

Comité sur la sécurité liée aux médicaments : Expériences de l'Hôpital général juif et du CHU de Sherbrooke

Serge Maltais¹, M.Sc, Jocelyne Pépin², B.Pharm., M.Sc.

¹ Chargé d'utilisation sécuritaire des médicaments. Membre du comité sécurité pharmacothérapeutique et du comité de gestion des risques, Département de pharmacie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada;

² Adjointe au chef du département de pharmacie, Hôpital général juif, Montréal (Québec) Canada

Reçu le 18 août 2013; Accepté après révision le 30 juillet 2014

Résumé

Objectif : Rappporter l'expérience de comités de gestion de la sécurité liée aux médicaments de deux centres hospitaliers, l'Hôpital général juif et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Description de la problématique : Les établissements qui seront visités par Agrément Canada à partir de janvier 2014 devront avoir mis en place un comité interdisciplinaire responsable de la gestion du système d'utilisation des médicaments, y compris l'aspect sécurité. Il existe peu de conseils dans la littérature médicale sur leur mise en œuvre et leur fonctionnement.

Discussion : Le comité pour la révision des erreurs liées aux médicaments de l'Hôpital général juif a été formé il y a plus de 25 ans, et le comité sécurité pharmacothérapeutique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, il y a plus de 10 ans. Leur activité principale consiste à mettre en place des solutions préventives basées sur la revue d'événements indésirables survenus dans leurs institutions respectives et sur la littérature médicale portant sur la sécurité. La composition interdisciplinaire favorise une compréhension globale du circuit du médicament et des interventions coordonnées sur le plan systémique. Les rencontres de ces comités sont des occasions d'échanges privilégiés sur la sécurité des soins et une démonstration de la priorité qui lui est accordée par l'institution.

Conclusion : Les modifications apportées aux normes de gestion des médicaments d'Agrément Canada amèneront des changements dans les institutions. Une redéfinition des responsabilités et des rôles s'impose. Pour le pharmacien, ces nouvelles dispositions peuvent servir de tremplin au développement d'une expertise en gestion du risque associé aux médicaments.

Mots clés : Comité, hôpital, médicament, programme, sécurité

Introduction

Depuis la parution en 1999 du rapport de l'Institute of Medicine intitulé *To Err is Human : Building a Safer Health System*, de nombreuses études sur la sécurité des soins de santé ont été réalisées à travers le monde sur les causes et les mesures de prévention des erreurs, mais peu d'information a été publiée sur la mise en place de programmes par les hôpitaux pour améliorer la qualité et la sécurité des soins¹.

Relihant et coll.² font le même constat et mentionnent qu'un programme de sécurité du médicament devrait comprendre cinq éléments organisationnels essentiels :

1. Une culture de la sécurité dans l'établissement avec l'affectation d'un conseiller à la sécurité du médicament et l'inclusion de la sécurité du médicament comme sujet à l'ordre du jour des comités exécutifs;
2. Une infrastructure où le Programme de sécurité du médicament est géré par ce conseiller, qui sera lui-même appuyé par une équipe clinique interdisciplinaire (pharmacien, médecin, infirmière). Cette équipe relève d'un comité interdisciplinaire, comme le comité de pharma-

cie et thérapeutique, et est intégrée à l'organigramme de la gestion des risques et de la qualité. Elle fait également partie des équipes locales d'amélioration de la sécurité du médicament;

3. La détection et l'analyse des erreurs;
4. La communication;
5. La formation et l'enseignement².

Le Québec a voté en 2002 le projet de loi 113 qui stipule que chaque établissement doit mettre en place un comité de gestion des risques et de la qualité³. Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à déterminer et à analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers, de s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches et d'assurer la mise en place d'un système de surveillance comprenant la constitution d'un registre local des incidents et accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents. Il doit également 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.

Dans le but de seconder le comité de gestion des risques et de la qualité, un comité de gestion des événements indésirables dus aux médicaments peut être créé avec pour mandat la détermination du risque lié au médicament, l'analyse de ce risque, les moyens de le contrôler et de transmettre l'information.

