien, le Bilan comparatif des médicaments a permis dans un établissement de soins de courte durée de prévenir 81 évènements indésirables par tranche de 290 usagers (Feldman *et al.*, 2012).
- Dans un établissement de soins de courte durée, une analyse comparative de différentes stratégies de réduction des évènements indésirables liés aux médicaments démontre que le Bilan comparatif des médicaments dirigé par le pharmacien était la seule stratégie considérée comme rentable (Etchells *et al.*,2012).
- Sur une période de six mois, la mise en œuvre d'un processus structuré d'établissement du Bilan comparatif des médicaments au moment d'un transfert à partir de l'unité des soins intensifs (USI) a permis de diminuer de 94 % à près de 0 % la proportion d'un échantillonnage de patients chez qui un incident ou accident lié à la médication a été constaté (Pronovost *et al.*, 2003).
- En 2010, dans un échantillon de plus de 600 usagers, il y avait, à l'admission aux soins à domicile, une anomalie liée aux médicaments exigeant une clarification du médecin ou du prestataire de soins primaires chez 45 % des usagers admissibles (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, ICSP et ISMP Canada, 2010).
- Des usagers en soins de longue durée (SLD) pour qui un Bilan comparatif des médicaments avait été fait au retour à l'établissement de SLD après un séjour en soins de courte durée étaient moins susceptibles de subir un évènement indésirable se rattachant à une anomalie liée aux médicaments que les usagers pour qui il n'y avait pas eu de Bilan comparatif des médicaments (Boockvar *et al.*, 2004).

Outre la réduction du risque d'incidents et accidents liés aux prescriptions, le Bilan comparatif des médicaments permet l'amélioration des résultats cliniques et l'augmentation de l'efficience du système.

Le Bilan comparatif des médicaments a été introduit dans le programme d'Agrément Canada en 2005 (aux fins d'évaluation en 2006) sur recommandation du Comité consultatif sur la sécurité des patients d'Agrément Canada. Trois pratiques organisationnelles requises (POR) sont incluses dans de nombreuses normes d'Agrément Canada.

La première s'adresse à la direction et stipule que « l'organisme dispose d'une stratégie pour unir ses forces à celles des usagers afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers et se servir de cette information aux points de transition des soins ».

La deuxième concerne le Bilan comparatif des médicaments à l'admission et la troisième concerne le Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé. Ces POR détaillent entre autres les étapes du processus qui entoure la réalisation du Bilan comparatif des médicaments, à savoir l'obtention du meilleur schéma thérapeutique possible et la communication de listes de médicaments à jour au prochain prestataire de soins.

Reconnaissant les défis liés aux ressources, à l'infrastructure et au changement de processus que doivent relever les organismes de partout au Canada pour réussir la mise en œuvre du Bilan comparatif des médicaments, Agrément Canada a revu les exigences du programme Qmentum en 2008. L'approche actuelle est décrite en détail dans les normes sur le leadership d'Agrément Canada, dans le cadre de la POR Bilan Comparatif des Médicaments en tant que priorité organisationnelle.

Situation au Canada

Depuis l'introduction du programme d'agrément Qmentum en 2008, il y a une amélioration graduelle du rendement des établissements de l'ensemble du continuum de soins relativement aux POR traitant du Bilan comparatif des médicaments. Malgré ce progrès, les POR sur le BCM comptent encore parmi les trois POR qui ont les plus faibles taux de conformité dans l'ensemble des établissements de santé canadiens (tableau 4).

Tableau 4. Taux de conformité pancanadien aux POR sur le Bilan comparatif des médicaments d'Agrément Canada

POR	Taux de conformité (%)		
	2009	2010	2011
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle	S.O.	61	77
Bilan comparatif des médicaments à l'admission	46	47	60
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé	44	36	50

Situation au Québec

Soixante-cinq établissements du Québec ont participé à une visite d'agrément en 2012, soit avec le programme Qmentum, soit avec le programme conjoint d'Agrément Canada et du CQA. Parmi ces organismes, 24 ont été agréés avec mention d'honneur, 16 ont été agréés avec mention, 24 ont été agréés et un établissement n'a pas été agréé.

Les réussites et les possibilités d'amélioration indiquées ci-dessous reposent sur la comparaison entre les résultats des visites d'agrément menées dans ces 65 établissements du Québec et dans tous les établissements canadiens en 2012.

Pour le BCM, l'écart du Québec par rapport au Canada se traduit comme suit (tableau 5) :

- établir le Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé : 40 % pour le Québec par rapport à 62 % pour l'ensemble du Canada;
- établir le Bilan comparatif des médicaments à l'admission : 45 % pour le Québec par rapport à 71 % pour l'ensemble du Canada;

- élaborer et mettre en œuvre un plan pour l'établissement du Bilan comparatif des médicaments dans l'ensemble de l'établissement : 69 % pour le Québec par rapport à 82 % pour l'ensemble du Canada.

Ces résultats montrent qu'il y a place à amélioration. Une nette amélioration a été notée depuis 2010 pour ce qui est de la conformité aux POR sur le BCM en tant que priorité organisationnelle et sur le BCM à l'admission, notamment dans le cas des soins de longue durée. Cependant, le taux de conformité des CSSS du Québec et de tous les établissements du Québec demeure inférieur à 50 % pour ce qui est de toutes les POR relatives au BCM, soit le BCM en tant que priorité organisationnelle, le BCM à l'admission et le BCM au transfert ou au congé.

Tableau 5. Conformité des organismes aux POR en fonction des secteurs de soins pour le Québec en 2012

POR	Conformité en 2012 (en %)								
	Soins intensifs	Services urgences	Soins et services à domicile	Soins de longue durée	Services de médecine	Santé mentale	Obsté-trique	Services de chirurgie	Total*
BCM admission	33	58	35	56	52	40	31	38	45
BCM transfert ou congé	33	53	30	61	43	33	17	38	40

* Le total comprend également les soins ambulatoires, les services d'imagerie diagnostique et les services de réadaptation.

Sommet national de 2011

La réponse des équipes de soins de santé de partout au Canada a révélé que malgré l'impression d'un fort appui au BCM, il y avait aussi de la frustration concernant la complexité inattendue, le besoin d'un leadership fort et uniforme et la nécessité d'avoir suffisamment de ressources pour améliorer le taux de conformité. Pour se pencher sur ces préoccupations, l'ICSP, l'Inforoute Santé du Canada et l'ISMP ont tenu, en février 2011, un sommet national sur invitation pour accélérer l'adoption d'une stratégie de mise en œuvre du BCM pour l'ensemble du système de soins de santé canadien. Soixante-dix PDG d'organismes de soins de santé canadiens, hauts dirigeants, représentants d'associations pancanadiennes et de conseils sur la qualité provinciaux, médecins, infirmières et pharmaciens ont travaillé ensemble pour déterminer des « thèmes » qui accéléreraient et optimiseraient l'établissement du BCM tout au long du continuum de soins. Comme l'indique le tableau 6, les thèmes qui ont alors été priorisés sont le soutien de la haute direction et l'engagement interprofessionnel, dont celui des médecins.

Tableau 6. Thèmes clés découlant du sommet national sur le Bilan comparatif des médicaments de février 2011

1. Soutien marqué de la haute direction et reddition de compte
2. Engagement interprofessionnel, dont celui du médecin
3. Participation du public, de l'usager et du prestataire de soins
4. Culture de sécurité
5. Éducation et formation
6. Systèmes d'information et technologie
7. Outils et ressources
8. Évaluation
9. Recherche

Apprendre des « leaders » en matière de BCM

Un sondage auprès des organismes de soins de santé identifiés comme des « leaders » potentiels en matière d'établissement du Bilan comparatif des médicaments a été mené à la fin de 2011 afin de mieux comprendre l'état actuel de mise en œuvre de cette pratique au Canada. Le but du sondage était de déterminer les défis et facteurs de réussite dans la mise en œuvre de leurs stratégies entourant le Bilan comparatif des médicaments et d'établir un inventaire des outils et ressources qui ont contribué à leur succès.

Le tableau 7 indique les facteurs de réussite clés et les défis cernés. Le Bilan comparatif des médicaments exige l'engagement des médecins, des infirmières et du personnel de la pharmacie, de même qu'un leadership efficace.

Tableau 7. Facteurs de réussite clés et défis cernés par les « leaders » en matière d'établissement du Bilan comparatif des médicaments au Canada, 2012

Facteurs de réussite	Défis cernés
1. Appui marqué de la haute direction 2. Médecins champions ou « leaders » 3. Soutien sur le plan des technologies de l'information 4. Plan complet de formation du personnel	1. Manque de ressources humaines et financières 2. Technologie de l'information limitée 3. Orientation professionnelle et gouvernementale insuffisante

Le BCM est une Pratique organisationnelle requise (POR) par Agrément Canada mais plusieurs établissements du Québec ne s'y conforment toujours pas. La communication efficace de l'information étant un élément essentiel à la prévention des incidents et accidents liés à la médication, le groupe d'experts est d'avis que des cibles de conformité à cette pratique devraient être établies. Il faut surveiller tous les éléments du bilan comparatif et exiger des établissements l'atteinte de cibles pour l'implantation du BCM à l'admission, au transfert et au congé.

Considérant :

Les effets bénéfiques du BCM dans la prévention des incidents et accidents liés à la médication ainsi que le faible taux de conformité au BCM dans les établissements

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

1.1 Que le MSSS confie aux agences le mandat de procéder à une reddition de compte permettant de vérifier le niveau d'implantation du programme complet (à l'admission, au transfert et au congé) du bilan comparatif dans les établissements de son territoire à compter de 2015.

1.2 Que tous les établissements de santé publics et privés conventionnés priorisent et mettent en place le Bilan comparatif des médicaments (à l'admission, au transfert et au congé) afin que le Québec soit à cet égard dans le tiers le plus performant des provinces canadiennes.

1.3 Que le MSSS mandate un groupe de travail pour permettre une harmonisation et une standardisation des outils et formulaires utilisés en lien avec le BCM afin d'optimiser les communications avec le DSQ et avec les autres partenaires, tels que les pharmacies communautaires.

2. TECHNOLOGIE ET IMPLANTATION

Méthode

- Recension d'écrits scientifiques et consultation des responsables de projets pertinents (sources : Rapport ISMP, Rapport de la Direction québécoise de cancérologie sur l'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques au Québec, Rapport Lilly, Projet DSQ, Projet SARDM).

Le circuit du médicament dans les établissements de santé comporte plusieurs étapes. De la rédaction de l'ordonnance jusqu'à l'administration à l'usager, un processus complexe impliquant à la fois des tâches techniques, l'expertise clinique de plusieurs professionnels et une communication sans faille doit être mis en place.

Les technologies permettant de réduire les risques d'incidents et accidents liés à la médication sont bien documentées dans la littérature et sont considérées comme capables de réduire les incidents et les accidents (tableau 2). Les nouvelles technologies, de par leur nature, impliquent souvent des contraintes en forçant l'utilisateur à l'observance. Le projet SARDM (Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments) est un exemple d'initiative qui devrait permettre d'accompagner les établissements dans leurs efforts de réduction des risques avec la mise en place du prescripteur électronique et des logiciels d'aide à la décision de même que la technologie du code à barres.

Bilan

En 2005, vu la pénurie de professionnels de la santé et la volonté d'améliorer les soins et de diminuer les incidents et accidents liés à la médication, le groupe SARDM a publié un rapport sur les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments (SARDM) dans les établissements de soins de santé au Québec. Plusieurs établissements accusaient alors un retard technologique. Des inégalités régionales et avaient aussi été observées. Le groupe a émis des recommandations quant aux technologies à privilégier et a noté que l'implantation de certaines de celles-ci pouvait permettre de diminuer les incidents et accidents liés à la médication. Déjà, on mentionnait des besoins importants pour améliorer la situation et la nécessité de faire un exercice de priorisation. On suggérait l'octroi d'enveloppes budgétaires

pour l'acquisition d'équipements et l'attribution de sommes pour l'entretien et la formation du personnel impliqué.

Trois phases d'implantation du SARDM ont vu le jour. La phase 1 visait principalement la mise en place de systèmes de distribution des médicaments unidose et, pour les CSSS, le regroupement de cette distribution. La phase 2 poursuivait les mêmes objectifs et ajoutait l'implantation de services centralisés d'additif(s) aux solutés (SCAS) et de la technologie du code à barres en pharmacie. Le cadre de référence de la phase 3, publié en mai 2013, reconduit les objectifs des deux premières**.** Le groupe SARDM a noté une amélioration significative de la conformité des établissements aux divers critères élaborés pour vérifier la qualité du circuit du médicament entre le début du projet et 2011.

Dans la mesure où la mise en place des technologies reconnues pour diminuer les incidents et accidents liés à la médication n'est pas terminée, le groupe d'experts, dans le cadre de ses travaux et du mandat qui lui a été donné, a fait une mise à jour concernant les technologies à privilégier.

Prescripteur électronique et logiciel d'aide à la décision

Les systèmes de saisie électronique des ordonnances par les médecins (SEOM), ou logiciels prescripteurs, peuvent être décrits comme des procédés pour saisir les ordonnances médicales (notamment des prescriptions pour des médicaments) de façon électronique, remplaçant ainsi la rédaction sur papier. L'utilisation de ces systèmes permet de réduire les incidents et accidents reliées aux ordonnances illisibles (ou difficiles à interpréter) et élimine la transcription des ordonnances par le personnel infirmier ou en pharmacie. En général, le SEOM utilisé par les médecins et les autres cliniciens communique avec les autres systèmes informatiques de l'établissement (et donc avec le département de pharmacie) pour transmettre l'information, qui est par la suite traitée par chacun des départements. En étant compatible avec le système de gestion des ordonnances du département de pharmacie, le SEOM facilite ou rend plus sécuritaire l'étape du circuit du médicament qui concerne la gestion de la prescription.

Les SEOM les plus avancés offrent une aide à la décision clinique en temps réel en fournissant une évaluation de la dose, des suggestions sur des médicaments de remplacement, des avertissements quant aux duplications de pharmacothérapie, des lignes directrices et des protocoles thérapeutiques, une vérification des interactions médicamenteuses et une vérification des allergies aux médicaments (Lilly, 2011-2012). Des rappels, des conseils ou des éléments d'interprétation en mode automatique peuvent s'afficher lorsqu'on saisit des données ou une ordonnance pour un usager. Dans un tel système, le logiciel d'aide à la décision utilise des données individuelles sur l'usager ainsi que des recommandations de pratique basées sur des données probantes pour produire un avertissement ou un conseil (Bates *et al.*, 1998).

Déjà en 2005, le groupe SARDM a identifié l'utilisation des SEOM comme une stratégie capable de réduire les incidents et accidents liés à la médication. Plus récemment, le Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques préconisait l'introduction de cette technologie pour la gestion complexe des ordonnances de chimiothérapie (Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques, 2012). Plusieurs autres publications font état de bénéfices pour la diminution des incidents et accidents liés à la médication (Bassi *et al.*, 2013).

Malgré ses avantages, très peu d'établissements québécois ont adopté le SEOM à ce jour. Seulement 3 % des répondants du Québec au sondage Lilly 2011-2012 ont déclaré avoir implanté un tel système et à peine le quart des répondants travaillent dans un établissement

ayant approuvé un plan d'implantation de cette technologie. Certains centres hospitaliers universitaires sont à l'étape de la planification et n'ont pas implanté la technologie à ce jour.

Plusieurs études ont cherché à évaluer le rapport coûts-bénéfices ou l'efficience du SEOM. Les résultats diffèrent selon les contextes, le taux d'évènements indésirables, le coût et l'efficacité du système et les prescripteurs des établissements. Zimlichman (2013) fait état d'un modeste retour sur l'investissement mais l'attribue à l'absence du logiciel d'aide à la décision. Des six publications recensées par un groupe d'experts, trois indiquent un impact positif, deux ne parviennent pas à conclure et une est négative (Bassi *et al.*, 2013). Un centre hospitalier de Boston, après un recul de plus de 10 ans, affiche des économies significatives dans ses coûts d'opération qui seraient dues à l'implantation du SEOM (Rainu, 2006).

L'implantation d'une technologie de cette nature ne garantit pas à elle seule l'élimination des incidents et accidents reliées à la médication et peut en fait introduire de nouveaux risques. La littérature fait état de nouveaux types d'incidents et accidents liés à la médication lors de l'implantation d'un SEOM. L'adoption du SEOM requiert donc de la préparation et de la planification (Maslove *et al.*, 2011; Villaman, 2013; Koppel, 2005). Comme pour toute nouvelle technologie, des conditions préalables favorables et la présence de technologies en concomitance permettent d'améliorer l'efficacité du SEOM.

Le programme d'Agrément Canada contient des recommandations et des exigences quant au SEOM (Agrément Canada, 2014). Afin de s'assurer de la sécurité et de l'efficacité du SEOM durant l'élaboration, l'implantation et le suivi de l'utilisation d'un tel système, les aspects suivants doivent être considérés et sont évalués lors d'une visite d'agrément:

Le SEOM et le système informatique de la pharmacie doivent:

- inclure au minimum des alertes pour les interactions médicamenteuses, les allergies médicamenteuses et des doses minimales et maximales pour les médicaments à haut risque;
- avoir une politique qui décrit quand et comment les alertes peuvent être outrepassées;
- avoir un processus pour faire une mise à jour régulière des informations sur les médicaments;
- faire l'objet de vérifications régulières pour s'assurer que les alertes fonctionnent;
- gérer le nombre et le niveau des alertes qui apparaissent en évaluant régulièrement les types d'avertissements requis.

Conditions à l'implantation pour profiter des bénéfices et avantages du SEOM et du logiciel d'aide à la décision :

- le SEOM devrait être offert en simultané avec un logiciel d'aide à la décision clinique (Zimlichman, 2013);
- le SEOM doit absolument communiquer, être en interface avec le système informatique de gestion d'ordonnances du département de pharmacie. Cette condition est essentielle pour conserver les bénéfices du SEOM. L'absence de communication avec le système du département de pharmacie impliquera une retranscription de l'ordonnance et, par conséquent, une possibilité d'incident ou d'accident et une diminution de l'efficacité de la réduction des incidents et accidents liés à la médication;

- dans les établissements où l'implantation du prescripteur électronique est planifiée, le BCM électronique devrait être inclus.

L'introduction de technologies dans le milieu de la santé requiert une expertise et des conditions préalables (systèmes et soutien informatiques adéquats, Wi-Fi efficace, personnel formé, entretien/programme de mise à jour, etc.). Vu la complexité de la stratégie, l'expertise nécessaire et les investissements requis en ressources humaines et financières, le groupe d'experts recommande que l'implantation d'une technologie telle que le SEOM dans les établissements québécois fasse l'objet d'un soutien provincial afin d'en assurer la qualité, la sécurité et la pérennité. Collerette *et al.* (2003) mentionnent que la probabilité de réussite sera proportionnelle aux efforts d'encadrement et d'accompagnement fournis par le management.

Le MSSS a jusqu'à maintenant assuré les suivis d'implantation des différentes technologies dans les établissements de la province via le projet SARDM. Le groupe d'experts est d'avis que l'adoption des technologies proposées dans ce rapport devrait également faire l'objet de cette surveillance.

Administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres

L'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres fournit au personnel infirmier la possibilité de s'assurer qu'il procure le bon médicament à la bonne personne au bon moment selon la dose et la voie prescrites. Cette double vérification s'effectue en balayant le code à barres sur le bracelet de l'usager ou sur tout autre moyen d'identification et le code à barres apparaissant sur le médicament. L'information contenue dans le profil pharmaceutique informatisé de l'usager est alors comparée avec l'information recueillie lors de cette étape. Une alarme avertira l'infirmière en cas de divergence dans l'un ou l'autre des paramètres reliés à l'administration.

