

Chapitre 3

Section 3.10

Foyers de soins de longue durée : Gestion des médicaments

Contexte

En Ontario, les foyers de soins de longue durée offrent des soins, des services et un logement aux personnes qui ne peuvent pas vivre en autonomie et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24 et de supervision dans un environnement sûr. Il existe plus de 600 établissements de la sorte en Ontario, qui s'occupent de quelque 75 000 résidents dont la plupart sont âgés de 65 ans ou plus. Tous les établissements entrent dans l'une des quatre catégories suivantes : foyers de soins infirmiers à but lucratif, foyers de soins infirmiers sans but lucratif, foyers de bienfaisance et foyers municipaux pour les personnes âgées, comme l'illustre la Figure 1.

En vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) subventionne le séjour dans un foyer de soins de longue durée des résidents qui répondent aux critères d'admissibilité. Depuis le 1^{er} avril 2007, les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario ont aussi commencé à participer à la planification et au financement des activités des foyers de soins de longue durée. Durant l'exercice 2006-2007, les fonds versés à ces établissements pour les résidents admissibles s'élevaient à 2,8 milliards de dollars.

Figure 1 : Foyers de soins de longue durée de l'Ontario, par type (décembre 2006)

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type	Nombre d'établissements	Nombre de lits
Foyers de soins infirmiers (à but lucratif)	352	39 862
Foyers de soins infirmiers (sans but lucratif)	100	11 664
Foyers de bienfaisance (sans but lucratif)	59	6 982
Foyers municipaux (sans but lucratif)	103	16 620
Total	614	75 128

Comme le montant versé par le Ministère ne couvre qu'une partie des coûts totaux, les résidents des foyers de soins de longue durée disposant de ressources suffisantes ont aussi payé entre 1 500 \$ et 2 100 \$ par mois pour être logés, selon qu'ils occupent une chambre de base, semi-privée ou privée. Les résidents versent aussi une quote-part à la pharmacie avec laquelle le foyer fait affaire pour les coûts de leurs médicaments (généralement 2 \$ par ordonnance), et ils doivent payer la totalité des coûts pour la plupart des médicaments qui ne sont pas couverts par un programme du Ministère.

Les foyers de soins de longue durée reçoivent l'agrément ou l'approbation du Ministère en vertu

de trois lois distinctes : la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les établissements de bienfaisance* et la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*. Les dispositions de ces trois lois diffèrent, mais les mêmes politiques ministérielles (énoncées dans le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée*) s'appliquent à tous les foyers de soins de longue durée.

Au titre de ces trois lois, le Ministère a la responsabilité d'établir des normes en matière de soins et d'inspecter les foyers, ce qui comprend les enquêtes sur les plaintes et des inspections annuelles sans préavis afin de surveiller la conformité à la législation, à la réglementation, aux normes et aux critères établis, ainsi qu'aux ententes de services. Les inspections visent à garantir la protection des droits des résidents, la sécurité de ces derniers, la qualité des soins qu'ils reçoivent et leur qualité de vie. S'il y a lieu, le Ministère a recours à son pouvoir de contrainte pour obliger les établissements à se conformer aux exigences. Toutefois, les médecins, les pharmacies sous contrat et le personnel infirmier qui travaillent dans les foyers de soins sont tenus, en vertu de leurs obligations professionnelles, d'assurer la gestion des médicaments, comme l'indique la Figure 2.

La *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, la *Loi sur les*

foyers pour personnes âgées et les maisons de repos et la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* étaient en vigueur au moment de notre vérification, mais elles seront toutes remplacées par le projet de loi 140, *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, qui a reçu la sanction royale en juin 2007. La nouvelle loi vise à uniformiser le fonctionnement des foyers de soins de longue durée.

Durant l'exercice 2006-2007, le Ministère a versé aux pharmacies, dans le cadre de son Programme de médicaments de l'Ontario, quelque 333 millions de dollars pour plus de 19 millions d'ordonnances de médicaments et pour les frais d'exécution d'ordonnance connexes à l'intention des résidents de foyers de soins de longue durée. De ce montant, 203 millions ont été consacrés à l'achat de médicaments (2 700 \$ par résident, en moyenne), et 130 millions aux frais d'exécution d'ordonnance (environ 1 700 \$ par résident). En outre, le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario, qui relève aussi du Ministère, a distribué sans frais aux foyers de soins de longue durée certains médicaments, notamment de l'acétaminophène (nom générique de Tylenol). En 2006-2007, le coût de ces médicaments s'élevait à environ 3,4 millions de dollars.