Un sondage de l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) réalisé en 2012 rapporte que 84,5 % des hôpitaux des États-Unis disposent d'un comité interdisciplinaire responsable, d'une part, de la revue et de l'analyse des effets indésirables liés aux médicaments ainsi que de la transmission des connaissances sur la sécurité des médicaments et, d'autre part, de l'élaboration de politiques et d'actions correctives⁴. Cet article rapporte l'expérience de comités de gestion de la sécurité liée aux médicaments de deux centres hospitaliers, l'Hôpital général juif (HGJ) et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

Processus d'agrément et comité de gestion de la sécurité liée aux médicaments

Parmi les normes de gestion des médicaments d'Agrément Canada applicables aux visites débutant après le 1^{er} janvier 2014, la norme 1.0 stipule que l'organisme doit disposer d'un comité interdisciplinaire responsable de gérer le système d'utilisation des médicaments⁵. En plus des tâches normalement attribuées au comité de pharmacologie et thérapeutique, telles que l'élaboration de processus de gestion des médicaments, la tenue d'un formulaire de médicaments et l'évaluation de l'utilisation des médicaments, on y recommande la gestion des erreurs liées aux médicaments et des incidents et accidents évités de justesse. Ce comité doit être interdisciplinaire et définir les rôles et responsabilités de chaque membre. Il doit aussi, selon la norme 2.0, s'assurer de la mise en application des recommandations d'organismes, comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) Santé Canada et autres.

Certains organismes québécois ont émis des commentaires à l'effet que la norme remet la responsabilité de la gestion du circuit du médicament à un comité interdisciplinaire alors que, selon la Loi sur la pharmacie⁶ et l'article 77 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements⁷, le pharmacien chef, sous l'autorité du directeur des services professionnels du centre hospitalier, en est responsable. Afin de se conformer aux exigences légales des territoires et des provinces, Agrément Canada a ajouté à la norme de gestion des médicaments le fait que les rôles et responsabilités du comité interdisciplinaire doivent être conformes aux lois et règlements applicables et ne devraient pas empiéter sur les fonctions des pharmaciens, tel que le stipulent les organismes de réglementation concernés.

Selon Agrément Canada, le comité interdisciplinaire, ou un sous-comité sur la sécurité liée aux médicaments, est aussi responsable, selon la norme 25.0, d'examiner les erreurs liées aux médicaments et les incidents ou accidents évités de justesse pour déceler les possibilités d'amélioration et prendre

les mesures qui s'imposent. Cela englobe la détermination de tendances et l'élaboration d'un plan de prévention de même que la surveillance externe des erreurs ou des accidents ou incidents publiés par d'autres organismes.

L'organisme doit former le personnel et les prestataires de services sur les façons de reconnaître, d'éviter et de déclarer les erreurs ainsi que d'y réagir. Le comité interdisciplinaire doit offrir régulièrement au personnel et aux prestataires de services une rétroaction sur les erreurs ainsi que sur l'adoption de stratégies de réduction des erreurs. Finalement, le comité interdisciplinaire est invité à participer à un programme externe de contrôle de la qualité, tel que l'autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments d'ISMP Canada⁸.

Comité de gestion des erreurs de médicaments à l'Hôpital général juif

Historique

L'Hôpital général juif est un centre hospitalier universitaire de soins tertiaires de 637 lits. Les erreurs liées aux médicaments y sont rapportées depuis plus de 25 ans, et le département de pharmacie a été responsable de la collecte et de la compilation des données jusqu'en 2010. Née du concept d'amélioration continue de la qualité, l'idée de former un comité de révision des erreurs est apparue au début des années 1990. Un des indicateurs choisis par le groupe Médecine en 1995 consistait à former un comité pour réviser les erreurs dues aux médicaments. Après quelques années d'activité, le comité a été dissous pour finalement renaître en 1999⁹.

Composition du comité

Le comité de révision des erreurs dues aux médicaments de l'HGJ, communément appelé le Comité pour la révision des erreurs liées aux médicaments (MIRC), a eu plusieurs membres au fil des années. Il se compose actuellement de la pharmacienne en chef, d'un pharmacien de médecine interne, d'un pharmacien œuvrant au service oncologie, de patients hospitalisés et externes, d'infirmières spécialisées des services de l'urgence et de la chirurgie, de l'infirmière-chef des soins intensifs, d'un médecin ainsi que de la directrice du département de la qualité. Le comité est présidé par l'adjointe au chef du département de pharmacie et par une infirmière spécialisée en hémodialyse.