L'utilisation de cette technologie peut réduire de 30 à 50 % les incidents et accidents d'administration des médicaments[6]. À titre d'exemple, lors d'une expérience effectuée dans la région de Boston, l'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres a réduit les accidents iatrogéniques médicamenteux dans une proportion de 50,8 %, soit une incidence de 3,1 % sans l'utilisation du code à barres avec la feuille d'administration des médicaments (FADM) électronique à 1,6 % avec son utilisation[7]. L'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres semble être particulièrement efficace en ce qui concerne les incidents et accidents liés à l'administration du mauvais médicament, avec une réduction de 57,4 %, et en ce qui concerne les évènements liés aux doses, avec une réduction de 41,9 %. En ce sens, l'effet de cette technologie sur les incidents et accidents associés à la phase de l'administration semble être de la même magnitude que l'effet du prescripteur électronique[8] pour la phase de rédaction des ordonnances.

Au Canada, seules 4 organismes sur 168 ont déclaré utiliser le code à barres pour la vérification des médicaments au chevet de l'usager, pour l'identité de l'usager et du personnel (Lilly 2011-

[6] J. HASSINK, M. Jansen , P. Helmons, « Effects of bar code-assisted medication administration (BCMA) on frequency, type and severity of medication administration errors: a review of the literature », *European Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 19, n° 5, 2012, p. 489-494.

[7] E. G. POON, *et al.,* « Effect of Bar-Code Technology on the Safety of Medication Administration », *New England Journal of Medicine,* vol. 18*,* n° 362, 2010, p. 1698-1707.

[8] D. W. BATES *et al.*, « Effect of Computerized Physician Order Entry and A Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors », *Journal of American Medicine Informatics Association,* vol. 15, n° 280, 1998, p. 1311-1316.

2012). Malgré ce faible taux de pénétration, on observe une croissance assez régulière de l'utilisation de certains logiciels à codes à barres en comparaison avec les années précédentes. Selon les auteurs du rapport, les prochains sondages devraient montrer une augmentation importante de l'utilisation déclarée et logiciels à codes à barres pour la vérification des médicaments au chevet des usagers, de l'identité des usagers et de celle du personnel.

L'efficacité démontrée de l'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres a permis d'estimer les coûts etbénéfices de cette technologie. Dans un hôpital de soins tertiaires aux États-Unis**,** Maviglia *et al.*[9] ont estimé que les coûts de déploiement de la technologie de l'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres est de 2,24 millions de dollars US (1,31 million de dollars pour les 3,5 premières années et 342 000 de dollars en coûts annuels récurrents par la suite). Le ratio coût-bénéfice est favorable dès la première année et les bénéfices ont été estimés à 2,20 millions de dollars US en économies annuellement, en se basant sur la prévention de 517 accidents liés à la médication par année au centre hospitalier où l'étude a été effectuée. Des études similaires dans un contexte québécois ou canadien n'ont pu être réalisées. Il appert cependant que dans les établissements où cette technologie a été appliquée, les sommes investies ont permis une utilisation plus judicieuse des ressources financières.

L'implantation de l'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres requiert cependant une bonne planification et un suivi post-implantation pour maintenir les gains observés. Le groupe d'experts tient à souligner que, dans un souci de sécurité et d'efficience, l'implantation du système doit se faire pour l'intégralité des médicaments et pour toutes les clientèles. L'implantation partielle, pour des médicaments à risque ou pour une partie de la clientèle d'un centre, par exemple, signifierait notamment l'existence de documentation parallèle, incomplète ou dupliquée et pourrait annuler les bénéfices de cette technologie.

L'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres amène un changement important dans les processus de travail des infirmières et infirmiers. Ceux-ci peuvent développer des façons de contourner les mécanismes de sécurité si l'implantation de cette technologie ne s'intègre pas dans les processus de soins existants[10].

Pompe volumétrique

Les incidents et accidents liés à l'administration des médicaments par voie parentérale sont ceux qui peuvent entraîner les conséquences les plus graves. Or, certains d'entre eux pourraient être évités grâce à l'utilisation de pompes dites « intelligentes ». Ces pompes intelligentes protègent les usagers grâce à un logiciel intégré qui impose des limites pour certains paramètres cliniques comme la dose à donner lors de l'administration parentérale du médicament[11]. L'efficacité de cette seule technologie pour prévenir les incidents et accidents liés à l'administration des médicaments est moindre que celle de l'administration des médicaments assistée par la lecture du code à barres[12]. De meilleurs gains en fait de sécurité sont obtenus en combinant la

[9] S. M. MAVIGLIA, *et al.*, Cost-Benefit Analysis of A Hospital Pharmacy Bar Code Solution, *Archives of Internal Medicine*, vol. 8, n° 167, 2007, p. 788-794.

[10] Barbara VASHALL *et al.* « Barcode Medication Administration Workarounds: A Systemic Review & Implications for Nurse Executives ». *Journal of Nursing Administration,* vol. 43, n° 10, 2013, p. 530-535.

[11] C. HERTZEL et V. D. Sousa. The Use of Smart Pumps for Preventing Medication Errors. *Journal of Infusion Nursing*, vol. 5, n° 32, 2009, p. 257-267.

[12] P. L. TRBOVICH *et al.*, « The Impact of Traditional and Smart Pump Infusion Technology on Nurse Medication Administration Performance in A Simulated Inpatient Unit », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 5, n° 19, 2010, p. 430-434.

technologie du code à barres avec celle des pompes intelligentes[13]. Idéalement, une action tout au long du circuit du médicament permet de réduire au maximum les incidents et accidents liés à la médication.

L'implantation d'une nouvelle technologie dans le domaine de la santé représente presque toujours un défi de taille. L'introduction de pompes intelligentes ne fait pas exception. Dans ce sens, le groupe d'étude basé à Toronto (Trbovich, 2009) fait les recommandations suivantes afin de maximiser les gains en sécurité offerts par cette technologie:

1. standardiser les concentrations et unités de dosage avant la mise en place de la pompe intelligente;
2. choisir un modèle de pompe qui encourage le clinicien à choisir les options préprogrammées offrant les paramètres de sécurité de réduction d'incident et d'accident liés à la dose, et imposer son utilisation. Si ce n'est pas le cas, les infirmières contourneront les dispositifs de sécurité de la pompe par une programmation en mode générique;
3. disposer d'un environnement de réseau sans fil, nécessaire pour les mises à jour fréquentes;
4. préparer les infirmières pour le changement culturel important requis par un changement dans la programmation. Avant l'introduction de pompes à perfusion, les infirmières accrochaient les sacs de médicaments IV et comptaient le débit en ml/h. Cette pratique est demeurée avec la création de pompes IV traditionnelles. Avec les pompes intelligentes, cependant, les infirmières ont la possibilité d'entrer le débit ou le débit de dose. Les établissements devraient encourager l'entrée du débit de dose, car cela réduit le recours aux conversions mathématiques sujettes à incident ou à accident;
5. envisager la possibilité d'implanter la technologie du code à barres lors de la sélection d'une pompe intelligente, notamment pour l'identification de la médication, de la personne qui administre le médicament et de l'usager.

De plus, Agrément Canada précise dans ses normes des particularités en ce qui concerne l'utilisation des pompes intelligentes, telles que :

1. Si un organisme utilise les pompes intelligentes, il veille à ce que l'information stockée dans cet appareil soit appropriée et mise à jour.
2. L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes. (Agrément Canada, 2013).

Les pompes intelligentes, considérées sous l'angle de la diminution des incidents et accidents liés à la médication, ont été étudiées par le groupe d'experts mais ne constituent pas pour le moment une option qui apporte autant de bénéfices que les autres technologies retenues du point de vue de la sécurité. Le groupe d'experts priorise d'abord et avant tout les technologies liées du prescripteur électronique, du logiciel d'aide à la décision et du code à barres. Pour que la technologie des pompes intelligentes apporte les bénéfices attendus quant à la sécurité et permette une diminution des incidents et accidents liés à la médication, il faut que plusieurs autres technologies soient disponibles en concomitance. Une fois implantés le système de code à barres, le prescripteur électronique, un système sans fil, le tout intégré avec un logiciel d'aide

[13] P. L. TRBOVICH, J. Jeon et A. Easty, « Smart Medication Delivery Systems: Infusion Pumps ». Healthcare Human Factors, 2009, Consulté le 17 septembre 2012, sur: http://www.ehealthinnovation.org/files/SmartMedicationDeliverySystems_FullReport.pdf.

à la décision et avec le système de la pharmacie, les pompes intelligentes deviennent une avenue à explorer.

Considérant :

Les écrits scientifiques en faveur des technologies pour réduire les incidents et accidents liés à la médication ainsi que les résultats probants issus de la mise en œuvre du projet SARDM.

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

2.1 Que le MSSS confie aux agences le mandat de mettre en place un mécanisme de reddition de compte pour mesurer le niveau d'implantation des nouvelles technologies et la compatibilité des systèmes au niveau provincial.

2.2 Que les établissements priorisent l'acquisition, l'implantation et la pérennisation des technologies suivantes :

- LE PRESCRIPTEUR ÉLECTRONIQUE avec communication bidirectionnelle (compatible avec le système de gestion des ordonnances au département de pharmacie);
- LE LOGICIEL D'AIDE À LA DÉCISION (informations sur la médication);
- LE CODE À BARRES pour toutes les formes pharmaceutiques et à toutes les étapes du circuit du médicament, de l'acquisition à l'administration.

3. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Méthode

- Revue des écrits, constats sur le terrain, recommandations du rapport Francoeur en 2001 et recension d'écrits scientifiques.

Tous les intervenants, y compris les médecins, ont un rôle à jouer dans la réduction des incidents et accidents liés à la médication. La sensibilisation et la formation des prescripteurs à cette problématique sont essentielles.

Un des facteurs de la mise en place efficiente de meilleurs mécanismes de déclaration des incidents et accidents au Québec est l'adoption d'une culture au sein des organisations et différentes professions de la santé. Dans l'analyse des rapports semestriels, les membres du groupe ont constaté que :

- aucune déclaration d'incident ou d'accident lié à la rédaction de l'ordonnance de médicaments n'est présente;
- les médecins semblent peu impliqués dans le processus de déclaration des incidents et accidents liées aux médicaments;
- des problèmes importants persistent dans la déclaration des différents incidents et accidents.

La revue de la littérature révèle, sans surprise, que des incidents et accidents liés à la prescription se produisent au moment de la rédaction de l'ordonnance (Lewis, 2009, Tully, 2009). Les différents facteurs associés à ces incidents et accidents peuvent être regroupées selon la classification utilisée à des éléments tels que la polypharmacie, les maladies chroniques,

la personne âgée; ou encore renvoient essentiellement aux considérations d'interactions médicamenteuses qui peuvent être sous-estimées par le prescripteur.

Il existe aussi des données, pour d'autres professions, quant aux limites des perceptions des devoirs de déclaration ou de divulgation des incidents et des accidents. Tout comme l'Institut canadien pour la sécurité des patients, le groupe d'experts considère qu'il est essentiel que le Ministère collabore avec l'ensemble des partenaires québécois pour mettre en place des formations appropriées en matière de prévention, de réduction des incidents et accidents liées aux médicaments de même qu'en matière de divulgation des accidents. Ces formations devraient :

- s'échelonner sur l'ensemble de la trajectoire du développement de la compétence du praticien (c'est-à-dire aux différentes étapes de sa formation professionnelle initiale, puis périodiquement durant son développement professionnel continu);
- valoriser la collaboration interprofessionnelle;
- encourager le leadership transformationnel de la part des différents acteurs de soins;
- valoriser le rôle du « patient partenaire »;
- inclure l'ensemble des acteurs de soins dans une perspective à la fois micro- et macro systémique.

La formation des professionnels de la santé en matière de sécurité, de gestion des risques, de déclaration des incidents et accidents, de divulgation et d'analyse est à géométrie variable, tant du point de vue du contenu que du point de vue du nombre d'heures de formation. De plus, l'aspect interdisciplinaire de ce type de formation est le plus souvent absent.

Le groupe d'experts est d'avis que toutes les maisons d'enseignement impliquées dans la formation des professionnels de la santé devraient consacrer un certain nombre d'heures à la sécurité lors de la prestation de soins et services, notamment en ce qui concerne les incidents et accidents liés à la médication, et ce, à court terme.

Les professionnels de la santé en exercice devraient, annuellement, suivre un cours ou réussir une mise à jour de leurs connaissances sur les incidents et accidents liés à la médication.

Les présentes recommandations ont été grandement inspirées par les travaux récents de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui a travaillé avec plusieurs ordres professionnels ainsi que différents organismes en éducation médicale du Canada. Il importe de rappeler qu'il faut faire en sorte que les actions éducatives aient un effet durable et qu'il y ait un véritable changement dans la culture de nos organisations et de nos professions de la santé.

Considérant la nécessité d'améliorer les connaissances théoriques, pratiques et expérientielles des médecins et professionnels de la santé en ce qui concerne les nouvelles pratiques en matière de sécurité

Ainsi que

L'émergence du partenariat de soins, qui se révèle l'approche la plus apte à répondre aux préoccupations et aux défis actuels de notre société en matière de santé

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

Que les maisons d'enseignement planifient la formation :

- pour les médecins : rendre obligatoire dans le cursus d'enseignement la formation sur les incidents et accidents liés à la médication en l'intégrant à l'approche par compétences et en s'assurant d'employer des méthodes pédagogiques éprouvées et des outils d'évaluation appropriés. Cette formation devrait être axée sur leur rôle dans la prévention des risques, la déclaration des incidents et accidents et la divulgation des accidents;
- pour l'ensemble des professionnels de la santé impliqués dans le circuit du médicament : s'assurer lors de leur formation (également obligatoire) qu'on aborde de façon adéquate (selon leurs rôles et responsabilités) le thème des incidents et accidents liés à la médication (risque, prévention, analyse, déclaration et divulgation).

3.2 Que les ordres professionnels concernés identifient les besoins en formation continue en lien avec les incidents et accidents liés à la médication, et qu'ils encouragent la collaboration interprofessionnelle.

4. STRATÉGIES POUR LES INTERRUPTIONS DANS LA PRÉPARATION ET L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

Méthode

- Recension des écrits scientifiques.
- Registre national des incidents et accidents.

Le circuit du médicament

Le circuit du médicament est un processus complexe dans lequel on peut facilement identifier 54 étapes. Dans le modèle présenté à l'annexe 4, on distingue deux circuits :

- le premier comprend la livraison, la réception, le stockage en pharmacie puis la préparation, le transport et la distribution dans les unités de soins;
- le deuxième comprend tout ce qui a trait à l'information sur la gestion du médicament, soit la rédaction, l'envoi à la pharmacie, la transcription et la vérification de l'ordonnance, la transmission de l'information relative aux médicaments acheminés vers les unités de soins et le suivi de l'administration des médicaments. Autrement dit, toute l'information nécessaire pour s'assurer que le médicament prescrit ira au bon usager, selon la bonne dose, la bonne voie d'administration et au bon moment.

L'analyse du circuit permet de comprendre comment une organisation déficiente peut avoir des effets non sécuritaires et peu productifs (AHQ, 2004). Dans les établissements de santé, le circuit est composé cette série d'étapes successives réalisées par des professionnels différents.

Le circuit du médicament présenté à l'annexe 4 montre la séquence qui permet de situer la technologie considérée utile pour réduire de façon significative les incidents et accidents liés à la médication.

Tout comme les organismes d'agrément permettent l'évaluation des pratiques, contribuant ainsi à réduire les incidents et accidents (par exemple le BCM), d'autres organismes comme l'ISMP proposent d'autres outils d'autoévaluation du circuit du médicament en établissement de santé pour que celui-ci fasse son propre diagnostic et identifie des pistes d'amélioration. Les établissements québécois accusent un retard pour la plupart des indicateurs d'évaluation des pratiques pharmaceutiques. Publiciser une liste de ces outils et en faciliter l'accès contribuera à individualiser et à identifier les interventions appropriées à chaque milieu (Bussières *et al.*, 2013).

Les types d'incidents et accidents dans le circuit du médicament

Chaque étape de ce circuit est source d'incidents et accidents potentiels qui peuvent engendrer des risques pour la santé de l'usager. C'est pourquoi la problématique associée aux incidents et accidents de médicament est à la fois multidisciplinaire et multifactorielle. L'annexe 5 présente la taxonomie tirée du Conseil national de coordination des rapports médicaments Erreur et Prévention (NCC MERP). Celle-ci définit les caractéristiques des incidents et accidents liés à la médication, les types, les causes et les facteurs environnementaux. Par ailleurs, le formulaire de déclaration d'incident et accident utilisé dans les établissements du Québec (tableau 8) est inspiré de cette classification.

Tableau 8. Types d'incidents et accidents liés à la médication (Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1 rev.2014-02)

Types d'incidents et accidents	
Allergie connue	Une allergie est connue ou documentée en regard d'un médicament, d'une substance ou d'un aliment, et l'usager entre en contact avec ce produit, on le lui a administré ou il lui était destiné. Si l'allergie n'était pas connue ou qu'elle survient, il n'y a pas de déclaration puisqu'il s'agit d'une complication et que l'événement était inévitable.
Conservation/ entreposage	Un médicament, un produit ou un aliment a été entreposé au mauvais endroit ou dans de mauvaises conditions (par exemple : mauvaise température).
Disparition/ décompte	Constat que le médicament ou le produit est maquant/absent de manière inexpliquée : dosette perdue, disparition de narcotique.
Dose/débit	Incident ou accident lié à la dose ou la concentration du médicament ou du produit. Ainsi, le dosage ou le débit est plus élevé ou plus faible de ce qui est prévu.
Heure/date d'administration	Incident ou accident lié au temps, au moment de l'administration du médicament, du produit ou de la diète selon l'ordonnance.
Identité de l'usager	Médicament, traitement ou diète destiné ou administré au mauvais usager.

Types d'incidents et accidents	
Infiltration/ extravasation	Se produit lors de l'administration des médicaments intraveineux. Dans certains cas particuliers (administration de substances antinéoplasiques, électrolytes antibiotiques, etc.), ce type d'événement peut causer de la douleur, des rougeurs, de la tuméfaction et même de la nécrose.
Non-respect d'une procédure/ protocole	S'applique aux procédures cliniques ou non cliniques en lien avec l'administration de la médication, d'un traitement/intervention ou d'une diète (par exemple : bracelet d'identité non installé, lève-personne non utilisé bien que prescrit par l'équipe multidisciplinaire, non-respect des règles de préparation d'un médicament).
Omission	Incident ou accident lié à l'omission d'administrer un médicament, un traitement/ intervention ou une diète.
Péremption	Médicament ou nourriture périmé qui était destiné ou qui a été administré à l'usager.
Trouvé	Médicament trouvé par terre ou dans le lit de l'usager.
Type/sorte/ texture	Nature du médicament/traitement/diète : mauvais médicament administré, texture de la diète non adaptée aux indications données ou traitement contre-indiqué en fonction d'un état de santé connu.
Voie d'administration	Incident ou accident lié à la voie d'administration du médicament (devrait être administré par voie intraveineuse alors qu'on l'administre de façon intramusculaire ou sous-cutanée).
Disponibilité	Le médicament/traitement/intervention/diète prescrit à un usager n'est pas disponible.