Un certain nombre de lois, règlements et directives ministérielles régissent la gestion des

Figure 2 : Gestion des médicaments – Responsabilités professionnelles

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Médecin : Prescription de médicaments à l'intention des résidents des foyers de soins de longue durée et examen du programme de soins des résidents – y compris les médicaments – selon ses connaissances et ses compétences en médecine et l'état de santé du résident. Les médecins relèvent d'un organisme de réglementation, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Pharmacien : Délivrance des médicaments aux résidents des foyers de soins de longue durée selon les prescriptions d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé autorisé, et selon ses connaissances du résident et des médicaments prescrits, conformément aux lois provinciales et fédérales en vigueur ainsi qu'aux normes de pratique établies par l'organisme de réglementation du secteur, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

Infirmière/infirmier : Mise en application de sa connaissance du résident et des médicaments pour évaluer les résidents, administrer des médicaments, évaluer les réactions des résidents aux médicaments et planifier et consigner le processus d'administration des médicaments, conformément à la norme d'exercice portant sur l'administration des médicaments de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Le personnel infirmier sert d'intermédiaire entre le médecin et le pharmacien en ce qui concerne l'administration des médicaments à chaque résident, et collabore avec l'équipe chargée des soins de santé du foyer de soins de longue durée pour garantir la mise en œuvre de processus sûrs de gestion des médicaments.

médicaments destinés aux résidents des foyers de soins de longue durée. Compte tenu de l'importance d'une gestion appropriée des médicaments dans ces établissements, notre vérification est axée sur ces pratiques.

Objectif et portée de la vérification

Il s'agit de la première vérification de l'optimisation des ressources effectuée dans le secteur des foyers de soins de longue durée depuis l'élargissement, en 2005, du mandat du Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Cet élargissement du mandat nous permet de mener des vérifications de l'optimisation des ressources dans les institutions du secteur parapublic, y compris les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée. Les vérifications du secteur parapublic ont été amorcées durant l'exercice 2005-2006.

L'objectif de notre vérification était de déterminer si les médicaments administrés aux résidents des foyers de soins de longue durée étaient gérés d'une manière efficiente et sûre et faisaient l'objet d'un contrôle approprié, conformément aux lois en vigueur et aux politiques et procédures établies (il importe de souligner que la gestion des médicaments touche aussi les médecins et les pharmaciens, en plus des établissements de soins). Nous avons aussi mené des travaux à l'échelle du réseau sur les médicaments administrés aux résidents des foyers de soins de longue durée. Cependant, comme les médicaments sont prescrits par des médecins, nous n'avons pas tenté d'évaluer la pertinence des médicaments prescrits aux résidents des foyers de soins que nous avons visités.

Nos travaux de vérification ont été menés principalement auprès de trois foyers de soins de longue durée de tailles et de types différents, offrant des services à des collectivités diversifiées : Hamilton

Continuing Care, un foyer de soins à but lucratif de 64 lits; Leisureworld St. George, un foyer de soins à but lucratif de 238 lits situé à Toronto; et Providence Manor, un foyer de bienfaisance de 243 lits situé à Kingston. Les travaux de vérification effectués excluaient les foyers municipaux de soins de longue durée, puisque la *Loi sur le vérificateur général* ne s'applique pas aux subventions consenties à des administrations municipales (sauf qu'elle permet au vérificateur général d'examiner les livres comptables de la municipalité pour déterminer si la subvention a été dépensée aux fins prévues).

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné les politiques et procédures administratives et les dossiers pertinents, et rencontré le personnel compétent des foyers de soins de longue durée et du Ministère. Nous avons obtenu auprès du Programme de médicaments de l'Ontario du Ministère des données sur les médicaments administrés aux résidents de tous les foyers de soins de longue durée, que nous avons ensuite analysées. Nous avons rencontré des représentants de deux associations, l'*Ontario Long-Term Care Association* et l'*Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors*, qui à elles deux représentent la majorité des foyers de soins de longue durée de l'Ontario. De plus, nous avons rencontré des représentants d'autres organismes, notamment l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, ainsi que des employés d'un foyer municipal pour nous familiariser avec les enjeux relatifs à la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée. Nous avons aussi examiné les rapports d'inspection et les autres documents produits par le Ministère concernant la gestion des médicaments dans les établissements visités, et nous avons pris connaissance de documents de référence pertinents, notamment les publications de l'Institut de recherche en services de santé et de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, ainsi que des documents publiés par d'autres instances. Par ailleurs, nous avons retenu

les services de deux experts-conseils indépendants ayant une connaissance approfondie de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les contrôles par sondages et autres procédés de vérification que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances. Les critères employés pour tirer des conclusions sur l'objectif de notre vérification ont été examinés et approuvés par la haute direction des foyers de soins de longue durée.