Activités

Le MIRC est un comité complémentaire aux autres comités de l'établissement, ayant pour but d'améliorer la sécurité liée au médicament. Des pharmaciens siègent à chacun de ces comités, et les actions de chaque comité sont concertées. Au fil des années, le comité a géré plusieurs projets d'amélioration de la sécurité liée au médicament, tel que le projet sur les médicaments d'alerte élevée, débuté en 2005, le projet sur les électrolytes concentrés, les héparines, les insulines et les opioïdes, pour ne nommer que ceux-là¹⁰. Ces projets de prévention des événements indésirables sont basés, entre autres, sur la littérature médicale, nos résultats du processus d'autoévaluation et sur les rapports du coroner.

Le MIRC est responsable de l'analyse des rapports annuels sur les incidents et accidents liés aux médicaments, fournis

par le département de la qualité. Ces rapports sont analysés par classe de médicaments, par type d'erreurs, par degré de gravité et par unité de soins. On évalue également les effets des actions entreprises annuellement ou passées pour corriger les erreurs rapportées. La classe de médicaments de même que les dix médicaments le plus souvent rapportés comme ayant été impliqués dans des accidents ou incidents obtiennent une attention particulière. Chaque membre de l'équipe a la responsabilité d'analyser une des classes et les médicaments de cette classe qui font partie des dix produits le plus fréquemment mis en cause. En nous basant sur nos expériences passées et sur la littérature médicale, nous parvenons à faire des propositions d'actions à poser pour prévenir ces erreurs.

La liste des 10 médicaments les plus fréquemment mis en cause, les types d'erreurs le plus souvent déclarés, les actions posées antérieurement, si cela est applicable, et les nouvelles recommandations sont publiés annuellement dans un document d'information destiné à tout le personnel hospitalier, le *ERR-Care*. Les membres du comité sont aussi responsables de faire une étude approfondie de tous les incidents de sévérité G, H et I. Toutes les recommandations sont revues, et les actions à poser sont priorisées. Les coprésidentes du comité agissent également comme consultantes pour les analyses des causes souches lorsque des accidents graves surviennent et qu'un comité de révision d'un événement sentinelle est mis en place. De plus, le MIRC collabore aussi avec la commissaire aux plaintes.

Le MIRC participe également aux processus d'autoévaluation d'ISMP Canada. Un comité spécial est créé pour répondre aux questions. Aux membres du MIRC s'ajoutent le directeur des Services professionnels et une des directrices des Soins infirmiers. Les résultats de même que le plan d'action sont communiqués au comité de gestion des risques et de la qualité de même qu'au comité de pharmacie et thérapeutique. Le MIRC se rapporte à ces deux comités. L'assistante au chef et la chef du département de pharmacie siègent à ces deux comités.

Les incidents et accidents qui relèvent de la pharmacie ou qui peuvent être prévenus par des actions concrètes de la pharmacie ou encore qui sont intéressants d'un point de vue éducationnel sont présentés aux pharmaciens. Le MIRC se réunit environ une fois par mois et, en plus de toutes les autres activités au programme, on y présente les incidents et accidents d'intérêt particulier. Des membres du comité s'investissent également dans le processus d'agrément. Les travaux du MIRC ont maintes fois été soulignés par les visiteurs d'Agrément-Canada.

Certains projets de recherche ont été mis en place par le MIRC et les résultats partagés avec plusieurs groupes.

Communication

Les moyens de communication utilisés sont variés. Un feuillet d'information sur la sécurité des médicaments, le *ERR-Care*, est publié tous les trois mois depuis plus de 10 ans. L'outil d'information du département de pharmacie, le *Pharmacy Update*, est aussi utilisé parfois pour transmettre une information urgente à tout le personnel. Une tournée de toutes les unités de soins a été réalisée à plusieurs reprises. Une conférence adaptée aux besoins de chaque unité et mentionnant les statistiques de l'établissement ainsi que

celles de l'unité en question est organisée pour présenter des exemples provenant de cette unité et des suggestions appropriées. Le personnel de l'unité est finalement appelé à réaliser un projet pour rendre l'utilisation des médicaments plus sécuritaire dans ce secteur de soins. Le MIRC fournit l'aide nécessaire en cas de besoin. Depuis quelques années, le MIRC recommande la gestion des incidents et accidents dans le cadre de chaque unité avec des résultats étonnants, notamment aux soins intensifs.