Les populations à risque

Même si l'analyse des rapports semestriels ne permet pas pour l'instant d'identifier clairement les populations à risque d'un incident ou accident lié à la médication (la description n'étant pas assez détaillée pour établir des similitudes entre les usagers concernés), les écrits scientifiques disponibles fournissent ces informations. Ainsi, les personnes âgées, de par le nombre de médicaments prescrits, leur état de santé souvent précaire et les soins de santé qu'elles requièrent sont particulièrement à risque de subir un effet indésirable relié à un incident ou à accident lors de l'utilisation d'un médicament. Les enfants sont un autre groupe pour lequel certaines étapes du circuit du médicament peuvent représenter un danger; une erreur dans la dose, par exemple, peut avoir des répercussions importantes, vu leur fragilité. À ces deux extrêmes de la pyramide démographique québécoise il faut ajouter les personnes qui, en raison de problèmes de santé aigus ou chroniques, reçoivent des soins de santé et des médicaments plus fréquemment que la moyenne : personnes hémodialysées, en traitement de chimiothérapie, etc.

Les médicaments à haut risque

Les médicaments à haut risque entrainent des effets indésirables plus importants pour l'usager en cas d'incident ou d'accident. Heureusement, ces incidents et accidents sont plus fréquemment déclarés et par conséquent leurs dangers sont mieux pris en charge. La campagne *5 Million Lives* lancée par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) cible comme médicaments les plus à risque quatre familles de médicaments : les anticoagulants, les narcotiques et opiacés, les insulines et les sédatifs.

L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) a identifié les médicaments suivants comme présentant un risque élevé : warfarine, insuline, opioïdes,

digoxine[14]. Pour la clientèle pédiatrique, l'ISMP rapporte les médicaments suivants : morphine, chlorure de potassium, insuline, fentanyl, salbutamol[15].

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2013, abondait dans le même sens : « Les anticoagulants forment la catégorie de médicaments la plus fréquemment associée aux hospitalisations liées aux réactions indésirables des médicaments chez les personnes âgées de 2006-2007 à 2010-2011».[16]

Les omissions

Les rapports semestriels publiés jusqu'à maintenant signalent un nombre très élevé d'omissions d'administration d'un médicament. Le groupe d'experts déplore le manque d'information disponible pour déterminer la nature exacte de ces omissions**.**

L'omission d'une dose d'un analgésique ou d'un anti-inflammatoire, d'un anticoagulant (thérapie chronique de warfarine ou lors d'une embolie pulmonaire), d'insuline ou d'antibiotique (lors d'un choc septique, d'une neutropénie fébrile ou à la fin d'une antibiothérapie de quatorze jours) est certes préoccupante mais n'a pas les mêmes répercussions selon la situation clinique. Les accidents liés à l'omission peuvent être à l'origine de préjudices, de visites à l'urgence, d'admissions à l'hôpital et parfois de décès. Le groupe d'experts est particulièrement préoccupé par les résultats du dernier rapport semestriel qui rapporte que trois des quatre décès associés à des accidents liés à la médication auraient été documentés comme ayant un lien avec une omission d'administration de médicaments.

Une analyse par agrégat des cas d'accidents d'omission de dose réalisée par ISMP Canada (2013) indique que l'insuline et l'héparine sodique sont les deux médicaments qui étaient le plus souvent associés à un préjudice causé par omission de dose. De plus, sur le plan qualitatif, les accidents ont été classés en deux thèmes (ISMP, 2013) :

Thème 1 : Caractéristiques des médicaments qui sont associés à un risque :

- médicaments utilisés dans les situations cliniques aigues (par exemple, ASA et infarctus du myocarde; insuline et acidose diabétique);
- médicaments de niveau d'alerte élevé (héparine, warfarine et insuline);
- médicaments qui, lorsque pris trop tard ou oubliés, pourraient être associés à des conséquences négatives (par exemple, omettre un traitement anticoagulant prophylactique);

Thème 2 : Processus de soin des usagers qui présente un risque :

- transfert d'usager;
- trescriptions complexes;
- registre d'administration des médicaments.

[14] ACPM, *Guide des bonnes pratiques*, 2014, http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html

[15] ISMP, National Collaborative: National Top 5 Drugs Reported as Causing Harm through Medication Error in Paediatrics, Canada Safety Bulletin, vol. 9, n° 6, 2009, 4 p.

[16] ICIS, Hospitalisation liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées de 2006 à 2011, 2013, p. 10

Le groupe d'experts est d'avis que les stratégies retenues dans le présent rapport, soit le Bilan comparatif médicaments, les technologies, la formation et l'implication des différents professionnels de la santé, sont toutes susceptibles de diminuer ces types d'incidents et accidents.

Les interruptions pendant la préparation et l'administration des médicaments

Il est devenu apparent au cours des dernières années que les interruptions représentaient une source potentielle d'incidents et accidents d'administration des médicaments[17]. Considérant que le personnel infirmier est interrompu toutes les dix minutes lors de l'administration des médicaments, il y a là une source de distraction qui se traduit par un risque non négligeable pour l'usager. Les sources et les raisons de ces interruptions sont multiples. Bien que tout le personnel impliqué dans le circuit du médicament soit concerné par les interruptions, le personnel infirmier représente la source la plus importante, presque 30 % du total des interruptions.

C'est de cette observation que les premières études établissant un lien entre les interruptions et les incidents et accidents liés à l'administration de médicaments sont nées. Ces études montrent une augmentation du risque d'erreur de l'ordre de 60 % lorsqu'une infirmière est interrompue lors de l'administration[18]. Plusieurs stratégies ont été proposées pour diminuer la fréquence des interruptions lors de l'administration des médicaments, notamment le port d'une veste par le professionnel en soins infirmiers avec l'inscription « ne pas interrompre ». Malheureusement, il n'existe pas encore d'études solides démontrant l'efficacité de ces stratégies à long terme[19]. Les interruptions dans le milieu de la santé sont complexes et nécessitent probablement des interventions à plusieurs niveaux pour diminuer de manière significative leur fréquence lors de l'administration des médicaments. Cette approche inclura des interventions telles que la modification de l'environnement physique, une décentralisation du processus d'administration, ou des stratégies telles que s'assurer qu'une autre personne exécute le suivi des autres activités pendant le temps réservé aux médicaments (rédaction, préparation, administration).

Raimbault *et al.* (2011) rapportent qu'il existe des facteurs intrinsèques et extrinsèques liés ou non à la tâche qui peuvent affecter le niveau d'attention[20]. Les facteurs intrinsèques incluent entre autres le stress, la fatigue, l'anxiété, la maladie, le manque de formation (connaissances et pratique); alors qu'une conversation, des éclats de rire, un déplacement, un téléphone, une interpellation par une autre personne ou un bruit d'un équipement ou de l'environnement représentent des facteurs extrinsèques. La qualité de l'environnement de travail du personnel infirmier est déterminante pour assurer une prestation sécuritaire à l'étape de l'administration du médicament.

Il est donc important d'observer chaque milieu et de porter un diagnostic qui reflète la situation particulière de chacun. En ce qui a trait à la pharmacie proprement dite, les mesures contribuant à la réduction des interruptions et des distractions en pharmacie se retrouvent à l'annexe 2.

[17] A. D. BIRON, C. G. Loiselle et M. Lavoie-Tremblay, « Work Interruptions and Their Contribution to Medication Administration Errors: An Evidence Review ». *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 6, n° 2, 2009, p. 70-86.

[18] A. D. BIRON, Carmen G. Loiselle et Mélanie Lavoie-Tremblay, « Medication Administration Complexity, Work Interruptions, and Nurses' Workload as Predictors of Medication Administration Errors: An evidence Review », thèse de doctorat, 2009, p. 70-86 (trouvé sur ProQuest Dissertations and Theses).

[19] M. Z. RABAN et J. I. Westbrook, « Are Interventions to Reduce Interruptions and Errors During Medication Administration Effective? A systematic review », *BMJ Quality & Safety*, 2013, 10 p.

[20] Mélina RAIMBAULT, Jean-François BUSSIERE, Denis LEBEL, « Réflexion dans le circuit du médicament et leurs retombées », *Pharmactuel*, vol. 44, n° 1, 2011, p. 53-59.

Considérant que les interruptions représentent une problématique importante, complexe et culturelle et que certains établissements ont adopté des stratégies gagnantes

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

4.1 Que chaque établissement élabore des stratégies pour réduire les interruptions lors de l'administration des médicaments et assurent un environnement sécuritaire, et que soient diffusées les stratégies gagnantes lors de colloques (AQESSS, etc.) ou dans des publications du réseau (annexe 2).

5. PHARMACIEN

La présence du pharmacien clinicien (en soins directs aux usagers, en contact direct avec l'équipe traitante) a été fréquemment citée comme facteur contribuant à diminuer les incidents et accidents liés à la médication (Bond *et al.*, 2002). Plusieurs publications ont démontré que l'implication du pharmacien dans l'équipe de soins permet une meilleure utilisation du médicament (Glassman, 2013). Les auteurs reconnaissent l'effet bénéfique de l'intervention du pharmacien, cependant les études analysant son impact observent rarement son effet particulier sur le taux d'incidents et accidents liés aux médicaments et plutôt l'effet global sur l'utilisation du médicament.

Une présence auprès des équipes de soins permet au pharmacien d'assumer son « leadership » et de sensibiliser l'équipe interdisciplinaire à la question des incidents et accidents liés aux prescriptions. Les pharmaciens collaborent avec une équipe et agissent à plusieurs niveaux du circuit du médicament. Que ce soit dans la revue du BCM, des programmes d'anticoagulothérapie ou d'antibiothérapie, que ce soit leur présence dans des unités spécifiques (soins intensifs, urgence, cliniques ambulatoires) ou avec des populations plus fragiles (personnes âgées, pédiatrie, soins intensifs, nouveau-nés), la littérature conclut à un effet net positif de l'inclusion du pharmacien clinicien dans les établissements sur, entre autres, la réduction des incidents et accidents liés à la médication (Chisholm-Burns *et al.*, 2010; Vasileff *et al.*, 2009; Gillepsie *et al.*, 2009). Du point de vue économique, la valeur nette du pharmacien clinicien a fréquemment été démontrée, mais encore en analysant l'ensemble de ses activités et non seulement les incidents et accidents possibles ou réels évités (Virani *et al.*, 2003; Schumock *et al.*, 2003; McMullin *et al.*, 1999). On peut citer par exemple un effet sur les durées de séjour, le choix des antibiotiques, une transition à la voie orale plus rapide, une diminution des réhospitalisations (Schnipper *et al.*, 2006; McMullin *et al.*, 1999).

Autant le rôle du pharmacien clinicien est incontournable dans la prévention des incidents et accidents reliés à la médication, autant il est primordial que son expertise soit également mise à contribution lorsqu'un tel évènement se produit. Ce qui semble une évidence pour le groupe d'experts ne l'est pas apparemment pas dans tous les milieux de soins. Or, il est capital que le processus de déclaration et d'analyse d'un incident ou d'un accident lié à la médication inclue un pharmacien qui maîtrise bien les étapes du circuit du médicament, afin qu'il soit en mesure de commenter, d'expliquer et de faciliter l'analyse et d'identifier plus facilement les éléments à corriger et/ou qu'il puisse diminuer les risques qu'un évènement similaire se reproduise. Comme plusieurs étapes du circuit du médicament impliquent directement le département de pharmacie, avoir un membre de ce département comme partie prenante des solutions mises de l'avant facilitera la mise en place des recommandations ou des correctifs suggérés.

Une équipe complète avec tous les cliniciens nécessaires dans toutes les unités serait souhaitable pour optimiser les soins. Toutefois, la pharmacie hospitalière québécoise souffre toujours d'une pénurie de main-d'œuvre et n'est pas en mesure actuellement de fournir la présence souhaitée dans les unités et services d'un établissement. Des inégalités subsistent également au niveau provincial et régional au Québec : les établissements ne proposent pas tous la même offre de soins pharmaceutiques. Des publications l'ont relaté, et des groupes tels que les pharmaciens chefs des CHU du Québec ont déjà fait des exercices de hiérarchisation (Brisseau *et al.*, 2013). Ces efforts individuels ont permis à certains centres de mieux utiliser leurs ressources localement. Dans ce contexte, le groupe de travail croit qu'une meilleure organisation de l'utilisation des ressources de pharmaciens cliniciens est nécessaire en priorisant les secteurs, unités et populations à risque d'incidents et accidents liés à la médication. L'exercice en cours par le groupe de travail de la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, mandaté pour élaborer les orientations ministérielles en matière de soins et de services pharmaceutiques, formule des objectifs et une démarche en lien avec les recommandations de ce rapport. Le groupe d'experts souhaite donc que soit pris en considération l'effet de la présence du pharmacien clinicien sur les incidents et accidents liés à la médication pendant cet exercice.

Considérant :

- le rôle des pharmaciens cliniciens dans les établissements du réseau de la santé;
- le rôle de l'équipe interdisciplinaire et la disponibilité des ressources.

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

5.1. Que le MSSS publie des orientations pour déployer des pharmaciens cliniciens (soins directs aux patients) dans les secteurs avec une population à risque et qu'ils soient partie prenante de l'équipe traitante interdisciplinaire.

6. ANALYSE DES DÉCÈS

Méthode

- Analyse des évènements ayant conduit à 16 décès du 1er avril 2011 au 31 mars 2013.

Considérant les informations limitées fournies par le Registre national d'incidents et accidents et l'absence de certaines informations essentielles telles que le nom de la classe du médicament associé à l'accident, l'analyse des décès n'a pas été réalisée comme prévu pour obtenir un portrait québécois de la situation et pour améliorer les pratiques.

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

6.1 Que le MSSS améliore l'accès au Registre national des incidents et accidents et le traitement de l'information qu'il contient pour faciliter l'analyse et la détermination des interventions appropriées.

6.2 Que le MSSS s'informe de la possibilité de connaître les circonstances des évènements ayant contribué à des décès afin d'émettre des recommandations à caractère systémique.

6.3 Que les établissements assurent la mise en place de mécanismes et encadrent de façon formelle l'analyse de dossiers associés aux incidents et accidents liés à la médication, notamment par :

- une revue des dossiers comportant des incidents et accidents avec conséquences graves à l'aide d'une grille d'évaluation inspirée de NCC MERP (2014);
- la mise en place de liens formels et structurels entre les comités suivants : comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité et comité de l'évaluation de l'acte médical, et ce, dans le respect des prescriptions législatives entourant leur mandat respectif.

7. ANALYSE DES INCIDENTS ET ACCIDENTS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS QUI EN DÉCOULENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Méthode

- Un questionnaire a été élaboré sur la base des différentes fonctions liées à la gestion des risques dans les établissements de santé. Ce questionnaire comportait 21 questions à choix multiple ou à développement. Le questionnaire a été envoyé aux gestionnaires de risque membres du Réseau pour l'amélioration continue de la qualité (RACQ). Le logiciel de sondage SurveyMonkey a été utilisé afin de faciliter la collecte de données et de garantir la confidentialité des répondants.

De par la loi, chaque établissement de santé au Québec possède un registre local des incidents et accidents. Ce registre local vise à analyser les incidents et accidents et permet d'apprendre des évènements ayant eu lieu afin de mieux prévenir leur répétition, d'où l'importance de l'analyse sommaire ou exhaustive lorsqu'un évènement indésirable se produit. Il existe actuellement des obstacles importants dans le système de santé, non seulement dans la déclaration des évènements indésirables et des accidents, mais aussi dans l'analyse et le suivi des recommandations. Le groupe d'experts est d'avis que ces obstacles ont un effet direct sur la sécurité des soins prodigués, dans la mesure où l'analyse permet d'éviter la répétition des accidents et sert de levier pour prévenir les incidents et accidents liés à la médication.

Le groupe d'experts s'est donné comme objectif d'évaluer la capacité des établissements de santé à apprendre de ces évènements. Plus spécifiquement, il entend :

- Identifier le type de méthode d'analyse utilisé par les gestionnaires de risques;
- Identifier les barrières au suivi des recommandations découlant des analyses;
- Identifier les leviers pour réduire les incidents et accidents liés à la médication dans le réseau de la santé;
- Préciser les indicateurs utilisés pour mesurer les incidents et accidents liés à la médication.

Résultats

Les résultats du sondage se trouvent sous forme de tableau à l'annexe 6.
L'analyse du sondage effectué auprès des gestionnaires de risques se résume comme suit :

Taux de réponse

Le RACQ comprend 165 membres à travers tout le continuum du système de santé.

- 99 membres ont répondu au sondage (taux de participation de 60 %);
- 42 questionnaires ont été rejetés parce qu'incomplets;
- 57 questionnaires ont été remplis (taux de réponse de 34,5 %);
- toutes les missions sont représentées (tableau 9).

Tableau 9. Caractéristiques des répondants

Mission	Nombre de répondants
CHSLD	9
CRDITED	4
CRDP	3
CSSS avec hôpital	16
CSSS sans hôpital	11
Hôpital	14
Total	**57**

Capacité d'analyse au sein du réseau

On distingue trois types d'analyse : concise, exhaustive et d'incidence multiple. L'analyse concise s'applique dans les situations simples, elle est plus rapide. Les situations plus complexes requièrent habituellement une analyse exhaustive. Seulement 67 % des répondants ont déclaré effectuer ce type d'analyse. Le même pourcentage, soit 67 %, effectue une analyse de l'ensemble des évènements de même type pour identifier des points communs et des pistes de prévention.

Près de la moitié des répondants utilisent le formulaire AH-223-2 pour soutenir les analyses exhaustives. La plupart l'utilisent pour les accidents de niveau de sévérité E2 ou supérieur. Les répondants étaient invités à décrire ce qui constituait selon eux une barrière à l'analyse des incidents et accidents. Près de la moitié des répondants ont rapporté des obstacles qu'ils considéraient comme majeurs. Par ordre décroissant de fréquence, ils ont mentionné :

- manque de disponibilité et manque de temps;
- surcharge de travail et augmentation dans le volume d'activité;
- manque de collaboration (par exemple, du corps médical et des gestionnaires) lors de l'analyse;
- manque de connaissances de la part des gestionnaires au sujet des divers modèles d'analyse;

- manque d'implication des gestionnaires et du personnel des unités de soins;
- qualité des analyses qui laisse à désirer, notamment celles réalisées par les gestionnaires des unités de soins.

De plus, les données recueillies révèlent :

- une variabilité quant aux outils d'analyse utilisés;
- une variabilité quant à la quantité (effectifs), à l'expertise et au niveau d'autorité du gestionnaire de risques;
- la rareté de l'analyse des évènements sans conséquence.

Capacité de suivi des recommandations après les analyses

En ce qui concerne la capacité à donner suite aux recommandations formulées lors de l'analyse, les données recueillies révèlent que :

- le suivi est fait fréquemment ou très fréquemment (69 % des répondants);
- le suivi est très peu effectué (31 % des répondants);
- il n'existe aucune activité d'évaluation de l'efficacité des recommandations (31,5 % des répondants);
- il existe un chevauchement des rôles et des responsabilités des instances telles que le comité de vigilance et le comité de gestion des risques;
- il existe une certaine impuissance des gestionnaires de risques dans la mise en application des recommandations, d'où l'intérêt de préciser le rôle du gestionnaire de risques dans un établissement de santé (annexe 3).

Voici les leviers identifiés par les gestionnaires de risques pour réduire le nombre d'incidents et accidents liés à la médication, par ordre décroissant de fréquence :

- participation au comité pharmaco-nursing;
- respect des protocoles et des procédures;
- adoption de moyens technologiques (code à barres, prescripteur électronique);
- suivis assurés par des audits;
- partenariat avec les pharmaciens;
- partenariat avec les usagers;
- amélioration de l'environnement de travail à toutes étapes du circuit du médicament.