Nous n'avons pas compté sur l'équipe du service de vérification interne du Ministère pour réduire l'étendue de nos travaux, car aucune vérification n'a été effectuée récemment sur la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée. Aucun des établissements que nous avons visités ne disposait d'une fonction de vérification interne, bien que dans certains cas, la pharmacie de l'établissement ait mis en œuvre certaines procédures de conformité, que nous avons examinées et sur lesquelles nous nous sommes fiés au besoin. De plus, le personnel de deux des trois établissements devait respecter certaines procédures – que nous avons examinées – pour s'assurer que les médicaments sont gérés comme il se doit.

Résumé

Les trois foyers de soins de longue durée visités avaient instauré des procédures pour garantir l'obtention des médicaments prescrits par un médecin et leur administration aux résidents d'une manière sûre et en temps opportun. Nous avons toutefois observé que les pratiques d'administration des médicaments pourraient être améliorées de

différentes manières – par exemple, en s'assurant d'obtenir le consentement du résident ou d'un mandataire spécial pour l'administration de nouveaux médicaments, en surveillant de plus près les résidents à risque élevé afin de déceler toute réaction indésirable à un médicament, en consignnant ces activités de surveillance et en s'assurant que les médicaments périmés sont identifiés et éliminés comme il se doit. De plus, il conviendrait d'intensifier les initiatives de promotion des mesures de sécurité pour l'entreposage et la manipulation des médicaments, particulièrement ceux qui sont susceptibles d'être détournés. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Deux des trois foyers visités ne disposaient généralement d'aucun document confirmant qu'ils avaient obtenu le consentement éclairé nécessaire pour administrer un nouveau médicament à un résident. Les documents conservés par le troisième foyer indiquaient généralement qu'un consentement avait été demandé, mais ne précisaient pas l'identité de la personne ayant donné son consentement.
- L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada souligne qu'il importe de recenser et d'examiner les erreurs de médication pour empêcher qu'elles se reproduisent. Il n'existe cependant pas de définition normalisée de ce qui constitue une erreur de médication dans un foyer de soins de longue durée. De plus, notre examen de divers documents nous a permis de constater que dans tous les établissements visités, des erreurs de médication commises n'ont pas été signalées. En fait, deux des trois établissements étaient très peu efficaces pour s'assurer que toutes les erreurs de médication étaient signalées. En 2006, un établissement n'a déclaré que 12 erreurs et l'autre seulement 26, alors que le troisième, qui prenait la question plus au sérieux, a déclaré beaucoup plus d'erreurs.