En plus des rapports statistiques obtenus du département de la qualité, les unités reçoivent aussi du MIRC un rapport détaillé sur les erreurs de médicaments ainsi que des propositions visant à améliorer la gestion sécuritaire des médicaments. Par le passé, un concours s'adressait aux unités de soins afin de leur demander comment résoudre certains problèmes récurrents. Des propositions fort intéressantes et appliquées partout valaient un dîner gratuit au personnel de l'unité de soins gagnante. Les membres du MIRC sont appelés à faire des présentations à tout le personnel, à participer aux événements annuels, tels que la semaine des infirmières, la semaine de la sécurité des patients et d'autres activités.

Le MIRC collabore avec d'autres comités, tels que le comité pour l'administration sécuritaire des médicaments des soins infirmiers, le comité de surveillance des opioïdes ou le comité de gestion de l'anticoagulation. Les résultats des analyses sont transmis, et les répercussions des activités de ces autres comités sur les erreurs médicamenteuses sont mesurées. Tous les membres du comité de gestion des erreurs dues aux médicaments reçoivent l'*ISMP Newsletter* et les bulletins d'ISMP Canada. Ces documents et d'autres cas présentés dans la littérature médicale ou les alertes publiées par la FDA ou par Santé-Canada sont revus, et les actions à poser sont évaluées pour éviter que ces événements surviennent dans notre institution. Finalement, le MIRC a aussi mis en place la section Erreurs liées aux médicaments sur le site web public des indicateurs de qualité de l'HGJ.

Comité sécurité pharmacothérapeutique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Historique

Le CHUS est un hôpital tertiaire de 703 lits. Son action structurée pour la prévention des événements indésirables liés aux médicaments a débuté en février 2002 avec la formation d'un groupe de travail interdisciplinaire composé de neuf membres à la suite de la visite d'Agrément Canada de 2001. Ce dernier a effectué l'autoévaluation proposée par ASHP¹¹ et ISMP Canada⁸ et élabore un sommaire exécutif d'un plan d'action en août 2002. Le comité de sécurité pharmacothérapeutique (CSP) du CHUS est officiellement formé en recevant son mandat de la directrice des soins professionnels en mars 2003, avec comme objectif d'améliorer la sécurité de l'utilisation et de l'administration des médicaments. Dès 2003, le comité entreprend des démarches pour réaliser son plan d'action, dont le retrait du chlorure de potassium des unités de soins, et prend la décision d'utiliser le rapport de déclaration d'incidents ou d'accidents du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec avant même qu'il devienne obligatoire.

Composition

Le comité actuel est multidisciplinaire et comprend : le chef du département de pharmacie, la coprésidente du comité pharmaco-nursing qui est infirmière-cadre clinicienne du Programme de soins oncologiques (en remplacement de la directrice adjointe des soins infirmiers), la gestionnaire de la qualité, l'infirmière conseillère en santé mentale, les chefs clinicoadministratifs des programmes mère-enfant et de médecine générale et des urgences, un pharmacien assigné aux soins pharmaceutiques des urgences, un médecin urgentologue (un autre poste médical reste à combler) et le chargé d'utilisation sécuritaire des médicaments. Ce dernier préside également le comité. Le comité est au sens de la Loi un partenaire du comité de gestion des risques de l'hôpital et se rapporte administrativement aux codirecteurs de la direction interdisciplinaire des services cliniques. Il ne bénéficie donc pas des protections conférées au comité de gestion des risques mais par son mandat fournit de l'information à ce dernier sur les risques potentiels et les mesures de prévention en place.

Activités

L'approche du CSP du CHUS consiste essentiellement en des interventions prospectives regroupées en 25 objectifs en relation avec le circuit du médicament (tableau I). Ces objectifs sont fondés dans l'ensemble sur les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada et sur des recommandations de l'ISMP⁵.

Le comité sélectionne annuellement les objectifs et activités prioritaires, puis développe des plans d'action et en fait le suivi au cours de ses rencontres périodiques – environ six par année. Des plans d'action ont ainsi été développés et réalisés en tout ou en partie pour la sécurité de l'usage des narcotiques (développés en collaboration avec le comité multidisciplinaire d'évaluation et de gestion de la douleur qui a également piloté une partie des actions), des anticoagulants (en consultation avec le comité d'anticoagulothérapie du Comité des médecins, dentistes et pharmaciens) et des électrolytes concentrés (y compris le chlorure de potassium, le chlorure de calcium, le phosphate de potassium, le phosphate de sodium et le sulfate de magnésium) et constituent le cœur des discussions lors des réunions du comité.