Il faut conclure qu'un meilleur suivi de l'application des recommandations est nécessaire dans plusieurs établissements de santé au Québec. La prévention des incidents et des accidents liés aux médicaments nécessite un tel suivi. Les solutions existent, mais il faut s'assurer qu'elles soient mises en place puis maintenues. Par conséquent, le groupe d'experts considère que la confusion entre les différentes instances impliquées dans la reddition de compte appelle une clarification au moyen d'un cadre de référence.

La déclaration des incidents et accidents

La nouvelle version du formulaire AH-223 diffusée récemment contient de nouveaux éléments d'information. Ainsi, l'information relative aux médicaments et aux étapes du circuit du médicament impliquées lors de l'incident ou de l'accident est maintenant disponible et devrait permettre de mieux cibler les interventions à faire (au niveau local et éventuellement provincial) pour réduire les incidents et accidents liés à la médication.

La revue de la littérature effectuée par les experts a révélé que le facteur humain est déterminant lors d'un incident ou d'un accident lié à la médication. Le groupe d'experts recommande que l'on surveille les incidents et accidents dans les milieux de travail où les heures supplémentaires sont fréquentes ou dont le ratio infirmières/usagers est faible. De même, les établissements souffrant d'une pénurie de pharmaciens ou ayant de la difficulté à offrir les services pharmaceutiques dans les unités ou pour les usagers à risque devraient faire l'objet d'une attention particulière.

Le groupe d'experts rappelle que les établissements ne doivent pas fixer des objectifs de réduction du nombre d'incidents et accidents liés à la médication, à tout le moins tant que la culture actuelle de sous déclaration perdurera. Or, les gestionnaires de risques ont confirmé que certains établissements visaient une diminution du nombre de déclarations et que cela était perçu comme un indicateur de succès. Tous les écrits scientifiques signalent que les statistiques sur le nombre de déclarations sont grandement sous-estimées. Dans un tel contexte, avoir des cibles de diminution de déclarations dissuade les cliniciens de déclarer les incidents et accidents, ce qui entrave les analyses et la mise en place de mesures correctives appropriées. Le groupe d'experts met en garde les établissements qui ont tendance à fixer un pourcentage de réduction des incidents et accidents qui d'une part s'avérera difficile à atteindre et d'autre part risque d'engendrer une sous-déclaration. Dans les faits, une augmentation des déclarations peut tout autant être le résultat de bonnes pratiques organisationnelles que d'une gestion déficiente.

Les incidents et accidents liés à la médication

Quoi mesurer ? Comment le mesurer ?

Les données issues des rapports d'incidents et accidents sont souvent utilisées pour évaluer le taux spécifiquement lié à la médication au sein d'une organisation. Cette pratique comporte un risque certain, considérant la sous-déclaration systématique des incidents et accidents liés à la médication. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette sous-déclaration, notamment le fait que la personne doit être consciente qu'un évènement s'est produit, ce qui s'avère difficile dans le cas des omissions. Le danger d'utiliser un taux est qu'il procure un faux sentiment de sécurité. Il minimise le risque associé aux incidents et accidents liés à la médication dans les organismes de santé. Ceci ne diminue pas l'importance de la déclaration. Celle-ci doit soutenir l'objectif principal de tout registre, qui est d'apprendre de ces incidents et accidents plutôt que de faire des inférences quantitatives sur les taux d'incidents et accidents sous-jacents.

Mesures alternatives

Si les taux basés sur les rapports d'incidents et d'accidents ne peuvent être utilisés pour connaître l'étendue d'un problème, que peut faire l'organisme ? Certaines méthodes sont plus efficaces pour détecter un incident ou un accident. De plus en plus d'organismes utilisent un système d'alerte pour détecter les incidents et accidents potentiels. Les dossiers des usagers sont examinés par deux ou trois personnes, habituellement des infirmières et des pharmaciens. Ces professionnels révisent le dossier de l'usager à la recherche de paramètres précis qui

pourraient indiquer qu'un accident peut se produire, par exemple un RNI élevé ou l'administration de naloxone. Toute présence d'un tel paramètre entraîne une analyse plus approfondie du dossier. Cette méthode permet de détecter jusqu'à 10 fois plus d'incidents que le rapport d'incidents et accidents[21]. Cependant, cet exercice nécessite des ressources considérables.

L'utilisation croissante de la saisie informatisée des prescriptions et des systèmes électroniques d'administration des médicaments offrira cependant la possibilité d'intégrer un suivi régulier d'autres mesures de sécurité des usagers. D'ici là, et compte tenu des défis associés à la mesure des évènements liés à la médication dans le milieu de la santé, il est souhaitable d'utiliser le taux d'incidents et accidents liés à la médication issu des rapports d'incident et accidents avec beaucoup de précautions, le défi étant de rendre visible les épisodes sans créer un faux sentiment d'insécurité.

La diminution des incidents et des accidents, de quelque nature qu'ils soient, passe par la prévention. Un excellent moyen de les éviter consiste à analyser ceux survenus dans le passé, d'identifier les lacunes et de les corriger, qu'elles soient individuelles, structurelles ou systémiques. Une meilleure organisation de la gestion et de l'analyse du risque au niveau provincial, régional et local doit donc être envisagée.

L'environnement dans lequel les différentes étapes de l'administration d'un médicament se réalisent (avant, pendant et après l'administration) est de plus en plus complexe compte tenu, entre autres, de la mobilité du personnel, de la réduction de la durée moyenne de séjour des usagers, et du nombre et de la complexité sans cesse croissants des médicaments offerts. Tout aussi déterminant dans la survenue de plusieurs incidents et accidents liés à la médication est le facteur humain. Faut-il le rappeler, plusieurs personnes (professionnels de la santé, cliniciens, techniciens) interagissent tout au long du circuit du médicament.

La revue de la littérature effectuée par les experts a permis de constater que le facteur humain est évidemment déterminant lors d'un incident ou d'un accident lié à la médication. Le groupe d'experts recommande de superviser les incidents et accidents dans le cadre de milieux de travail où les heures supplémentaires sont fréquentes et dont le ratio infirmière/usagers est bas. De même, les établissements souffrant d'une pénurie de pharmaciens ou ayant de la difficulté à offrir les services pharmaceutiques dans les unités ou pour les usagers à risque devraient faire l'objet d'une attention particulière.

En résumé, le fait que, dans le circuit du médicament, plusieurs changements (molécules, protocoles, méthodes, charge de travail, etc.) ont lieu fréquemment peut avoir un effet négatif sur la déclaration et sur la volonté de réduire de façon significative les incidents et les accidents liés à la médication.

L'importance de la mesure dans une perspective de reddition de compte et d'amélioration de la qualité va de soi. Cependant, contrairement aux autres types d'accidents et d'incidents, par exemple les chutes, plusieurs défis sont associés à la mesure des évènements liés à la médication. Cette section met en évidence quelques-uns de ces défis parmi les principaux et les recommandations qui en découlent.

[21] D. C. CLASSEN, *et al.*, « Global Trigger Tool Shows that Adverse Events in Hospitals May Be Ten Times Greater than Previously Measured », *Health Affairs*, vol. 30, n° 4, 2011, p. 581-589.

Considérant ce qui précède :

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

7.1 Que le MSSS donne suite à la recommandation du GVSS en 2013 de préciser et de rehausser le profil de compétences du gestionnaire de risques (annexe 3);

7.2 Que le MSSS élabore un cadre de référence pour le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité institués par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) afin de favoriser une approche plus cohérente et intégrée de la gestion des risques dans les établissements;

7.3 Que les établissements assurent des liens formels pour le suivi des recommandations au niveau du comité de vigilance et de la qualité et du comité de gestion des risques;

7.4 Que les établissements suivent le nombre des déclarations dans la perspective d'améliorer la qualité de celles-ci.

8. IMPLICATION DE L'USAGER

Méthode

- Recension d'écrits scientifiques.

Une collaboration accrue des usagers est garante de soins et de services plus sécuritaires. Si cela est probablement vrai dans les secteurs de soins, c'est encore plus évident dans le domaine de la gestion des prescriptions. L'engagement de l'usager à titre de partenaire actif dans ses soins par l'ensemble de l'équipe soignante contribue à accroître l'efficience du processus d'administration et par conséquent permet d'espérer une diminution des incidents et accidents en découlant.

L'observance

Les usagers sont les premiers concernés par la problématique des incidents et accidents liés à la médication. Ils sont toutefois souvent incapables de distinguer s'il s'agit d'un incident ou accident, d'une réaction ou d'un effet indésirable, d'où l'importance d'une bonne communication entre le professionnel et l'usager et de l'observance de celui-ci**.** « Une étude américaine menée en 2000 dans des services d'urgence révèle que 48 % des usagers se souviennent du nom de tous leurs médicaments ou pouvaient fournir une liste de leurs médicaments. Seulement 39 % des patients savaient à quelle heure ils devaient prendre leurs médicaments et seulement 24 % connaissaient la posologie de chacun de leurs médicaments[22]. »

L'observance est un élément clé du succès d'une thérapie médicamenteuse. Si la prise des médicaments n'est pas rigoureusement respectée, l'observance est mauvaise. Ceci peut faire échouer le traitement et quelquefois même mettre en danger la santé de l'usager.

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) souligne cependant que la non-observance ne doit pas être vue simplement comme un problème de l'usager, car il existe

[22] G. M. VILKE, *et al.*, « Emergency Department Patient Knowledge of Medications », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 19, n° 4, 2000, p. 327-330.

une non-observance non intentionnelle, par exemple quand l'usager veut suivre son traitement mais qu'il doit faire face à des obstacles hors de son contrôle (oubli, mauvaise compréhension, etc.). Elle est vraisemblablement aussi importante que la non-observance intentionnelle (lorsque l'usager décide de ne pas suivre les indications).

C'est pourquoi la communication de l'usager ou des proches avec les professionnels de la santé est essentielle pour prévenir les incidents et les accidents liés à la médication.

Les lignes directrices énoncées par le NICE et basées sur des données probantes s'énoncent comme suit :

- impliquer l'usager et ses proches dans le processus décisionnel concernant la médication;
- prendre le temps de discuter avec l'usager et de répondre à ses questions;
- Donner tout le soutien requis pour encourager l'observance;
- trouver des solutions avec l'usager pour assurer l'observance;
- faire une revue des médicaments sur une base régulière;
- la prise de médicaments à long terme nécessite de vérifier de façon régulière non seulement la liste des médicaments mais aussi le degré d'observance de l'usager;
- communiquer la bonne information aux autres professionnels de la santé;
- l'information doit être communiquée de façon adéquate à tous les professionnels concernés.

La pratique collaborative

L'implication de l'usager n'est pas quelque chose de nouveau. Une pratique collaborative se définit comme suit : « Processus d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation, de prise de décision. Pratique qui interpelle une équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus [23]. » Cette définition renvoie à la définition de collaboration interprofessionnelle, soit un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche de participation, de collaboration et de coordination en vue d'une décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux[24]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010), à partir de données probantes, les pratiques collaboratives contribuent à diminuer :

- les complications;
- la durée du séjour;
- la tension et les conflits avec les intervenants;

[23] RUIS-UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, *Pratique collaborative, Engagement et leadership*, 2012, p. 7.
[24] *Ibid.*, p. 7.

- le roulement de personnel;
- le taux d'admission à l'hôpital;
- les incidents et accidents cliniques;
- le taux de mortalité.

Au Québec, au moins deux RUIS, celui de l'Université de Montréal et celui de l'Université Laval, ont déjà implanté un modèle d'approche collaborative, et les retombées pour l'usager et ses proches se traduisent entres autres par :

- une réponse plus complète et mieux intégrée aux besoins du patient et de ses proches;
- un renforcement de l'adhésion de l'usager et des proches aux diverses interventions, lesquels se sentent en sécurité, appuyés, obtiennent réponse à leurs questions, avec une continuité dans les interventions;
- une amélioration ou une atteinte des résultats cliniques attendus chez l'usager;
- un accroissement de la sécurité des soins pour le patient, avec diminution de la morbidité et de la mortalité associées aux incidents et accidents générés par les équipes de soins;
- une satisfaction accrue du patient et des proches quant aux soins et services reçus[25].

La sensibilisation par l'information

Certaines populations, comme les personnes âgées, tout comme certaines classes de médicaments, comme les psychotropes ou encore les opiacés, nécessitent davantage d'interventions préventives pour favoriser l'utilisation sécuritaire des médicaments.

En collaboration avec des partenaires tels qu'ICSP, ISMP, Agrément Canada, plusieurs établissements du réseau de la santé conçoivent des moyens pour sensibiliser les usagers à la prévention des incidents et accidents liés à la médication, et ce, à l'aide de dépliants, d'affiches, de campagnes de sensibilisation, etc. Aussi, le réseau de la santé aurait avantage à partager les bonnes idées issues des milieux en impliquant des partenaires comme le comité des usagers. Voici quelques exemples de conseils à l'intention de la population :

Se présenter : À l'hôpital ou au CSSS, la double identification est une mesure préventive pour s'assurer d'administrer le médicament à la bonne personne;

S'exprimer : Transmettre aux professionnels de la santé tous les symptômes, allergies, sensibilités, liste des médicaments et pratiques de prise de médicaments si elles diffèrent de la prescription;

Se sentir à l'aise : De poser toutes les questions sur les indications ou procédures à suivre;

Connaître : Le nom des médicaments, la dose et l'heure (avoir une liste écrite) incluant les médicaments non prescrits, les aliments de type suppléments et les produits « naturels ».

Considérant :

- le rôle de l'usager dans la prévention des incidents et accidents liés à la médication;
- le mandat du comité de gestion des risques;

[25] *Ibid.*, p.23

- le mandat du comité des usagers dans les établissements de santé;
- les avantages des modèles de pratique dont la pratique collaborative initiée par le RUIS de l'Université de Montréal.

LE GROUPE D'EXPERTS RECOMMANDE :

8.1 Que les établissements appliquent la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches;

8.2 Que le Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU) et le Conseil de protection des malades (CPM) réalisent avec le soutien du Ministère une campagne nationale de sensibilisation pour inviter les usagers à s'impliquer davantage dans les soins et services qu'ils reçoivent, notamment en ce qui concerne la médication, pour que la gestion en soit plus sécuritaire;

8.3 Que les établissements impliquent l'usager dans l'administration de ses médicaments, par exemple par le partage de la feuille d'administration des médicaments (FADM);

8.4 Que les établissements s'assurent du respect de l'article 183.1 de la LSSSS, qui prévoit la présence d'usagers sur le comité de gestion des risques.

CONCLUSION

Dans un processus complexe impliquant plusieurs étapes et plusieurs cliniciens ou professionnels, la réduction du nombre d'incidents et accidents liés à la médication n'est pas simple et ne peut être le résultat d'un seul type d'intervention ou de l'effort d'un seul groupe. Chacune des étapes présente des occasions d'amélioration qui lui est propre mais qui nécessitent généralement des interventions systémiques ou multidisciplinaires.

Améliorer la sécurité du médicament peut être accompli par l'optimisation de la sécurité du circuit du médicament. Pour cela, il faut penser à l'élimination des facteurs de risque, à des stratégies d'interception des incidents et des accidents et à des stratégies de mitigation des conséquences. C'est l'analyse de l'origine des incidents et des accidents qui suggère les améliorations spécifiques, que ce soit dans les processus de prescription ou dans le circuit du médicament.

Dans le présent document, le groupe d'experts a mis en lumière les principaux défis que les établissements ont à relever pour améliorer la sécurité du médicament, soit :

La communication, qui s'avère un élément essentiel à privilégier dans le circuit du médicament;

L'introduction de nouvelles technologies, considérée comme nécessaire et importante et qui doit se réaliser de façon organisée et structurée (incluant les formations, la pérennité) ;

La culture de prévention/d'évaluation et d'analyse des risques, que l'on doit chercher à intégrer toujours mieux dans la pratique des cliniciens ;

La culture de déclaration et de divulgation, à renforcer et à cultiver sans relâche dans les établissements;

L'implication de l'usager, à mieux développer en préconisant une véritable approche patient-partenaire respectueuse du soignant et du soigné.

Les recommandations qui sont faites dans le présent rapport nécessitent des ressources financières, humaines et informationnelles. Le groupe d'experts est donc d'avis qu'il est important de veiller à ce que ces investissements se concrétisent de façon judicieuse et efficiente assurant :

a) un arrimage des initiatives en cours, que ce soit au niveau provincial (SARDM, DSQ) ou local (compatibilité avec les systèmes existants);

b) la pérennisation en ce qui a trait :

   - à la démarche d'implantation des technologies, étape souvent négligée et qui s'avère un élément clé du succès d'implantation;
   - à l'accompagnement et à la formation continue aux nouvelles pratiques.

Le groupe d'experts est d'avis que le moment est venu de passer de la stratégie à l'action.

GLOSSAIRE

EFFICIENCE : Rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées.

INCIDENT OU ACCIDENT MÉDICAMENTEUX : « Un incident ou accident de médication est tout évènement évitable qui peut causer ou entraîner une utilisation inappropriée de médicaments ou nuire au patient pendant que le médicament est sous le contrôle du professionnel de la santé, du patient ou consommateur. Ces évènements peuvent être liés à la pratique professionnelle, aux produits de soins de santé, aux procédures et aux systèmes, y compris la prescription, la communication de l'ordre, l'étiquetage des produits, l'emballage et la nomenclature, la composition, la distribution, l'administration, l'éducation, la surveillance et l'utilisation. » (NCC-MERP, 2014)

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE : Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ÉVITABLE : Évènement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante.

MÉDICAMENT À HAUT RISQUE : Médicament entraînant un risque plus élevé de causer des dommages aux usagers, bien que les incidents et accidents liés à la médication ne soient pas plus fréquents avec ces médicaments. Toutefois, ceux-ci sont ceux qui sont déclarés le plus fréquemment.

OBSERVANCE : Mesure dans laquelle les usagers se conforment à l'avis médical et prennent leurs médicaments comme il leur a été prescrit. L'observance dépend non seulement de l'acceptation de l'information sur l'affection elle-même et sur la menace qu'elle représente, mais aussi de la capacité du praticien à convaincre l'usager de la valeur du traitement et de la perception de l'usager quant à la crédibilité du praticien, à son empathie et à son souci de l'intérêt de l'usager[26].

PRATIQUE COLLABORATIVE : Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'informations, d'éducation et de prises de décisions. Pratique qui interpelle toute équipe clinique dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue[27].

REVUE DE MORTALITÉ-MORBIDITÉ : Outil d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de formation des professionnels, consistant en l'analyse collective des cas dont la prise en charge a été marquée par un résultat défavorable (décès du patient ou survenue d'une complication). (Anaes, 2004)

TRAÇABILITÉ : Processus de cueillette et d'enregistrement de données permettant de retrouver rapidement l'historique, la mise en œuvre ou l'emplacement de ce qui est examiné[28].

USAGER : Les termes « usager », « bénéficiaire », « personne », « client » et « résident » sont d'usage courant dans le secteur de la santé et des services sociaux, et dans certains milieux en

[26] OMS, *Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques. Guide de pratique*, 2005, p. 145.
[27] RUIS-Université Montréal, *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient,* 2013, p. 11.
[28] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, Fiche thématique, *Organisation du circuit du médicament en établissement de santé*, 2005, p. 2.

particulier. Dans le contexte du partenariat de soins et de services, le terme de « patient » est privilégié pour désigner une personne qui a recours aux services de santé et de services sociaux, qu'elle soit malade ou non. Toutefois, les établissements peuvent y accoler le terme « partenaire » (par exemple : usager partenaire, client partenaire, etc.)[29]. La plupart du temps, le terme « usager » inclut le proche aidant.

[29] RUIS-UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient,* sous la direction du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013, p. 6.