Le CSP fait également le suivi d'analyses rétrospectives entreprises par le département de pharmacie, notamment sur certaines préparations en chimiothérapie. Il a également entrepris au printemps 2013 une analyse prospective sur la sécurité des stylos d'insuline réutilisables. Le chargé de projet en utilisation sécuritaire des médicaments du département de pharmacie soutient le CSP dans la coordination et la réalisation de son plan d'action, et rapporte les avancements lors de ses rencontres.

Un des objectifs du plan d'action du CHUS est de créer des comités d'analyse des événements indésirables dus aux médicaments au sein de chaque programme-patientèle et que les résultats d'analyses soient revus également par le CSP. Cela implique des efforts à long terme pour obtenir un engagement de ressources et de temps pour chaque

Tableau I. *Vingt-cinq objectifs visant la sécurité de l'utilisation des médicaments au CHUS*

1. Assurer la sécurité de l'utilisation des médicaments associés à un risque élevé.
2. Poursuivre le développement du Programme de soins pharmaceutiques.
3. Recourir à l'automatisation de la distribution et de l'administration des médicaments.
4. Collaborer au projet de réorganisation des soins.
5. Réviser le processus d'utilisation des médicaments.
6. Poursuivre la mise en place des comités d'analyse des incidents et accidents.
7. Implanter le processus du bilan comparatif des médicaments à l'admission.
8. Implanter le processus du bilan comparatif des médicaments au moment des transferts intra- et inter-hospitaliers et lors du congé.
9. Assurer le respect du règlement sur l'émission des ordonnances.
10. Rendre disponible à tous les professionnels de la santé l'information nécessaire sur l'utilisation des médicaments.
11. Élaborer et mettre en œuvre une procédure permettant de clarifier, de préciser et de rendre disponible toute l'information concernant les allergies des patients.
12. Assurer une évaluation rigoureuse des médicaments avant leur ajout à la liste des médicaments du CHUS.
13. Explorer systématiquement, lors de l'évaluation des médicaments avant leur ajout à la liste des médicaments du CHUS, la nécessité d'assurer un suivi systématique des effets indésirables.
14. Poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre de procédures de vérifications adaptées au degré de risque pour la préparation et la distribution de médicaments présentant des risques élevés.
15. Réévaluer et assurer la sécurité de la distribution et de l'administration d'électrolytes devant être dilués avant leur administration.
16. Assurer l'efficacité et la sécurité de la distribution des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.
17. Assurer l'efficacité et la sécurité de la distribution des médicaments en réserve aux unités de soins et services.
18. Renforcer le niveau de sécurité lors de l'administration des médicaments.
19. Standardiser les moments d'administration.
20. Poursuivre le développement du profil pharmaceutique destiné aux patients hospitalisés afin de leur permettre de participer à la prévention des erreurs.
21. Réaliser au moins une revue d'utilisation des médicaments par année sur des médicaments associés à un risque élevé.
22. Assurer la surveillance électronique des événements indésirables liés aux médicaments.
23. Assurer la surveillance des incidents et accidents dus aux médicaments et des autres indicateurs.
24. Élaborer un plan de communication afin d'appuyer le mandat du comité de sécurité.
25. Assurer les ressources humaines et financières requises pour la réalisation du plan.

programme, surtout initialement, pour l'établissement de la structure et du fonctionnement de ces comités. Il existe déjà des procédures d'analyse des effets indésirables des médicaments mis en place par les programmes-patientèles ou unités de soins, bien que ces derniers ne soient pas standardisés et qu'il n'existe pas de mécanisme pour faire connaître les leçons apprises de ces analyses et évaluer l'applicabilité des mesures préventives développées à l'ensemble de l'hôpital.

En 2012, le comité de gestion des risques du CHUS a créé un comité multidisciplinaire ad hoc, comme le permet la Loi sur les services de santé et services sociaux du Québec afin d'effectuer une analyse des données de l'ensemble des déclarations d'omission d'administration de médicaments sur les déclarations d'évènements indésirables de l'année 2011-2012. Le comité sécurité fait partie des instances qui seront consultées par le comité ad hoc, notamment pour la pertinence et la faisabilité des solutions préventives proposées. Le comité de gestion des risques aimerait étendre cette analyse aux autres types d'évènements liés aux médicaments, comme les événements concernant les doses et la nature du médicament.

Les effets indésirables des médicaments sont analysés également à d'autres niveaux, soit par la gestionnaire de risques du CHUS, qui effectue des analyses des causes souches sur des événements sentinelles sélectionnés et émet des recommandations dont le suivi est pris en charge par le comité de gestion des risques. Le comité pharmaco-nursing participe régulièrement au dépistage des risques et à la recherche de solutions préventives ainsi qu'à l'évaluation de leur faisabilité. Les déclarations d'effets indésirables des médicaments acheminées au département de pharmacie sont revues et analysées par le chargé d'utilisation sécuritaire des médicaments, qui coordonne la détermination de solutions préventives et leur mise en place, y compris au besoin le déploiement d'analyses de causes souches pour les événements sentinelles sélectionnés.

Communications

Les communications du CSP avec la communauté hospitalière se font essentiellement dans le cadre des projets prioritaires issus de son plan de sécurité. Le CSP réalise périodiquement des tournées de consultation auprès des instances hospitalières afin de présenter ses réalisations et priorités. Durant sa campagne sur les abréviations dangereuses, le CSP a effectué des tournées d'information et de sensibilisation auprès des services médicaux et a publié notamment une série de billets dans le journal intrahospitalier, l'*Entre Nous*. Finalement, le CSP travaille en collaboration avec le comité pharmaco-nursing pour l'opérationnalisation de ses projets et la présentation de leur avancement. Les différents mandats et la composition des comités sont illustrés au tableau II.

Discussion

L'existence même d'un comité axé sur l'utilisation sécuritaire des médicaments dans une institution hospitalière fait preuve de l'engagement de cette dernière envers cette cause. Ce comité est un lieu où infirmières, pharmaciens, médecins et gestionnaires échangent leurs points de vue et collaborent pour accroître la sécurité des soins. Il réunit l'expertise et le

pouvoir décisionnel requis pour mettre de l'avant, dans le cadre de l'institution, l'ensemble des solutions préventives élaborées. Agrément Canada reconnaît le rôle primordial de ces comités dans la gestion sécuritaire des médicaments et en fait une norme à respecter pour les hôpitaux qui recevront sa visite à partir de 2014.

Le comité doit d'abord réunir autant que possible des personnes passionnées par la sécurité des soins, qui sont prêtes à s'engager au-delà des rencontres ordinaires et à agir en tant qu'ambassadeurs de la sécurité. Dès le départ, on doit s'entendre sur le fait que le choix des membres repose davantage sur leur expertise respective que sur la défense des intérêts des groupes desquels ils sont issus. Ce comité doit définir son mandat et obtenir de l'administration le soutien et la reconnaissance nécessaires pour exercer l'autorité requise en matière de sécurité du médicament.

Les interventions seront planifiées et priorisées selon les recommandations issues de la littérature médicale et des organismes de promotion de la sécurité des soins, comme l'ISMP, ainsi que selon les faiblesses propres à chaque institution, telles qu'elles auront été rapportées dans les déclarations d'évènements indésirables. Les normes d'Agrément Canada effectives en 2014 recommandent d'ailleurs d'effectuer des activités d'amélioration continue ainsi que des analyses des événements indésirables en interdisciplinarité. La structure aura avantage à encourager les initiatives locales visant à développer des solutions préventives adaptées à des risques plus spécifiques, par exemple aux unités de soins, en parallèles avec des activités d'améliorations systémiques chapeautées directement par le comité. En ce sens, les actions visant l'amélioration seront soutenues par un nombre plus ou moins grand d'équipes tout en étant coordonnées par un comité central.

De par sa composition interdisciplinaire même, ce comité permet une coordination de toutes les activités liées à la sécurité du médicament et une approche systémique de la gestion des erreurs. La communication à tout le personnel des activités et des effets des actions entreprises par le comité peut servir à promouvoir la culture de la sécurité dans l'établissement où chaque personne se sent responsable d'améliorer le système pour le bien-être des patients.

Il est essentiel pour les pharmaciens de prendre l'initiative et de s'investir dans la mise en œuvre de ce comité interdisciplinaire et surtout d'en prendre la direction, qu'elle soit partagée ou non avec un médecin ou une infirmière. Ce comité doit travailler étroitement avec le comité de la gestion des risques et de la qualité afin qu'il ait accès à tous les rapports d'incidents et d'accidents liés aux médicaments et non plus seulement à ceux attribués à la pharmacie. Ceci lui offrira une vision globale des risques liés aux médicaments dans l'établissement et lui permettra une certaine évaluation des effets de ses activités.