BIBLIOGRAPHIE

AGRÉMENT CANADA (2014), Qmentum program, Medication Management standards, Planning the medication management system, p. 23.

AMMENWERTH E., P. SCHNELL-INDERST, C. MACHAN, U. SIEBERT. « The Effect of Electronic Prescribing on Medication Errors and Adverse Drug Events: A Systematic Review ». *Journal of American Medical Informatics Association*, vol. 15, 2008, p. 585–600.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004), La pratique pharmaceutique dans les établissements de santé, analyse et recommandations, p. 22.

BARKER K., E., FLYNN, G. PEPPER, D. BATES, R.L. MIKEAL. « Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities ». *Archives of Internal Medicine*, vol. 162, N° 16, 2002, p. 1897-1903.

BASSI, Jesdeep et Francis LAU. « *Measuring Value for Money: A Scoping Review on Economic Evaluation of Health Information Systems* », Journal of American Medicine Informatics Association , Vol. 20, 2013, p. 792-801.

BAKER, ET AL., (2004), The Canadian Adverse events Study: The incidence of adverse events amon Hospital Clients in canada, Journal de L'Association médicale canadienne, 170(11):1678-86.

BATES, D. W. *et al.* « *The Impact of Computerized Physician Order Entry on Medication Error Prevention »*. Journal of American Medicine Informatics Association , Vol. 6, 1999, P. 313–321.

BATES, D. W.,*et al.* « Effect of Computerized Physician Order Entry and A Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors ». *Journal of American Medicine Informatics Association*, vol. 280, 1998, p. 1311–1316.

BATES, D. W. ET AUTRES. *Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. Implications for Prevention*. ADE prevention study group. Journal of American Medicine Informatics Association, Vol. 274, N° 1, 1995, p. 29-34.

BIRON, A. D., C. G. LOISELLE et M. LAVOIE-TREMBLAY. « *Work Interruptions and their Contribution to Medication Administration Errors: An Evidence Review »*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, Vol. *6*, N° 2, 2009, p. 70-86.

BIRON, A. D. (2009). « *Medication administration complexity, work interruptions, and nurses' workload as predictors of medication administration errors ».* (Doctoral dissertation). Retrouvé sur ProQuest Dissertations and Theses.

BLAIS, M. Blanchet,M., Fillion,A., Franco, M., Khoury,C (2009) .Réalisation du bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé québécois. Montréal : Association des pharmaciens des établissements du Québec.

BLAIS M. *et al.*. « *Incidence d'évènements indésirables dans les hôpitaux québécois »*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2004, 24 p.

BOBB A., K. GLEASON, M. HUSCH, J. FEINGLAS, P.R. YARNOLD, G.A. NOSKIN. « The Epidemiology of Prescribing Errors: The Potential Impact of Computerized Prescriber Order Entry ». Archives of Internal Medicine, Vol. 164, 2004, p.785–92.

BOND CA, RAEHL CL, FRANKE T. (2002) Clinical pharmacy services, hospitals pharmacy staffinf, and medicaiton errors in United States hospitals, Pharmacotherapy, 2002, fev;22(2): 134-147.

BRISSEAU L., ET AL. (2013), Ranking of healthcare programmes based on health outcome, health costs and safe delivery of care in hospital pharmacy practice, Int J Pharm 2013 Feb;21(1); 46-54.

BUSSIÈRES, J.F., C. TANGUAY. (2013) « *Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement de santé* ». Pharmactuel, Vol. 46, N° 2, 2013, p. 112-142.

Campanelli, Christine M. (2012) American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. Apr 2012; 60(4): 616–631.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE-LIMOGES. « *Sécurisation du circuit du médicament-Méthodes d'évaluation des risques dans les établissements de santé »*, 2011.

CHISHOLM-BURNS M.A., J. KIM LEE, C.A., SPIVEY. « *US Pharmacists' Effect as Team Members on Patient Care : Systematic Review and Meta-analyses* ». Medical Care, 2010; Vol. 48, p. 923-933.

COLEMAN, J.J., J. HODSON ET AUTRES. *« Missed Medication Doses in Hospitalised Patients : a Descriptive Account of Quality Improvement Measures and Time Series Analysis* », International Journal for Quality in Health Care 2013; Vol. 25, N° 5, p. 564–572.

COMITÉ sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques. *L'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques au Québec – risques et enjeux pour le patient atteint de cancer*. Novembre 2012. www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

COLLERETTE, PIERRE, SCHNEIDER, ROBERT ET PAUL LEGRIS (2003). La gestion du changement organisationnel-Sixième partie Gérer la transition, Iso management Systems-novembre-décembre 2003, p. 39-46.

DES SOINS DE SANTÉ PLUS SÉCURITAIRES MAINTENANT!, Projet pilote pour le bilan comparatif des médicaments dans les soins à domicile 2008-2010. Codirigé par les infirmières de l'Ordre Victoria et l'ISMP Canada.

DIRECTION GÉNÉRALE DU PERSONNEL RÉSEAU ET MINISTÉRIEL. *Les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec* RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, avril 2005.

EDWARD, Etchells Dr. (Team Lead), Dr. Nicole Mittmann (Co-Lead), et autres. The Economics of Patient Safety in Acute Care – Technical report. ICSP, 72 p.

EHRMANN, Ophélie. Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Lyon, Les erreurs médicamenteuses en pédiatrie hospitalière, 2012, 121 p.

ETCHELLS, E. et al., (2012) L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée. Rapport technique. Publié par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012 disponible à:
http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/

FELDMAN et al., (2012), Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm, Journal oh Hospital Medecine, vol 7, Issue 5, May/June 2012, p. 396-401.

FLYNN, E. A., Barker, K. N., Pepper, G. A., Bates, D. W., & Mikeal, R. L. (2002). Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *59*(5), 436-446.

GHALEB, M.A., N. BARBER, B.D. FRANKLIN et I.C. WONG. « *The Incidence and Nature of Prescribing and Medication Administration Errors in Paediatric Inpatients* ». Archives of Disease in Childhood, Vol. 95, N° 2, 2010, p. 113–118.

GILLESPIE U. ET AUTRES. « *A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: A randomized controlled trial* », Archives of Internal Medicine 2009; Vol. 169, 2009, p. 894-900.

GLASSMAN, Peter. « *Clinical Pharmacist's Role in Preventing Adverse Drug Events : Brief Update Review* » dans Evidence Reports/Technology Assessments, N° 211, Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013.

GLEASON, KM., ET AL. (2010), Medicine reconciliation standard, Journal of General medicine, 25((5) 441-448.

HASSINK J., M. Jansen, et P. Helmons. « Effects of Bar Code-Assisted Medication Administration (BCMA) on Frequency, Type and Severity of Medication Administration Errors: A Review of the Literature ». *European Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 19, n° 5, 2012, p. 489-494.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Fiche thématique, Organisation du circuit du médicament en établissement de santé*, Coll. Fiche thématique, HAS, 2005, 12 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, HAS, 2011, p. 17.

HERTZEL, C. et V. D. Sousa. « The Use of Smart Pumps for Preventing Medication Errors ». *Journal of Infusion Nursing*, vol. 32, n° 5, 2009, p. 257-267.

HOLLOWAY, KATHLEEN, GREEN, TERRY, OMS, Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques Guide de pratique ,2005 Département Médicaments essentiels et politiques.

ICPS ET ISMP. « *Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments– Identification des leaders de pratique en bilan comparatif des médicaments au Canada »,* 2012, www.ismp-canada.org/download/MedRec/Strategie_nationale_de_mise_en_oeuvre_du_BCM_Identification_des_leaders_de_pratique_en_BCM_au_Canada.pdf

INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA (ICIS). *Lisez votre prescription*, Bulletin Vol. 4, N° 6, 2013.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*, Institut canadien d'information sur la santé*,* 2012, 70 p.

INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA (ICIS). *Rôle important des consommateurs dans la prévention d'incidents et d'accidents liés aux interactions médicamenteuses*, Bulletin Vol. 3, N° 4, 2012.

INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA (ICIS). *Optimiser l'usage sécuritaire des médicaments aux points de transfert : Créer un défi d'envergure national,* Toronto, Ontario, 2011, 14 p.

INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA (ICIS). *S'exprimer c'est important!,* Bulletin Vol. 2, N° 6, 2011.

INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA. (2010), Présentez-vous ! Identification du patient Bulletin Vol.1, N° 63, mai 2010.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA. *Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments : Identification des leaders de pratique en bilan comparatif des médicaments au Canada,* 2012, 19 p.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA. *Aggregate Analysis of Dose Omission Incidents Reported as Causing Harm*, l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Vol. 13, N° 2, 2013, 7 p.

ISMP/CPSI (2011) Présentation à la conférence des sous ministres de la santé, Gatineau http://www.ismp-canada.org/fr/codage_barres/download/FPT_DM_web_fr.pdf

ISMP , Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (2011**) .***Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée ; Trousse en avant !*

ISMP, Analyse par agrégat des cas d'accidents d'omission de dose ayant causé un préjuduce, Vol 13, N°2, mars 2013.

KAUSHAL, R., , D.W. BATES, C. LANDRIGAN, , K.J. MCKENNA, M.D. CLAPP, F. FEDERICO ET D.A. GOLDMANN, « *Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients* ». Journal of American Medical Informatics Association, Vol. 285, 2001, p. 2114-2120.

KOPPEL R. ET AUTRES. « *Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors* ». Journal of American Medical Informatics Association, Vol. 9, N° 293, 2005, p. 1197–1203.

KUCUKARSLAN S.N. et autres. « *Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug Eevents in Hospital General Medicine Units* ». Archives of Internal Medicine, 2003, Vol. 163, p. 2014-2018.

LEAPE L.L. et autres. « *Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit* », Journal of American Medical Informatics Association, Vol. 282, 1999, p. 267–270.

Lewis PJ1, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM.(2009) Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review.Drug Saf. 2009;32(5):379-89.

Liang ,B.Alper, E., Hickner,J., Schiff,G., Lambert,B., Gleason ,K., (2008). The physician's role in medication reconciliation. Joint Commission Perspectives on Patient Safety, 8 (12), 1.

LILLY, Société Canadienne des pharmaciens d'Hôpitaux (2013), Rapport 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, www.lillyhospitalsurvey.ca

LISBY M., L.P. NIELSEN ET J. MAINZ. « *Errors in the medication process: frequency, type, and potential »*. International Journal for Quality in Health Care 2005; Vol. 17, N° 1, p. 15-22).

MASLOVE D.M., N. RIZK, H. J. LOWE. « *Computerized Physician Order Entry in the Critical Care Environment: A Review of Current Literature* ». Journal of Intensive Care Medicine, Vol. 26, N° 3, 2011, p. 165-171.

MARKARIAN, Aline S. et Eva. COHEN. « *L'implantation d'un système de pompes intelligentes* », Pharmactuel, Vol. 43, N° 1, 2010, p. 43-48.

MAVIGLIA, S. M. *et al.*, Cost-Benefit Analysis of A Hospital Pharmacy Bar Code Solution, *Archives of Internal Medicine*, vol. 8, n° 167, 2007, p. 788-794.

MCLEOD, Monsey *et al.* « Medication Administration Errors in Hospitals-Challenges and Recommandations for the Measurement», Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/expert/printView.aspx?id=47856

MCMULLIN S.T. *ET AUTRES*. « *A prospective, randomized trial to assess the cost impact of pharmacist-initiated interventions*». Arcives of Internal Medicine , Vol. 159, N° 19, 1999, p. 2306-2309.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Cadre de gestion Projet SARDM : Phase I, Mai 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Cadre de gestion Projet SARDM : Phase I, Avril 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Cadre de gestion Projet SARDM : Phase I, Novembre 2007.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERRORS REPORTING AND PREVENTION NCC MERP Taxonomy of Medication Errors. 1998. présenté dans *Pharm hosp* 2002 ; 37 (150) : 203-204. Site internet http://www.nccmerp.org consulté le 22 mai 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. « *Medicines Adherence, Involving Patients in Decisions About Prescribed Medecines and Supporting Adherence* », 2009, 3 p.

NCC MERP, (2014), NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, Taxonomy , Consulté en mai 2014 http://www.nccmerp.org/

PERREAULT, MATHIEU, (2012), Prescription aux aînés : beaucoup d'incidents et accidents évitables, La presse, 4 juin 2012.

PEREZ A. et autres. *Economic Evaluations of Clinical Pharmacy Services: 2001-2005*. Pharmacotherapy, Vol. 28, 2008, p. 285E-323E.

PHANSALKAR, S., A. Wright, et autres. «Towards Meaningful Medication-related Clinical Decision Support: Recommendations for an Initial Implementation», Appl Clin Inform., Vol. 9, N° 2(1), 2011, p. 50-62.

POON, E. G. *et al*. « Effect of Bar-Code Technology on the Safety of Medication Administration ». *New England Journal of Medicine,* vol. 362, n° 18, 2010, p. 1698-1707.

RABAN, M. Z. et J. I. WESTBROOK. « Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective ?: A systematic review ». *BMJ quality & safety*, 2013, Adapté de l'Agency for Healthcare Research and Quality.

RACK, L. L., L. A. DUDJAK et, G. A. WOLF. *Study of Nurse Workarounds in a Hospital Using Bar Code Medication Administration System*. *Journal of nursing care quality, Vol. 27, N°* 3, 2012, p. 232-239.

RAIMBAULT, Mélina, Jean-François BUSSIERE, Denis LEBEL. « *Réflexion dans le circuit du médicament et leurs retombées* », Pharmactuel, Vol. 44, N° 1, 2011, p. 53-59.

RAINU, Kaushal, MD, MPH, K. ASHISH, JHA, MD, Franz CALVIN. « *Return on Investment for a Computerized Physician Order Entry System* », Journal of American Medical Informatics Association, Vol. 13, N° 3, 2006, p. 261–266.

RUIS-UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient,* (Sous la direction du) Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013, 62 p.

RUIS-UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Pratique collaborative, Engagement et leadership,* (Sous la direction du) Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2012), 90 p.

SCHNIPPER J.L. et autres. « *Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization* ». Archives of International Medicine, Vol. 166, 2006, p. 565-571.

SCHUMOCK G.T. *et autres. Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy S*ervices: 1996–2000. Pharmacotherapy 2003, Vol. 23, p. 113–132.

TEICH J.M. et autres. « *The Brigham Integrated Computing System (BICS): Advanced clinical systems in an academic hospital environment* ». Journal of American Medical Informatics Association, Vol. 54, 1999, p. 197–208.

TRBOVICH, P. L. *et al*. « The Impact of Traditional and Smart Pump Infusion Technology on Nurse Medication Administration Performance in A Simulated Inpatient Unit ». *Quality and Safety in Health Care*, vol. 19, n° 5, 2010, p. 430-434.

TRBOVICH, P.L., J. JEON ET A. EASTY. « *Smart Medication Delivery Systems: Infusion Pumps* ». Healthcare Human Factors, 2009 Retrouvé le 16 avril 2014 sur: http://ehealthinnovation.org/what-we-do/projects/smart-medication-delivery-systems/

TRBOVICH, P. L., J. A. CAFAZZO ET A. C. EASTY. « *Implementation and optimization of smart infusion systems: Are we reaping the safety benefits ?* ». *Journal for Healthcare Quality*, 2011.

Tully MP1, Ashcroft DM, Dornan T, Lewis PJ, Taylor D, Wass V. (2009) The causes of and factors associated with prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review.Drug Saf. 2009;32(10):819-36.

VAILLANCOURT, RÉGIS (2013), Normes sur la gestion des médicaments, APES, www.apesquebec.org

VASHALL, Barbara *et al.* « Barcode Medication Administration Workarounds: A Systemic Review & Implications for Nurse Executives ». *Journal of Nursing Administration,* vol. 43, n° 10, 2013, p. 530-535.

VASILEFF, H. M. et autres. *The Effect on Medication Errors of Pharmacists Charting Medication in an Emergency Department*, Pharm World Science, Vol. 31, 2009, p.373-379.

VILLAMAN, Elena, Yolanda LARRUBIA, *et autres.* « Potential medication errors associated with computer prescriber order entry », International Journal of Clinical Pharmacy, Vol. 35, 2013, p. 577–583.

VILKE, G.M., A. Marino, J. ISKANDER et T.C. CHAN. « *Emergency Department Patient Knowledge of Medications* », *Journal of Emergency Medicine*, Vol. 19, N° 4, 2000, p. 327-330.

VIRANI, Adil et Natalie CROWN. « *The Impact of a Clinical Pharmacist on Patient and Economic Outcomes in a Child and Adolescent Mental Health Unit* », Canadian Journal of Hospital Pharmacists, Vol. 56, 2003, p. 158-162.

VOSHALL, Barbara, R. Piscotty, J. Lawrence, M. Targosz. Barcode Medication Administration Workarounds : A Systemic Review & Implications for Nurse Executives. The Journal Of Nursing Administration 2013. Vol 43, N° 10, oct. 2013, p. 530-535.

WEANT K.A. et autres. « *Effect of Emergency Medicine Pharmacists on Medication-error Reporting in an Emergency Department* ». American Journal of Health-System Pharmacy, Vol. 67, 2010, p. 1851-1855.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. « *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice ».* Geneva, WHO Press, 2010, 2 p.

WU RC, A. LAPORTE, W.J. UNGAR. « *Cost-effectiveness of an Electronic Medication Ordering and Administration System in Reducing Adverse Drug Events* ». J Eval Clin Pract, Vol. 13, 2007, p. 440-448.

ZIMLICHMAN E. et autres. *Return on Investment for Vendor Computerized Physician Order Entry in Four Community Hospitals: The Importance of Decision Support*, Jt Comm J Quality Patient Safety Vol. 39, N° 13, 2013, p. 312-318.