Aux États-Unis, la tendance en matière de structure de sécurité consiste à créer un poste de *Medication Safety Officer* ou de conseiller à la sécurité du médicament¹². Selon l'ASHP, le nombre d'équivalents à temps complet pharmacien coordonnateur à la sécurité pour l'utilisation des médicaments est passé de 0,0/100 lits en 2005 à 0,13/100 lits en 2011¹³. Il était de 0,20/100 lits en 2010. De plus, il existe depuis 2005 une association états-unienne, la

Tableau II. Mandat et composition du MIRC et CSP

	MIRC	CSP
Mandat	1) Réviser et analyser les rapports d'incidents/accidents liés aux médicaments; 2) Élaborer des stratégies pour entreprendre des actions locales et organisationnelles; 3) Développer des projets spéciaux; 4) Créer des outils; 5) Communiquer les résultats d'analyse et les plans d'action; 6) Publier de l'information sur l'utilisation sécuritaire des médicaments; 7) Agir comme consultant pour la revue d'événements sentinelles et pour le commissaire aux plaintes; 8) Assurer une surveillance externe.	1) S'assurer de la réalisation du plan d'action déposé par le groupe de travail, en priorisant les mesures prévues au sommaire exécutif; 2) Réévaluer et mettre à jour périodiquement le plan d'action; 3) Assurer la liaison avec l'ensemble des instances concernées; 4) Recueillir l'information sur les incidents et accidents liés à l'utilisation des médicaments.
Composition	Chef du département de pharmacie Adjointe au chef du département de pharmacie Pharmacienne en oncologie Pharmacien en médecine Infirmière clinicienne en chirurgie Infirmière clinicienne en médecine Infirmière clinicienne en hémodialyse Infirmière-chef des soins intensifs Directrice de la qualité et de la gestion des risques Médecin	Chef du département de pharmacie Chefs clinicoadministratifs des programmes Mère-enfant et Médecine de famille et d'urgence Conseillère-cadre en gestion de la qualité Infirmière-cadre clinicienne, programme de soins oncologiques Infirmière clinicienne en développement clinique, santé mentale Pharmacien Médecin Chargé de l'utilisation sécuritaire des médicaments

CSP : Comité de sécurité pharmacothérapeutique; MIRC : Comité pour la révision des erreurs liées aux médicaments

Medication Safety Officers Society qui, en décembre 2012, accueillait son 1000^e membre¹⁴.

Pourquoi un conseiller à la sécurité du médicament? D'abord, c'est une ressource consacrée à l'amélioration de l'ensemble du circuit du médicament en collaboration avec les partenaires. Il est chargé d'effectuer les améliorations ou de les coordonner. Ce poste donne l'occasion de développer une expertise en matière de sécurité, d'agir comme ressource pour l'institution et d'influencer les décisions en ce sens. Il acquiert une vue d'ensemble des risques et contribue à la priorisation des actions. Le conseiller peut être le lien avec les différentes instances en sécurité (gestion de la qualité et des risques) et une personne-ressource pour tous. Il est un moteur de la promotion d'une culture de la sécurité.

L'American Hospital Association, la Health Research and Educational Funds ainsi que l'ISMP collaborent à une description de tâches types de conseiller à la sécurité du médicament¹⁵. À l'HGJ, ce rôle se greffe aux responsabilités de l'adjointe au chef du département de pharmacie et au CHUS, au chargé d'utilisation sécuritaire des médicaments à temps plein.

La réalité que vivent les hôpitaux peut varier grandement mais, lorsque cela est possible, la création d'un poste de conseiller à la sécurité du médicament permet à la pharmacie et à l'établissement de développer une expertise dans le domaine et surtout d'exercer le leadership nécessaire pour rendre l'utilisation des médicaments plus sécuritaire pour les patients.

De plus, les établissements de santé qui auront développé cette expertise pourraient devenir des milieux de stage pour les étudiants en pharmacie de l'Université de Montréal ou de l'Université Laval et ainsi susciter l'intérêt d'un plus grand nombre de pharmaciens dans le domaine de la gestion des risques liés aux médicaments. Cette association pourrait également contribuer à développer davantage le volet recherche en sécurité du médicament dans les établissements québécois. Un regroupement de pharmaciens ou d'autres professionnels responsables de la gestion sécuritaire des médicaments du Québec pourrait s'avérer une excellente idée pour partager nos expertises, développer des outils et des moyens de communication avec tous les pharmaciens du secteur hospitalier et, collectivement, en faire bénéficier les usagers.

Conclusion

La mise sur pied d'un comité interdisciplinaire responsable notamment de renforcer la sécurité du médicament dans les hôpitaux est maintenant intégrée dans la norme de gestion des médicaments d'Agrément Canada. Les articles publiés sur la marche à suivre pour le mettre en place sont peu nombreux. Les pharmaciens doivent s'investir activement dans la mise en place d'un tel comité et en assurer autant que possible le leadership.

Financement

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

Conflits d'intérêts

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

Remerciements

Serge Maltais remercie particulièrement Marc Vallée pour son mentorat et son leadership en sécurité. Jocelyne Pépin remercie particulièrement Eva Cohen pour son soutien et sa participation aux travaux du comité. Une autorisation écrite a été obtenue de ces personnes.

Références

1. To Err is Human : Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C. 2000.
2. Relihan EC, Silke B, Ryder SA. Design template for a medication safety programme in an acute teaching hospital. *Eur J Hosp Pharm* 2012;19:340-4.
3. 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. [en ligne] <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF> (site visité le 23 juillet 2013).
4. Loi sur la pharmacie. [en ligne] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_10/P10.HTM (site visité le 28 juillet 2014).
5. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. [en ligne] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_5/S5R5.HTM (site visité le 28 juillet 2014).
6. Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education in 2012. *Am J Health-Syst Pharm* 2013;70:787-803.
7. Agrément Canada. Programme QMentum. Normes : Gestion des médicaments. [en ligne] <http://www.accreditation.ca/programmes-d-agrements/qmentum/les-normes/gestion-des-medicaments/> (site visité le 23 juillet 2013).
8. Medication Safety Self-Assessment for Hospitals (Canadian version II). ISMP Canada. Toronto, ON. [en ligne] <http://www.ismp-canada.org/hmssa/index.htm> (site visité le 23 juillet 2013).
9. Pepin J, Blais L, Ehrler A. Un comité de révision des erreurs reliées aux médicaments. *Pharmactuel* 2002;35:138-43.
10. Pepin J. Les médicaments à haut risque. *Pharmactuel* 2009;42:142-6.
11. 2015 ASHP Health-System Pharmacy Initiative : Self Assessment Tool. American Society of Health-System Pharmacists. Bethesda, MD, USA [en ligne] http://www.ashp.org/s_ashp/docs/files/2015_Self%20Assessment%20Tool_May%202008.pdf (site visité le 23 juillet 2013).
12. Larson CM, Saine D. Medication Safety Officer's Handbook. American Society of Health-System Pharmacists. Bethesda, MD. 2013.
13. 2011 ASHP Pharmacy Staffing Survey Results American Society of Health-System Pharmacists. Bethesda, MD. [en ligne] <http://www.ashp.org/DocLibrary/MemberCenter/SPPM/2011-Staffing-Survey.aspx>. (site visité 30 juillet 2013).
14. Medication Safety Officers Society. Horsham, PA. [en ligne] <http://www.asmsso.org/> (site visité le 26 juillet 2013).
15. Pathways for Medication Safety. American Hospital Association, Health Research and Educational Trust, ISMP: 2002. [en ligne] <http://www.medpathways.info/medpathways/tools/tools.html> (site visité le 15 août 2013).

Abstract

Objective: To report the experience of drug safety management committees at two hospitals, the Jewish General Hospital and the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Description of problem: As of January 2014, health-care facilities visited by Accreditation Canada must have established an interdisciplinary committee responsible for managing the drug utilization system, including safety. There is little advice in the medical literature on the creation and functioning of such a committee.

Discussion: The Jewish General Hospital's Medication Error Review Committee was created over 25 years ago, the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke's Pharmacotherapy Safety Committee, over 10 years ago. Their main activity consists in implementing preventive solutions based on reviews of adverse events that have occurred in their respective institutions and on the medical literature on drug safety. Their interdisciplinary composition fosters an overall understanding of the medication circuit and coordinated system-wide measures. The meetings of these committees are valuable opportunities for discussing care safety and an indication of the priority given to it by the institutions.

Conclusion: The changes made to Accreditation Canada's drug management standards will lead to changes within health-care facilities. Roles and responsibilities need to be redefined. For the pharmacist, these new provisions may serve as a springboard for developing drug risk management expertise.

Key words: Committee, drug, hospital, program, safety