ANNEXES

ANNEXE 1 – RECOMMANDATIONS PRINCIPALES DU GROUPE D'EXPERTS SUR LES INCIDENTS ET ACCIDENTS LIÉS À LA MÉDICATION

ANNEXE 2. PROFIL DES MESURES CONTRIBUANT À LA RÉDUCTION DES INTERRUPTIONS ET DES DISTRACTIONS EN PHARMACIE

ANNEXE 3. PROFIL DES COMPÉTENCES DU GESTIONNAIRE DE RISQUES

ANNEXE 4. CIRCUIT DU MÉDICAMENT

ANNEXE 5. INCIDENTS ET ACCIDENTS LIÉS À LA MÉDICATION – NCC-MERP

ANNEXE 6. SONDAGE AUPRÈS DES GESTIONNAIRES DE RISQUE

ANNEXE 1 – RECOMMANDATIONS PRINCIPALES DU GROUPE D'EXPERTS SUR LES INCIDENTS ET ACCIDENTS LIÉS À LA MÉDICATION

DESTINATAIRES	RECOMMANDATIONS	JUSTIFICATIONS/EXPLICATIONS	ÉCHÉANCIER a. Implantation b. Pérennité MOYENS PROPOSÉS	SOURCES
	1. BCM			
MSSS **ÉTABLISSEMENTS**	1.1 Que le MSSS confie aux agences le mandat de procéder à une reddition de compte permettant de vérifier le niveau d'implantation du programme complet (à l'admission, au transfert et au congé) du bilan comparatif dans les établissements de son territoire à compter de 2015. 1.2 Que tous les établissements de santé publics et privés conventionnés priorisent et mettent en place le Bilan comparatif des médicaments (à l'admission, au transfert et au congé) afin que le Québec soit à cet égard dans le tiers le plus performant des provinces canadiennes. 1.3 Que le MSSS mandate un groupe de travail pour permettre une harmonisation et une standardisation des outils et formulaires utilisés en lien avec le BCM afin d'optimiser les communications avec le DSQ et avec les autres partenaires, tels que les pharmaciens communautaires.	Le Bilan comparatif des médicaments (BCM) constitue une priorité organisationnelle requise (POR) selon Agrément Canada et un critère de conformité pour le Conseil québécois d'agrément (CQA). Le Québec accuse un retard quant à la mise en application du BCM par rapport aux autres provinces : Dans un rapport émis par Agrément Canada, le Québec accuse un retard dans la mise en place du BCM. Il est bien connu que les accidents évitables liés à l'utilisation des médicaments se produisent à une fréquence inquiétante et que les problèmes de communication entre les milieux de soins constituent un facteur contributif significatif. L'implantation du BCM nécessite une clarification au niveau provincial quant au partage d'information entre établissements et l'obtention du consentement de l'usager à ce partage. Le BCM doit être fait dans un délai maximum de 24 heures suivant l'admission. Le BCM doit être partagé (lors des	a. 2014-2018	Aperçu des résultats de visite d'agrément de 2012 préparé pour le MSSS. Agrément Canada (2013) CQA 2012-2013 Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Bilan Comparatif des médicaments* : http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec/pages/defau.aspx Hellstrom *et*

		transferts et au congé) avec : • les autres établissements du réseau; • les pharmacies communautaires; • les professionnels affectés aux soins à domicile afin d'assurer une intégration optimale à la trajectoire des soins des usagers vulnérables ayant des affections chroniques.		*al.,* BMC Clinical Pharmacology 2012, 12-9.
MSSS **ÉTABLISSEMENTS**	**2. Technologie** 2.1 Que le MSSS confie aux agences le mandat de mettre en place un mécanisme de reddition de compte pour mesurer le niveau d'implantation des nouvelles technologies et la compatibilité des systèmes au niveau provincial. 2.2 Que les établissements priorisent l'acquisition, l'implantation et la pérennisation des technologies suivantes : • le prescripteur électronique avec communication bidirectionnelle (compatible avec le système de gestion des ordonnances); • le logiciel d'aide à la décision (informations sur la médication); • le code à barres.	Les solutions technologiques (informatisation et automatisation) sont reconnues pour réduire les incidents et accidents liés à la médication et leur implantation demeure incontournable dans la foulée des pistes de solution pour réduire les incidents et accidents. Toutefois, ces solutions technologiques ou procédurales introduisent de nouveaux risques. Une approche provinciale concertée de l'implantation du prescripteur électronique devrait être considérée. Dans les établissements où l'implantation du prescripteur électronique est planifiée, le BCM **électronique** devrait être inclus et devrait être compatible avec les systèmes prévus ou déjà en place.	a. 2014 b. Modalités : Confier aux agences un mécanisme de reddition de compte pour mesurer le niveau d'implantation des nouvelles technologies et la compatibilité des systèmes non seulement dans une même région mais d'une région à l'autre.	Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques au Québec (2012). ISMP/CPSI. (2013) BCM électronique. Webinaire.

		Le rapport du groupe de travail du MSSS sur le SARDM (système automatisé et robotisé de distribution des médicaments) a identifié notamment le Système d'entrée électronique des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM), le système d'aide à la décision clinique et le système de code à barres comme ayant un potentiel élevé de diminuer les incidents et accidents liés à la médication . Le comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques a également intégré le système d'ordonnances électroniques dans ses 27 recommandations pour améliorer l'usage sécuritaire de cette classe de médicaments.		Rapport 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, www.lillyhospitalsurvey.ca Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques au Québec (2012).

UNIVERSITÉS **ORDRES PROFESSIONNELS** **CMQ, OIIQ-OIIAQ et OPQ**	3. **Formation** 3.1 Que les maisons d'enseignement planifient la formation : Pour les médecins : rendre obligatoire dans le cursus d'enseignement la formation sur les incidents et accidents liés à la médication en l'intégrant dans l'approche par compétences et en s'assurant d'employer des méthodes pédagogiques éprouvées et des outils d'évaluation appropriés. Cette formation devrait être axée sur leur rôle dans la prévention des risques, la déclaration des incidents et accidents et la divulgation des accidents. Pour l'ensemble des professionnels de la santé impliqués dans le circuit du médicament : s'assurer lors de leur formation (également obligatoire) qu'on aborde de façon adéquate (selon leurs rôles et responsabilités) le thème des incidents et accidents liés à la médication (risque, prévention, analyse, déclaration et divulgation). 3.2 Que les ordres professionnels concernés identifient les besoins en formation continue en lien avec les incidents et accidents liés à la médication, et qu'ils encouragent la collaboration interprofessionnelle.	Les prescripteurs ont un rôle essentiel dans la prévention des incidents et accidents liés à la médication. Les médecins en formation constituent un bassin cible de la transformation de la culture de prévention, la déclaration des incidents/accidents et la divulgation des accidents. Il est important de les former afin de lutter contre le curriculum caché des milieux cliniques. Une formation professorale appropriée serait aussi jugée prioritaire. Les médecins résidents sont des médecins en formation. Il est plus facile de leur faire accepter certaines règles critiques dans leur pratique. Ils constituent ainsi un groupe privilégié pour une transformation culturelle de la pratique médicale. Dans un souci de travail en interdisciplinarité, les ordres professionnels concernés par les incidents et accidents liés à la médication devraient offrir de la formation à leurs membres simultanément sur la prévention, la déclaration, la divulgation, l'analyse et les mesures correctives.	a. 2015-2016 b. récurrent Formation ALDO-Québec Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale	Rapport Francoeur (2001), p. 10. Rapport Francoeur p. 11.1.

ÉTABLISSEMENTS	4. **Stratégies pour les interruptions lors de l'administration des médicaments** Que chaque établissement élabore des stratégies pour réduire les interruptions lors de l'administration des médicaments et assurent un environnement sécuritaire, et que soient diffusées leurs stratégies gagnantes lors de colloques (AQESSS, etc.) ou dans des publications du réseau. **5. Pharmacien** Que le MSSS publie des orientations pour déployer des pharmaciens cliniciens (soins directs aux patients) dans les secteurs avec une population à risque et qu'ils soient partie prenante de l'équipe traitante interdisciplinaire.	Ces stratégies devraient faire en sorte que le personnel dispose de l'équipement et de l'information nécessaires pour effectuer cette tâche de façon sécuritaire. Chaque interruption augmente de façon significative le risque de faire un incident ou un accident. La présence du pharmacien clinicien (en soins directs aux patients, en contact direct avec l'équipe traitante) a été fréquemment citée comme facteur de diminution des incidents et accidents liés à la médication. L'implication du pharmacien dans l'équipe de soins permet une meilleure utilisation du médicament. La pharmacie hospitalière québécoise souffre toujours d'une pénurie de main-d'œuvre et n'offre donc pas en ce moment une présence optimale dans les unités et services des établissements. Dans ce contexte, il y a lieu non seulement de favoriser la présence du pharmacien à l'unité de soins, mais de prioriser les secteurs, unités et populations à risque d'incidents et accidents liés à la médication.		ANNEXE 2

MSSS/AGENCES **et** **ÉTABLISSEMENTS**	6**. Analyse des évènements entraînant des conséquences graves** 6.1 Que le MSSS améliore l'accès au Registre national des incidents et accidents et le traitement de l'information qu'il contient pour faciliter l'analyse et la détermination des interventions appropriées. 6.2 Que le MSSS s'informe de la possibilité de connaître les circonstances des évènements ayant contribué à des décès afin d'émettre des recommandations à caractère systémique. 6.3 Que les établissements assurent la mise en place de mécanismes et encadrent de façon formelle l'analyse de dossiers associés aux incidents et accidents liés à la médication, notamment par : • une revue des dossiers comportant des incidents et accidents avec conséquences graves à l'aide d'une grille d'évaluation inspirée de NCC MERP (2014); • la mise en place de liens formels et structurels entre les comités suivants : comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité et comité de l'évaluation de l'acte médical, et ce, dans le respect des prescriptions législatives entourant leur mandat respectif.	Peu de CMDP se penchent sur l'évaluation des évènements évitables survenus lors de la prestation de soins. Les revues de dossiers par les comités de l'évaluation de l'acte médical, combinées à des visites d'inspection professionnelle par le Collège des médecins, représentent un moteur de changement potentiellement très efficace.	a. 2015-2016 Contact avec le CMQ, 2014. Mise en place 2014-2015. Pérennisation à prévoir dans le cadre d'une formation	

MSSS **ÉTABLISSEMENTS**	**7. Analyse des incidents/accidents et suivi des recommandations qui en découlent** 7.1 Que le MSSS donne suite à la recommandation du GVSS en 2013 de préciser et de rehausser le profil de compétences du gestionnaire de risques (annexe 3). 7.2 Que le MSSS élabore un cadre de référence pour le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité institués par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) afin de favoriser une approche plus cohérente et intégrée de la gestion des risques dans les établissements. 7.3 Que les établissements assurent des liens formels pour le suivi des recommandations au niveau du comité de vigilance et de la qualité et du comité de gestion des risques. 7.4 Que les établissements suivent le nombre des déclarations dans la perspective d'améliorer la qualité de celles-ci.	Les lacunes perçues se retrouvent dans : - la variabilité des outils d'analyse; - la variabilité et le suivi des indicateurs; - la diffusion des résultats, incluant celle auprès des prescripteurs; - l'absence de mesures correctives dans l'organisation du travail afin de prévenir la répétition d'incident ou d'accident; - une communication en silo qui ne permet pas la transmission des informations aux bonnes personnes au bon moment.	a. 2014 Moyen proposé : l'auto-évaluation ISMP permettrait l'étalonnage et serait un incitatif au développement.	Recommanda-tion du GVSS Le sondage des gestionnaires de risques (2014).
MSSS **Comité des usagers** **Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU)** **Comité provincial des malades (CPM)**	**8. Implication de l'usager** 8.1 Que les établissements appliquent la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches. 8.2 Que le Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU) et le Conseil de protection des malades (CPM) réalisent avec le soutien du Ministère une campagne nationale de	La non-observance de la médication prescrite peut engendrer des effets indésirables, voire même des conséquences graves. Ce dernier aspect est d'autant plus vrai chez les personnes	2014. Moyens proposés : Dépliants/Web/Conférences	Ex. RUIS-Montréal Outil intitulé: *Lisez votre prescription* (ISMP, sept. 2013)

	sensibilisation pour inviter les usagers à s'impliquer davantage dans les soins et services qu'ils reçoivent, notamment en ce qui concerne la médication, pour que la gestion en soit plus sécuritaire.	âgées compte tenu du nombre croissant de médicaments prescrits. Une étude démontre que chez 6 718 personnes âgées à domicile, 30 % présentent des problèmes liés à la médication. La collaboration de l'usager est nécessaire et inclut le partage d'information et sa participation active lors de l'administration de médicaments.	Ex. ISMP	*S'exprimer, c'est important* (ISMP, oct. 2011) *Présentez-vous* (ISMP, mai 2010)
	8.3 Que les établissements impliquent l'usager dans l'administration de ses médicaments, par exemple par le partage de la feuille d'administration des médicaments (FADM). 8.4 Que les établissements s'assurent du respect de l'article 183.1 de la LSSSS, qui prévoit la présence d'usagers sur le comité de gestion des risques.	Le partage de la gestion de la feuille d'administration des médicaments (FADM) est un excellent exemple d'implication de l'usager et pourrait faire l'objet d'études et de projets pilotes dans des milieux avec des populations cibles. Ce genre d'initiative permettrait entre autres de réduire les omissions. L'usager n'est pas toujours présent dans la composition des comités de gestion des risques.	2014	BRITTEN, Nicky, (2009) NICE Clinical Guidelines (2009) ISMP, Juin 2012 National Patient Safety Foundation Article 183.1 de la LSSSS

Références pour technologie :

1) J.F. BUSSIÈRES et C. TANGUAY, *Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement de santé*. Pharmactuel 2013; 46(2), p. 112-142.
2) DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE, DE L'ÉVALUATION ET DE LA GESTION DE L'INFORMATION DIRECTION GÉNÉRALE DU PERSONNEL RÉSEAU ET MINISTÉRIEL, *Les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec*, Rapport et recommandations du groupe de travail, Avril 2005. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-719-01.pdf
3) COMITÉ SUR LA SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS ANTINÉOPLASIQUES, *L'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques au Québec*, *Risques et enjeux pour le patient atteint de cancer*. Novembre 2012. www.msss.gouv.qc.ca/cancer
4) J. HASSINK, M. JANSEN et P. HELMONS, « Effects of Bar Code-Assisted Medication Administration (BCMA) on Frequency,Ttype and Severity of Medication Administration Errors: A Review of the Literature », *European Journal of Hospital Pharmacy*, 2012 (19), p. 489-494.

ANNEXE 2. PROFIL DES MESURES CONTRIBUANT À LA RÉDUCTION DES INTERRUPTIONS ET DES DISTRACTIONS EN PHARMACIE[30]

Tableau II : *Profil des mesures contribuant à la réduction des interruptions et distractions en pharmacie*

Sources d'interruptions et de distractions	Mesures contribuant à la réduction des interruptions et distractions en pharmacie	Commentaires
Appels téléphoniques internes et externes	- Cascade téléphonique avec menus permettant la répartition des appels limitant les tiers; - Casques téléphoniques afin de limiter les sonneries de postes; - Médaillons personnels (p. ex. Voicera[MD]) afin d'éliminer le recours à la téléphoniste ou à un tiers; - Boîte vocale à tous les pharmaciens pour diriger efficacement les messages; - Utilisation de l'intranet afin de rendre disponibles des outils en ligne (p. ex. formulaire électronique pour doses manquantes, état en temps réel de la production des doses, vérification de compatibilité, etc.); - Centre d'information pharmaceutique ou identifiant d'un pharmacien répondant unique par quart de travail pour limiter les transferts.	- Le recours à la cascade téléphonique peut limiter les appels et augmenter d'autres risques si les utilisateurs n'obtiennent pas efficacement une réponse satisfaisante; - Le recours à une cascade téléphonique complexe peut générer des retards pour les usagers, lesquels peuvent engendrer des problèmes de gestion à ne pas sous-estimer; - Utilisation optimale d'un intranet passant par le monitorage de la navigation et la vérification de l'effet de celui-ci sur les processus de travail et les interruptions.
Bruit environnant	- Aménagement de la zone de saisie et validation des ordonnances à l'extérieur de la zone de préparation des médicaments et de toute circulation à d'autres zones de production ou de passage; - Amélioration de la fenestration pour limiter le bruit externe; - Positionnement optimal des haut-parleurs pour l'appel général afin de réduire la diffusion de ces messages; - Révision du parc d'imprimantes afin de sélectionner des imprimantes laser avec émission réduite de bruit; - Ajout de cloisons antibruit autour des équipements (p. ex. ensacheuse, réfrigérateurs, pneumatiques, pompes, robots, etc.); - Élimination des alertes sonores lorsque cela est possible (p. ex. alerte courriel).	- Évaluation du bruit environnant afin d'en découvrir les sources, les périodes de pointe et les correctifs à apporter; - Importance de considérer le degré de bruit émis par un équipement lors de la sélection pour acquisition; - Familiarisation des pharmaciens avec l'unité de mesure (décibel) utilisée; - Échelle issue d'une transformation logarithmique (de 0 à 100 décibels).
Discussions	- Optimiser les aménagements pour éviter les interruptions liées à la présence d'obstacles (p. ex. configurer les postes de travail pharmacien, assistant technique afin de faciliter les échanges amorcés par contact visuel plutôt que par interpellation); - Revoir l'éthique de travail afin de limiter les discussions non liées au travail lorsqu'elles génèrent des interruptions/distractions sources potentielles d'erreurs.	- Importance de reconnaître que la réduction des interruptions doit se faire en adoptant des règles qui maintiennent un climat de travail optimal, où l'interaction et la socialisation sont adéquates.
Tâches non optimales ou multitâches	- Révision des flux de production afin d'optimiser les tâches, éviter les déplacements, les interpellations, les croisements, la réalisation de plusieurs tâches à un même banc, etc.; - Protocole de délégation permettant la vérification par un délégataire; la délégation réduit l'interruption du pharmacien mais pas celle de l'assistant technique; - Introduction de lecteurs à code-barres pour éliminer la double vérification par un tiers; - Utilisation des clichés par caméras numériques par images fixes des étapes du processus de préparation.	- Publication d'un guide par l'ASSTSAS sur l'ergonomie du travail en pharmacie, qui peut contribuer à réduire les interruptions; - Recours aux lecteurs de code-barres pour limiter le nombre d'intervenants et d'interruptions; le lecteur peut cependant complexifier la tâche et créer de nouvelles interruptions.

ASSTSAS : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

[30] Source : M. RAINBAULT, *et al.*, *Pharmactuel*, vol. 44, n° 1, janvier-février-mars 2011, p. 58.

ANNEXE 3. PROFIL DES COMPÉTENCES DU GESTIONNAIRE DE RISQUES

La fonction de gestionnaire de risques dans un établissement

Entrée en 1988 dans les établissements de santé du Québec par le biais des assurances, la gestion des risques s'est développée au cours des années pour devenir un outil incontournable dans l'atteinte des objectifs de prestation sécuritaire des soins de santé et des services sociaux. L'importance de l'outil a été formellement reconnue par le législateur en 2002 lors de l'adoption de modifications importantes à la Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS][31].

Ainsi, depuis 2002, les dispositions de la LSSSS exigent de tous les établissements du réseau de la SSS la mise en place de structures soutenant la mise en œuvre d'un processus rigoureux de gestion des risques, notamment par la mise sur pied d'un comité spécifique :

> **183.1.** Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques.
>
> Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.
>
> La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de services, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

Bien que les règles de fonctionnement soient déterminées par un règlement du conseil d'administration, les fonctions essentielles que doit remplir le comité sont spécifiées dans la loi :

> **183.2.** Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à:
>
> 1° identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
>
> 2° s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
>
> 3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le processus est composé de la somme de toutes les activités existantes ou à créer qui concourent à une gestion des risques effectuée selon les règles de l'art. Ainsi, la gestion des risques ne doit pas s'arrêter aux structures et à l'organisation administrative, mais requiert la participation des intervenants de tous les secteurs.

Bien que la LSSSS à l'article 183.1 prévoit que « Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité », cette exigence ne doit pas être comprise que dans son sens premier, à savoir que le directeur général siège effectivement au comité prévu par la loi, mais aussi que celui-ci, doit, qu'il siège ou non au comité, signaler de manière non équivoque à tout le personnel de l'établissement qu'il souscrit pleinement à l'idée d'implanter la gestion des risques dans son établissement en confiant à une personne connue pour son leadership cette fonction de chef d'orchestre en la matière. Il faut également supposer que cette personne désignée informe, à une fréquence convenue, le directeur général de l'évolution du dossier de la gestion des

[31] Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2.

risques dans son établissement, tout comme ses collègues, d'un niveau hiérarchique équivalent, le feront pour tous les dossiers connexes – par exemple, la qualité, la sécurité, la santé et sécurité au travail, la prévention des infections, etc. – en lien avec l'atteinte des objectifs stratégiques.

Le processus de gestion des risques n'est pas une fin en soi et ne peut pas se déployer pleinement sans être intimement lié aux autres éléments essentiels de l'organisation, comme la qualité et la sécurité des soins et des services. De plus, il forme une des composantes essentielles de la culture d'une organisation en matière de soins et de services. À ce titre, il doit être porté par des acteurs agissant principalement – mais non exclusivement – à trois niveaux dans l'organisation sous le leadership du « chef d'orchestre » :

1. **le niveau stratégique** – la vision, le leadership, l'établissement de conditions gagnantes, l'évolution de la culture et des comportements à l'échelle de l'établissement, la création d'interfaces entre les composantes connexes;
2. **le niveau tactique** – la coordination de tous les acteurs et la conduite des activités, l'évolution de la culture et des comportements à l'échelle des diverses unités, la concrétisation des interfaces nécessaires entre d'autres composantes de l'établissement : en d'autres termes, être un agent de changement;
3. **le niveau opérationnel** – le soutien professionnel et administratif aux opérations et aux activités, le signalement des risques non encore matérialisés, la suggestion de changements, l'organisation et, dans certains cas, la diffusion des formations pour maintenir les compétences en gestion des risques des professionnels et des autres membres du personnel.

Ces trois niveaux sont essentiels pour pratiquer une gestion de risques efficiente qui se traduira par des tâches et des fonctions différentes, commandant ainsi un profil de compétences et une formation souhaitable, variable selon le niveau[32].

Niveau stratégique

Pour assumer l'omniprésence de la sécurité comme valeur organisationnelle, il faut qu'elle soit portée et soutenue par un membre du comité de direction qui en a une vision claire et qui, par sa présence au Comité de direction, assume un leadership constant et dynamique dans les travaux et décisions du Comité.

Les **fonctions** à assumer au niveau stratégique sont :

- établir un plan stratégique de déploiement de la gestion des risques dans son établissement pour adoption par les autorités compétentes;
- promouvoir la prise en compte de la sécurité des patients dans toutes les activités de l'établissement;
- promouvoir les changements de culture nécessaires en proposant des activités modifiant les valeurs, les croyances et les comportements dans la mesure où ceux-ci ne sont pas compatibles avec une gestion des risques efficiente;
- rappeler, lorsque nécessaire, l'importance de l'élément « sécurité » lors de la prise de décisions;
- promouvoir le développement d'outils utilisant les principes de gestion des risques et permettant d'atteindre les objectifs stratégiques en matière de sécurité des patients;
- préparer des rapports de synthèse à l'intention de la personne désignée par le directeur général pour porter le dossier, laquelle personne pourra, à une fréquence à déterminer, faire rapport au conseil d'administration;
- évaluer périodiquement les règles de fonctionnement (LSSSS, art. 183.1) établies par le conseil et suggérer, s'il y a lieu, des modifications;

[32] Voir plus bas l'illustration des rattachements hiérarchiques des différents niveaux identifiés.

- identifier l'existence – ou l'absence – de conditions gagnantes en matière de sécurité des soins;
- favoriser la pratique et la formation en matière de gestion des risques;
- tenir à jour un profil anonymisé de l'établissement;
- déterminer les échelles de criticité aidant à choisir les risques à traiter;
- répartir efficacement les tâches ou en suggérer la répartition à un collègue investi de la responsabilité en cause;
- promouvoir la création d'interfaces nécessaires à la pratique optimale de la gestion des risques entre toutes les parties prenantes[33], au sein ou à l'extérieur de l'établissement.

Le **profil** de compétence du niveau stratégique :

- accepter de partager son leadership;
- savoir recruter une équipe optimale et efficace;
- savoir déléguer;
- adaptabilité et tact dans ses relations avec autrui ;
- habile communicateur;
- rassembleur;
- capacité à promouvoir l'interdisciplinarité;
- créativité;
- habileté à introduire des changements;
- bonne capacité à travailler en équipe;
- savoir apprendre de ses erreurs;
- capable d'adapter les concepts de la gestion des risques aux caractéristiques de son milieu;
- Esprit d'analyse et de synthèse;
- bonne éthique de travail ;
- bonne connaissance du français et de l'anglais.

La **formation** souhaitée pour ce gestionnaire :

- diplôme de deuxième cycle dans une science de la santé ET diplôme ou expérience documentée et jugée équivalente par le comité de sélection, dans l'un ou l'autre des domaines suivants : gestion, relations industrielles, psychologie industrielle ou organisationnelle, génie industriel avec option santé;
- faire la preuve de ses expériences ou de sa formation continue;
- posséder un minimum de cinq années d'expérience dans un poste de gestionnaire dans un milieu de santé, incluant la gestion de ressources humaines.

[33] Selon ISO, une partie prenante (3.2.1.1) est une personne ou un organisme susceptible d'affecter, d'être affecté ou de se sentir lui-même affecté par une décision ou une activité. Note : un décideur peut être une partie prenante.

Niveau tactique

Une vision doit se traduire dans des activités qui en assurent la matérialisation. L'organisation de ces activités demande une bonne connaissance de l'organisme, de son fonctionnement et des ressources disponibles. C'est le niveau tactique qui opérationnalisera la mise en œuvre des activités retenues selon le plan stratégique.

Il s'agit donc de coordonner, d'encadrer et d'assurer l'exécution, au quotidien, de ces activités. Selon la taille de l'établissement, il s'agira de déterminer le découpage de ces fonctions selon les différentes unités, programmes ou département de l'établissement. On peut estimer qu'entre 1 et 4 personnes auront comme tâches principales les fonctions ci-dessous.

Les **fonctions** rattachées à ce niveau :

- organiser la mise en œuvre des activités qui lui ont été confiées;
- coordonner la rédaction/création d'outils, de politiques ou procédures spécifiques à l'objectif arrêté;
- déterminer les éléments de formation essentiels, arrêter les objectifs de ces formations et définir les clientèles cible;
- encadrer et accompagner des exercices de pratiques de la gestion des risques comme élément de formation;
- procéder, en équipe, à l'analyse des formulaires AH-223 et proposer des améliorations concernant la collecte de données;
- préparer les projets de rapports d'analyse des accidents et incidents pour rétroaction dans les unités et transmission au niveau stratégique;
- piloter la réévaluation périodique des outils, politiques et procédures et proposer les modifications nécessaires;
- superviser des personnes impliquées au niveau opérationnel;
- se tenir à jour par le déploiement d'une veille stratégique concernant les derniers développements en matière d'outils, de processus, de publications ou d'expériences en matière de gestion des risques;
- développer des tableaux de suivi des différents dossiers;
- identifier les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des traitements des risques choisis.

Le **profil** de compétence pour assumer de telles fonctions :

- autonomie;
- savoir motiver les troupes;
- capacité de travailler en équipe;
- faire preuve de créativité et d'innovation (*thinking outside the box*);
- attitude non corporatiste;
- bonne connaissance du fonctionnement du réseau et de l'établissement;
- bon sens de l'organisation;
- possède les qualités et les attitudes d'un bon mentor ou tuteur;
- bonne capacité analytique;
- bonne communication;
- bonne connaissance du français et de l'anglais;

La **formation** souhaitée pour ce gestionnaire :

- diplôme de deuxième cycle dans une science de la santé;
- entre 3 et 5 ans d'expérience, dont la moitié dans des fonctions impliquant une prise de décision dont la nature correspond à ce niveau hiérarchique.

Niveau opérationnel

C'est le niveau où la vision devient réalité. C'est la gestion des risques au quotidien. C'est le soutien direct pour toute activité accomplie par les gestionnaires ou les intervenants.

Il s'agit de fonctions assimilables à celles d'un adjoint administratif ou d'un technicien en administration. Selon la taille de l'établissement, on devrait prévoir une personne pour une à trois unités de soins et une personne pour un regroupement de certaines unités de services (entretien, cuisine, analyse, etc.).

Les **fonctions** rattachées à ce niveau :

- valider l'information contenue dans les formulaires AH-223 et saisir les données dans le système;
- préparer les documents pour le Comité de gestion des risques;
- remplir les tableaux de suivi;
- voir à l'implantation des plans de contingence dans le cas de la matérialisation d'un risque;
- colliger les informations concernant les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des traitements des risques choisis et les présenter en tableaux.

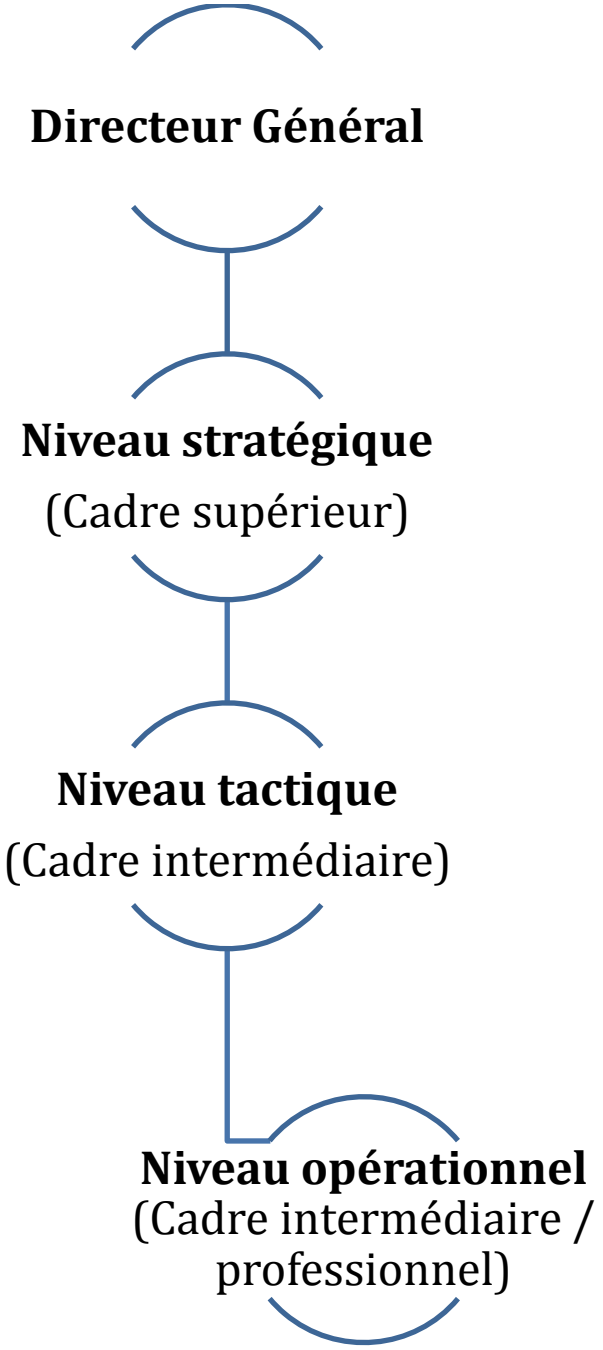
Le **profil** de compétence pour assumer de telles fonctions :

- autonomie;
- capacité de travailler en équipe;
- bonne connaissance du fonctionnement du réseau et de l'établissement;
- bon sens de l'organisation;
- bonne capacité de concentration;
- bonne communication;
- bonne connaissance du français, connaissance de l'anglais un atout.

La **formation** souhaitée pour ce gestionnaire

- diplôme de premier cycle dans une science de la santé;
- expérience dans des fonctions impliquant des activités reliées à la gestion des risques un atout.

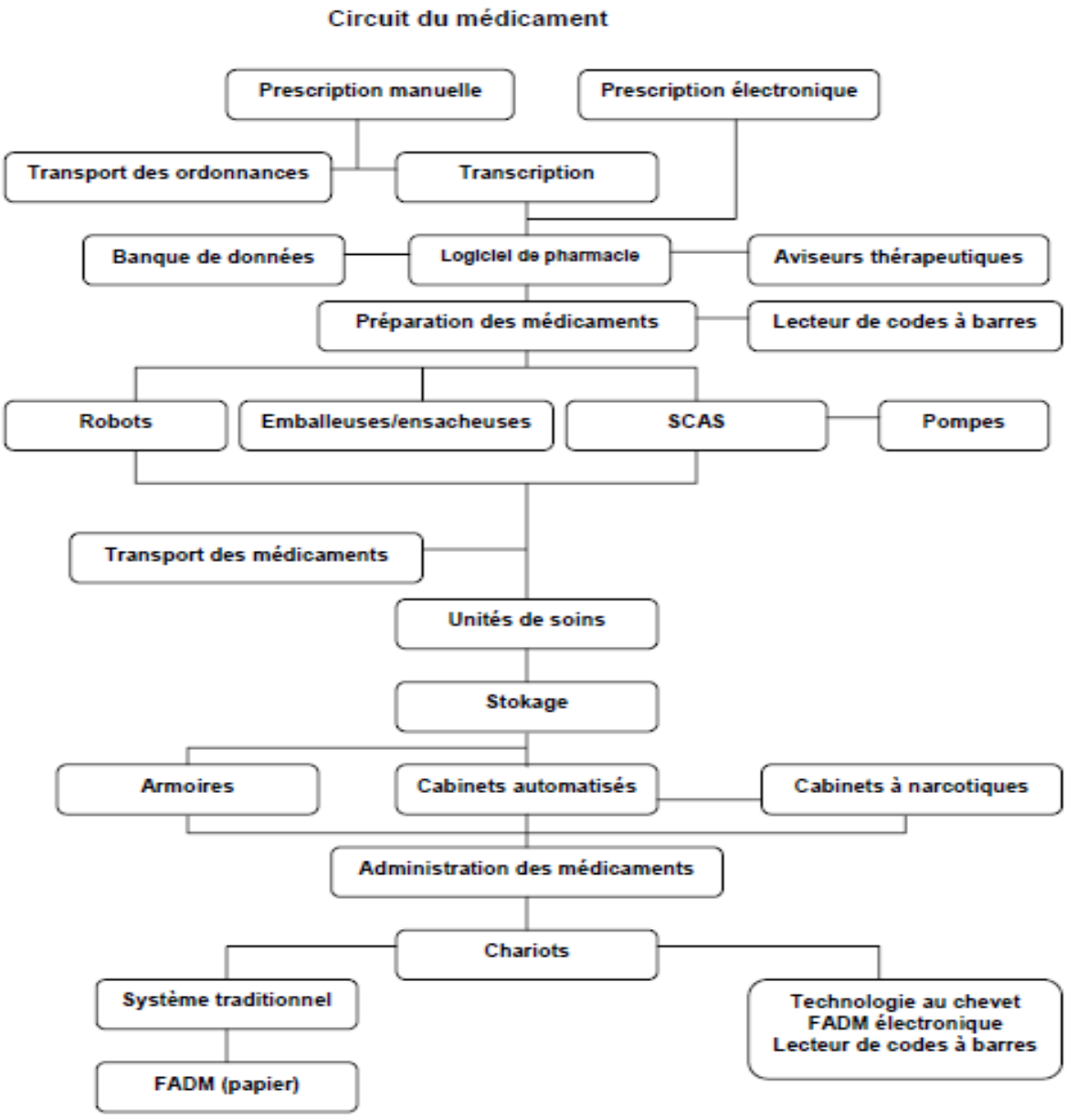
Illustration des rattachements hiérarchiques des différents niveaux



Sources utilisées dans la préparation de ce document

1. *Les rôles et responsabilités dévolus aux autres composantes de l'Établissement pour une gestion des risques efficace.* Extrait du programme de formation sur le fonctionnement du comité de gestion des risques – MSSS – 2011.
2. Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda, *Conseillère en gestion des risques - Description de fonction, poste # 5010,* février 2011.
3. Centre de santé et de services sociaux des Sommets, *Coordonnateur en gestion des risques et de la qualité*, version janvier 2007, Document en évolution.
4. Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable, *Coordonnateur de la gestion des risques,* Direction des soins infirmiers, mai 2007.
5. Services de réadaptation l'Intégrale, *Conseiller à la qualité*, 2008.
6. Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière, *Gestionnaire des risques et de la sécurité*, document non daté mais antérieur à avril 2011.
7. *Quality and Risk Management Coordinator*, St-Mary's Hospital Centre, January 2009.
8. Administrative Processes Specialist, *Risk Management Advisor*, Jewish General Hospital, nov. 2009.
9. Microprogramme de 2e cycle en gestion de l'amélioration continue et de la performance – présentation du microprogramme aux cadres du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-capitale, Université Laval, mars 2011.
10. Projet de programme en gestion des risques sanitaires, S. Bisaillon et N. De Marcellis-Warin, décembre 2007.
11. Quatre descriptions de tâches de différentes sources Web pour un gestionnaire de risques, accédées en janvier 2012.
12. *Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening*, BMJ, Qual&Safety (2011), 20: 96-101.
13. Présentation de l'Ordre des pharmaciens du Québec à la Commission des affaires sociales sur le Projet de loi 113, décembre 2002.
14. Présentation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec à la Commission des affaires sociales sur le Projet de loi 113, décembre 2002.
15. *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, P.L. 113 (2002, c. 71), sanctionné le 19 décembre 2002.
16. *Les compétences en matière de sécurité*, CPSI/ICSP, 2007.
17. OSF St. Mary Medical Centre, Galesburg, Illinois, *Responsibility profile for Director, Safety, Quality and Risk*, document non daté.
18. Pathways for Medication Safety, *Patient Safety Officer Job Description*, American Hospital Association, Health Research & Educational Trust, and Institute for Safe Medication Practices, 2002.
19. OSF Healthcare System, Peoria, Illinois, *Patient Safety Officer – Position Description*, document non daté.
20. Owensboro Medical Health System, *Patient Safety Coordinator – Job description*, août 2010.
21. OMHS Performance Improvement Reporting Structure, document non daté.
22. Partners Healthcare System, Diector, *Patient Safety – Job Description*, document non daté.
23. Parush, Avi *et al.*, *Situational Awareness and Patient Safety,* The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2011.

ANNEXE 4. CIRCUIT DU MÉDICAMENT



Source : *Les Systèmes automatisés et robotisés utilisés dans la distribution*, chapitre 2 : « Le cadre de l'analyse des médicaments dans les établissements de santé au Québec » (2005).

ANNEXE 5. INCIDENTS ET ACCIDENTS LIÉS À LA MÉDICATION – NCC-MERP

1. Caractérisation de l'erreur médicamenteuse

Tableau 1 - Caractéristiques des erreurs médicamenteuses (REEM - NCC-MERP)

selon le degré de réalisation	selon la gravité des conséquences cliniques pour le patient	
	catégorie A	circonstance ou événement susceptibles de provoquer une erreur
erreur médicamenteuse potentielle	catégorie B	une erreur s'est produite, mais le médicament n'est pas parvenu jusqu'au patient
erreur médicamenteuse avérée	catégorie C	une erreur s'est produite jusqu'au patient, sans dommage pour le patient
	catégorie D	une erreur s'est produite et a provoqué une surveillance accrue pour le patient mais sans dommage pour le patient
	catégorie E	une erreur s'est produite et a motivé un traitement ou une intervention en provoquant un préjudice temporaire au patient
	catégorie F	une erreur s'est produite en entraînant ou en allongeant un séjour hospitalier et en provoquant un préjudice temporaire au patient
	catégorie G	une erreur s'est produite et a provoqué un préjudice permanent au patient
	catégorie H	une erreur s'est produite et a provoqué un accident mettant en jeu le pronostic vital du patient
	catégorie I	une erreur s'est produite et a provoqué le décès du patient

selon le type de l'erreur	selon l'étape de survenue dans le circuit du médicament	selon les causes	
erreur d'omission	prescription	problème de communication	- défaut de communication verbale - défaut de communication écrite - erreur d'interprétation de l'ordonnance
erreur de dose	transcription	confusion de dénominations	- confusion entre noms commerciaux (dénominations spéciales) - confusion entre noms génériques
erreur de posologie ou de concentration	analyse pharmaceutique	problème d'étiquetage et/ou d'information	- conditionnement primaire du produit (fabricant, distributeur, façonnier) - étiquette et conditionnement du produit délivré (pharmacien dispensateur) - boîtage ou conditionnement secondaire (fabricant, distributeur, façonnier) - notice jointe au produit - sources d'information électroniques (banques de données, fichiers produits..) - documentation imprimée publiée (dictionnaires, ouvrages, revues...) - documents publicitaires
erreur de médicament	préparation galénique		
erreur de forme galénique	délivrance		
erreur de technique d'administration	administration	facteurs humains	- défaut de connaissances - pratiques défectueuses - erreur de calcul - erreur informatique - erreur de distribution ou de rangement - erreur dans la préparation extemporanée des doses à administrer - erreur de transcription - stress, - surmenage - comportement conflictuel ou intimidation
erreur de voie d'administration	information du patient		
erreur de débit d'administration	suivi thérapeutique		
erreur de durée d'administration			
erreur de moment d'administration			
erreur de patient		problèmes de conditionnement ou de conception	- conditionnement ou conception inadaptés - confusion de forme pharmaceutique - dispositifs médicaux associés à l'administration de médicaments
erreur de suivi thérapeutique et clinique			
médicament périmé ou détérioré			

Les caractéristiques des erreurs médicamenteuses ont été traduites et adaptées par le Réseau REEM à partir du référentiel que constitue la taxonomie du NCC MERP.

Tableau 2 - Types d'erreurs médicamenteuses (REEM - NCC-MERP)

erreur d'omission	- refus de prise par le patient exclu
erreur de dose	- surdosage - sous dosage - dose supplémentaire non prescrite
erreur de posologie ou de concentration	
erreur de médicament	
erreur de forme galénique	
erreur de technique d'administration	
erreur de voie d'administration	- voie IV au lieu de sonde entérale - voie intrathécale au lieu de voie IV - voie IV au lieu de voie orale - voie IV au lieu de voie IM - voie IM au lieu de voie IV
erreur de débit d'administration	- débit trop rapide - débit trop lent
erreur de durée d'administration	
erreur de moment d'administration	- (écart ± en minutes à préciser par rapport au moment prévu)
erreur de patient	
erreur de suivi thérapeutique et clinique	- interaction médicamenteuse - interaction entre médicaments et alimentation - allergie déjà connue (documentée) - contre-indication - indication non reconnue - choix erroné du médicament - état clinique (glycémie, INR, TA....) - redondance thérapeutique - problème thérapeutique ignoré
médicament périmé ou détérioré	

Tableau 3 - Causes d'erreurs médicamenteuses (REEM - NCC-MERP)

problèmes de communication	- défaut de communication verbale	
	- défaut de communication écrite	Ecriture illisible ; Usage d'abréviations ; Erreur d'unité de mesure ; Zéro placé à la fin et mal interprété ; Zéro placé au début et mal interprété ; Erreur de virgule ; Erreur ou absence de lecture ; Autre ;
	- erreur d'interprétation de l'ordonnance	Prescripteurs multiples ; Prescription ambiguë ; Prescription confuse et/ou contradictoire ; Prescription complexe ; Expression incorrecte de la posologie ; Expression incorrecte de la forme pharmaceutique ; Expression incorrecte de la voie d'administration ; Imprécision sur l'arrêt du médicament ; Autre ;
confusions de dénominations	- confusion entre noms de marque (dénominations spéciales)	Confusion entre leurs suffixes ; Confusion entre leurs préfixes ; Homophonie avec un autre nom de marque ; Homophonie avec une autre dénomination commune ; Homonymie avec un autre nom de marque ; Homonymie avec une autre dénomination commune ; Dénomination sujette à confusion ; Confusion avec des noms usuels de médications familiales (en vente libre ou OTC over the counter) ; Autre ;
	- confusion entre noms génériques	Homophonie avec une autre dénomination commune ; Homophonie avec un autre nom de marque ; Homonymie avec une autre dénomination commune ; Homonymie avec un autre nom de marque ; Autre ;
problèmes d'étiquetage et/ou d'information	- présentation du conditionnement primaire du produit (fabricant, distributeur, façonnier)	Similitude avec celui d'une autre firme ; Similitude au sein de la gamme de produits de la même firme ; Etiquetage inexact ou incomplet ; A l'origine de confusion ou d'erreur de lecture ; Symbole, logo, code couleur déroutants ; Autre ;
	- présentation du boîtage ou conditionnement secondaire (fabricant, distributeur, façonnier)	Similitude avec celui d'une autre firme ; Similitude au sein de la gamme de produits de la même firme ; Etiquetage inexact ou incomplet ; A l'origine de confusion ou d'erreur de lecture ; Symboles ou logos déroutants ; Autre ;
	- étiquetage et présentation du produit délivré (pharmacien dispensateur)	Mode d'emploi erroné ; Mode d'emploi incomplet (y compris l'absence de contre-étiquette) ; Erreur sur le nom du médicament erroné ; Erreur de dosage ou de concentration ; Erreur sur le nom du patient ; Autre ;
	- notice du produit	Contenu inexact ou erroné ; Contenu incomplet ou insuffisant ; Rédaction source de confusion ; Autre ;
	- sources d'information électroniques (banques de données, fichiers produits..)	Données inexactes ; Données confuses ou incohérentes ; Omission de données ; Données obsolètes ou dépassées ; Documentation non disponible ; Autre ;
	- documentations et publications imprimées (dictionnaires, ouvrages, revues....)	Données inexactes ; Données confuses ou incohérentes ; Omission de données ; Données obsolètes ou dépassées ; Données non disponibles ; Autre ;
	- documents publicitaires (erreur associée à la publicité d'un produit)	
facteurs humains	- défaut de connaissances	Méconnaissance du médicament ; Méconnaissance des propriétés galéniques ; Méconnaissance concernant la voie d'administration ; Méconnaissance des doses et débits d'administration ; Méconnaissance des indications ; Substitution erronée du médicament ; Méconnaissance du patient et de ses caractéristiques physiopathologiques ; Autre
	- pratiques délectueuses	
	- erreur de calcul	Erreur de calcul de la dose ; Erreur de calcul du débit de perfusion ; Autre ;
	- erreur informatique	Sélection incorrecte dans une liste par l'opérateur ; Données incorrectes dans la base de données ; Insuffisances dans la recherche d'allergies ; Insuffisances dans la recherche d'interactions ; Autre ;
	- erreur de distribution ou de rangement	Stockage primaire (stock central) ; Stockage secondaire (poste de collecte, dotation) ; Répartition dans les chariots de dispensation ; Autre ;
	- erreur dans la préparation extemporanée des doses à administrer	Défaillance dans l'activation d'un système de reconstitution ou de transfert ; Soluté de dilution erroné ; Quantité erronée de soluté de dilution ; Quantité erronée de principe actif à diluer ; Ajout d'un médicament erroné ; Autre ;
	- erreur de transcription	Au cours de la duplication de l'original par photocopie ; A la suite du recopiage de l'original par carbone ou papier autocopiant ; Lors de la saisie de l'original dans un système informatique ; Après communication de l'original par télécopie ; Erreur de recopiage de la fiche de soins infirmiers ; Autre ;
	- stress, charge de travail trop élevée	
	- surmenage, fatigue, manque de sommeil	
	- comportement conflictuel ou intimidation	
problèmes de conditionnement ou de conception	- conditionnement inadapté ou mal conçu	
	- confusion entre formes pharmaceutiques	Due à une similitude de couleur, de forme et/ou de taille avec un autre produit ; Due à une similarité de couleur, forme et/ou taille avec le même produit, mais à un autre dosage ; Autre ;
	- dispositifs médicaux associés à la préparation ou à l'administration de médicaments	Mauvais fonctionnement du dispositif concerné ; Utilisation d'un dispositif médical inapproprié ; Utilisation d'un adaptateur inapproprié (parentéral/oral, par exemple) ; Défaillance d'un système automatisé de distribution ; Défaillance d'un automate ; Défaillance d'un système de préparation automatique ; Problème lié à un dispositif doseur par voie orale (seringues, gobelets, cuillères mesures, etc...) ; Défaillance d'un système de perfusion (PCA, pompe à perfusion) ; Autre ;

Tableau 4 - Facteurs environnementaux de l'erreur médicamenteuse (REEM - NCC-MERP)

Eclairage
Niveau sonore
Interruptions et distractions fréquentes
Niveau de formation des personnes impliquées
Niveau d'effectif
Indisponibilité d'un professionnel de santé pour la participation aux soins requis
Personnel soignant inexpérimenté (affecté ou en stage)
Professionnels de santé en effectif insuffisant (manque de personnel, congés, etc..)
Non respect des procédures et de la réglementation
Défaut de communication entre professionnels de santé
Défaut d'information du patient
Stockage de médicaments dans l'unité de soins
Ordonnances pré-imprimées
Charge de travail
Pression par l'urgence

Source :
Société française de pharmacie clinique, *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse*, 1re édition, 2006, p. 42-45, http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2824/4679.pdf

ANNEXE 6. SONDAGE AUPRÈS DES GESTIONNAIRES DE RISQUE

Tableau sommaire des résultats du sondage de gestionnaire de risques :

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
1. Est-ce qu'une analyse sommaire (section 10-12 du formulaire) est complétée pour chaque déclaration AH-223 reçue ?							
Oui	14	11	13	8	4	3	93%
Non	2		1	1			7%
2. Est-ce que le formulaire est envoyé à la direction ou au service concerné ?							
Oui	12	8	9	7	4	1	72%
Non	4	3	4	1		2	24.5%
Pas précisé			1	1			3.5%
3. Est-ce que la personne qui complète l'analyse sommaire (sections 10-12) est responsable du suivi ?							
Dans tous les cas	10	8	12	3	2	3	66.7%
Dans certains cas	6	3	2	5	1		29.8%
Non					1		1.8%
Pas précisé				1			1.8%
4. Est-ce que vous faites une analyse de l'ensemble des mesures de prévention de la récurrence des évènements de même type déclarés ?							
Par direction	2		3	1			7%
Par programme		2	1		1		7%
Par unité de soin ou secteur	3	2	4	4	1	1	26%
Par unité de soin/secteur et par programme	4	2	4	1			19%
Par unité de soin ou secteur et par direction	4	2		1	1		14%
Pas précisé	2	3	2	3		1	14%
5. Est-ce que vous utilisez le formulaire Rapport d'analyse d'incidence ou d'accident AH-223-2 ?							
Oui	9	9	5	5	2	1	54%
Non	7	2	9	3	2	2	42%
Pas précisé				1			2.%
6. Pour quels niveaux de gravité utilisez-vous le formulaire Rapport d'analyse d'incident ou d'accident AH-223-2 ?							
Niveau A				1			1.8%
Niveau B				1			1.8%
Niveau C				1			1.8%
Niveau D				1			1.8%
Niveau E1	1	1	1	2	1		10.5%
Niveau E2	6	3	5	4	1	1	35%
Niveau F	9	8	6	2	1	1	47%
Niveau G	8	5	9	2	1	1	47%
Niveau H	8	5	9	2	1	1	47%
Niveau I	8	5	9	2	1	1	47%

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
7. Utilisez-vous l'analyse concise ?							
Oui	10	4	8	4	2	1	51%
Non	6	6	4	4	2	2	42%
Pas précisé		1	2	1			7%
8. Quel outil d'analyse des causes ou facteurs contributifs utilisez-vous ?							
Causes souches	4	3	5	1		1	25%
Graphique de constellation	1				1		3.6%
Graphique de constellation et graphique en arbre				1			1.8%
Graphique de constellation, Ishikawa et causes souches				1			1.8%
Graphique en arbre et Ishikawa			1				1.8%
Graphique en arbre, Ishikawa et causes souches	1	1	1				5%
Ishikawa	4		1	1	1		12.5%
Ishikawa et causes souches	3	3	2	1	1		17.9%
Pas précisé	3	3	4	4	1	1	28.6%
Autres		1				1	3.6%
9. Faites-vous une analyse exhaustive ?							
Oui	13	5	9	7	2	2	67%
Non	2	5	3	1	2		23%
Pas précisé		1	1	1			5%
Sans objet	1		1			1	5%
10. Faites-vous une analyse d'incidence multiple ?							
Oui	13	5	9	7	2	2	67%
Non	2		2	4	2		17.5%
Pas précisé		1	2	1			7%
Sans objet	3		4	1		1	17.5%
11. Suite à cette analyse, vous considérez les améliorations qui en découlent comme:							
Bonnes	3	4	4	2	2	2	29.8%
Moyennes	11	3	7	3	2		45.6%
Très bonnes	1		2	2			8.8%
Pas précisé	1	4	1	2		1	15.8%
12. Quels sont les indicateurs que vous utilisez ?							
Utilisent des indicateurs précis	14	7	10	7	4	2	77.2%
Pas précisé	2	4	4	2		1	22.8%

Indicateurs mentionnés par des répondants	**CSSS avec hôpital**	Nombre d'incidents et accidents par type, nombre d'incidents et accidents par gravité, nombre d'incidents et accidents par unité, nombre d'incidents et accidents par site, nombre d'incidents et accidents par mission, nombre d'incidents et accidents par secteur, distribution par pourcentage dans les secteurs d'activité, taux pour 1 000 jours présences, nombre par lieu et heure, récurrence, mesure préventive en place, conséquences, nombre par type de médicament, rapport trimestriel, le site, les motifs, le quart de travail.
	CSSS sans hôpital	Nombre par période, nombre par installation, nombre par unité, nombre par usagers, nombre par type d'incidents et accidents, le nombre et la proportion déclarés comparés au rapport trimestriel, pourcentage.
	Hôpital	Taux pour 1 000 ordonnances, taux d'incidents médicamenteux et taux d'accidents médicamenteux par période, par type et par clientèle, taux pour 1 000 jours présence, nombre par 1 000 jours présences, diminuer de 25 % le nombre d'incidents et accidents liés à la médication (omissions), nombre par 1 000 jours présences.
	CHSLD	Taux et nombre d'incidents et accidents liés à la médication par type et par gravité, moyenne de médicaments par résident, nombre par période, nombre par unités, nombre par quart de travail, nombre par causes, nombres d'incidents et accidents avec conséquences, audit annuel.
	CRDITED	Nombre par milieu de services, nombre par usager, nombre par gravité, fréquence, moment de la journée.
	CRDP	Nombre d'incidents/accidents par 1 000 jours présences, taux pour 1 000 jours présences.

13. Quelle instance ou comité est responsable d'assurer le suivi des recommandations ?							
Comité de gestion des risques	10	4	6	3	4	1	49%
Comité de gestion des risques et Comité intégré de la qualité et des risques	2	3	1	2			14%
Comité de régie et Comité de gestion des risques	1	1		1		1	7%
Comité de régie, Comité de gestion des risques, et Comité intégré de la qualité et des risques	1	1	1	2			9%
Comité intégré de la qualité et des risques			2				3.5%
Pas précisé	1	2	2	1		1	12%
Autres	1		2				5.5%
14. Le suivi des recommandations est fait :							
Fréquemment	11	6	6	3	2	2	52%
Très fréquemment	3		3	2	1	1	17%
Très peu fréquemment	1	2	2	3	1		16%
Pas précisé	1	3	3	1			14%

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
15. Comment mesurez-vous l'efficacité ?							
Audits de dossier	1			1			3.5%
Audits de dossier et observations directes	3	1	1				9%
Audits de dossier et surveillance des recommandations		1	1				3.5%
Audits, surveillance et observations	5	1	3	3			21%
Nous surveillons l'incidence des évènements ciblés par les recommandations	2		2	1	1		10.5%
Observation			2		1	1	7%
Surveillance des recommandations et observations	1	2			1		7%
Pas précisé	1	3	3	1		1	15.5%
Autres		2					3.5%
Pas d'activités de mesure	3	1	2	3	1	1	19%
16. Comment évaluez-vous l'efficacité ?							
Des rencontres d'équipes	6	1	3	1	2		23%
Nous utilisons une mesure que nous analysons	2		1				5%
Nous utilisons une mesure que nous analysons et nous faisons des rencontres d'équipes	1		1	3			9%
Pas d'activités d'évaluation	4	2	4	4	1	3	31.5%
Pas précisé	2	4	3	1	1		17.5%
Autres		4	2				12%
17. Avez-vous un tableau de bord en gestion des risques ?							
Oui	10	6	11	6	4	3	70%
Non	5	3		1			15%
Pas précisé	1	2	3	2			15%
18. Quels sont vos trois principaux obstacles dans le processus d'analyse ?							
Obstacles définis	15	9	8	8	3	1	77%
Pas précisé	1	2	6	1	1	2	23%

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
Obstacles mentionnés par les répondants	**CSSS avec hôpital**	Manque de collaboration, délai de réalisation des analyses, manque d'information, manque de ressources en gestion des risques, surcharge de travail, manque de connaissance au sujet des divers modèles d'analyse, manque d'imputabilité.					
	CSSS sans hôpital	Manque de temps, manque de connaissances au sujet des divers modèles d'analyse, qualité limitée des analyses, défis reliés à l'extraction des données du SISS, manque de ressources en gestion des risques, disponibilité des intervenants, disponibilité des informations.					
	Hôpital	Manque de collaboration, peu de participation médicale au processus d'analyse, manque de coordination, surcharge de travail, disponibilité des partenaires impliqués, manque de connaissance au sujet des divers modèles d'analyse, paradoxe de la déclaration dans le contexte de cibles de diminution.					
	CHSLD	Manque de connaissances au sujet des divers modèles d'analyse, surcharge de travail, ressources pour discuter des évènements et apporter des améliorations, manque de temps, manque d'imputabilité, la qualité des analyses est limitée, Implication limitée des unités.					
	CRDITED	Disponibilité des supérieurs immédiats, délai de réception des déclarations, le volume des déclarations, délai de mise en place des recommandations.					
	CRDP	Délai pour rencontrer les personnes impliquées, disponibilités des personnes impliquées.					

	CSSS avec hôpital	CSSS sans hôpital	Hôpital	CHSLD	CRDITED	CRDP	Total
19.Quels seraient les trois principaux leviers ?							
Leviers précisés	15	4	10	5	4	2	70%
Pas de leviers précisés	1	7	4	4		1	30%
Principaux leviers mentionnés par les répondants	**CSSS avec hôpital**	Analyses prospectives, comité pharmaco-nursing, respect de la procédure du circuit des médicaments, responsabiliser davantage le personnel, avoir le temps de faire des analyses plus approfondies, formation des gestionnaires sur les méthodes d'analyse, ressources en gestion des risques, implications des gestionnaires sur le terrain, sensibilisation du personnel du rôle de la gestion des risques sur les unités, diminuer les incidents et accidents liés aux timbres, sous-comité de sécurité pharmacologique (en lien avec gestion des risques), respect des procédures liées aux activités médicamenteuses, patient-partenaire, formation, diminuer les interruptions, culture de gestion intégrée des risques et de la qualité, formation meilleures pratiques.						
	CSSS sans hôpital	Formation des équipes, application des meilleures pratiques, diminuer les interruptions, travail multidisciplinaire.					
	Hôpital	Suivi des taux d'incidents et accidents liés à l'administration de l'insuline et héparine, formation sur les unités ciblées, excellent partenariat avec la pharmacie, la réduction des incidents et accidents liés à la médication a comme conséquence une baisse au niveau des déclarations, engagement des partenaires à l'interne, implantation du système multi-dose, implication des chefs d'unité, vigilance du personnel, travail d'équipe multidisciplinaire, implication des usagers et de ses proches, technologie, BCM.					
	CHSLD	Formation aux équipes sur les incidents et accidents liées aux médicaments, vigilance, collaboration entre les membres de l'équipe, encourager la déclaration.					
	CRDITED	Mise en place de normes standardisées concernant la gestion des médicaments fondées sur les bonnes pratiques, formation sur les meilleures pratiques, sensibilisation, prévention.					
	CRDP	Sensibilisation du personnel à l'importance de la déclaration, collaboration/partenariat avec la pharmacie.					