- D'après les conclusions d'experts internationaux, certains médicaments sont souvent plus néfastes que bénéfiques pour les adultes ayant atteint un certain âge, bien qu'il puisse arriver qu'un professionnel de la santé d'expérience estime que ces médicaments constituent tout de même la meilleure solution possible. Nous avons constaté qu'en 2006, on a prescrit et administré à plus de 5 700 résidents âgés de 65 ans ou plus logeant dans des foyers de soins de longue durée partout en Ontario au moins un des huit médicaments à risque élevé qui faisaient partie de notre échantillon. En outre, ces médicaments ont été administrés à au moins 20 % des résidents de 30 foyers ontariens. Un antibiotique a aussi été administré à 675 résidents en 2006, en dépit de l'existence d'études indiquant que ce médicament ne devrait être utilisé que rarement ou jamais chez les personnes âgées, parce qu'il est généralement inefficace et peut provoquer des effets secondaires indésirables. Le cinquième des résidents qui ont reçu cet antibiotique vivaient dans 12 établissements seulement. Bien que nous reconnaissions qu'il existe des cas où il est nécessaire d'administrer de tels médicaments, le degré élevé d'utilisation de ces médicaments dans certains établissements mérite, à notre avis, un suivi de la part du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.
- Dans les trois foyers visités, entre 23 % et 28 % des résidents âgés d'au moins 65 ans prenaient régulièrement 12 médicaments ou plus. Bien que nous reconnaissions que les résidents de foyers de soins doivent prendre différents médicaments parce qu'ils sont atteints d'un certain nombre de problèmes de santé, des études ont montré que le risque de réaction indésirable à un médicament augmente avec le nombre de médicaments que prend une personne. Même si les établissements ont souligné que tous les résidents faisaient l'objet d'une surveillance, aucun n'avait établi de politiques ou de procédures particulières pour surveiller de plus près les personnes prenant autant de médicaments.
- En 2006, 18 000 alertes de niveau 1 ont été générées automatiquement par les systèmes informatiques des pharmacies pour signaler une combinaison de médicaments clairement contre-indiquée qui ne devrait pas être délivrée ni administrée. Ces alertes sont mises à jour tous les mois dans le système du Programme de médicaments de l'Ontario du Ministère, en fonction des résultats de recherches fournis par un organisme tiers spécialisé dans la gestion des médicaments. Nous avons constaté que 91 % de ces alertes étaient ignorées par le pharmacien et que les médicaments étaient tout de même délivrés aux résidents de 421 foyers de soins de longue durée. Même s'il est possible que les pharmaciens aient communiqué avec le médecin traitant pour discuter des interactions médicamenteuses, nous croyons que l'exercice d'une surveillance et d'un suivi par le Ministère, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, pourrait être nécessaire compte tenu de la proportion élevée d'alertes ignorées.
- Aucun des établissements visités n'effectuait de rapprochement périodique entre les médicaments contrôlés administrés aux résidents, les registres des médicaments reçus de la pharmacie et les médicaments en stock. Un exercice de rapprochement sur un échantillon de médicaments nous a permis de découvrir des irrégularités dans tous les établissements.
- Aucun processus n'était en place pour s'assurer que les médicaments périmés sont repérés et retirés des stocks de la pharmacie. Nous avons constaté que presque 30 % des

médicaments de la réserve d'urgence d'un des foyers étaient périmés – la date de péremption d'un des médicaments était dépassée depuis 10 mois. Dans un autre foyer, certains médicaments commandés en gros étaient périmés depuis plus d'un an.

- Aucun des établissements ne faisait un suivi périodique de la quantité de médicaments gratuits reçus du Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario qui devenaient périmés avant d'avoir été utilisés; si un tel suivi était effectué, la gestion des stocks serait simplifiée et on réduirait le gaspillage.
- Deux des foyers ne mettaient pas systématiquement en œuvre des pratiques respectueuses de l'environnement pour se débarrasser des médicaments. Par exemple, nous avons été informés que certains narcotiques injectables non utilisés étaient simplement jetés aux égouts, et que les pilules gâtées étaient mises à la poubelle.

Nous avons envoyé ce rapport aux trois foyers de soins de longue durée que nous avons visités dans le cadre de notre vérification, ainsi qu'au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en les invitant à nous faire part de leurs commentaires. Nous avons reçu une réponse de chacun des trois foyers de soins de longue durée, ainsi que du Ministère. Pour faire preuve de concision et éviter les répétitions, nous avons résumé ci-dessous la réponse globale reçue des foyers de soins de longue durée, ainsi que la réponse globale du Ministère. Le détail des réponses des établissements et du Ministère à des recommandations spécifiques, le cas échéant, est présenté à la suite de chaque recommandation.

RÉSUMÉ DE LA RÉPONSE GLOBALE DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans l'ensemble, les foyers de soins de longue durée souscrivaient à nos recommandations et ont fourni des réponses détaillées à des recommandations spécifiques.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Certaines des recommandations formulées à l'intention du Ministère relèvent de la pratique professionnelle des médecins, des pharmaciens ou des infirmières et infirmiers. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ont la responsabilité de définir des normes de pratique et de mettre en place un mécanisme de réglementation pour leurs membres. Chacun de ces ordres a établi des processus pour évaluer la qualité de la pratique afin d'améliorer les soins aux patients. Ces normes professionnelles s'ajoutent aux exigences prévues par la loi.

Le Ministère, en consultation avec nos partenaires, y compris les foyers de soins de longue durée et les associations qui les représentent, les ordres professionnels et les réseaux locaux d'intégration des services de santé, a élaboré et mis en œuvre certaines initiatives pour améliorer les soins et aider les foyers de soins de longue durée à exercer un suivi et à rendre des comptes; ces initiatives sont décrites plus en détail dans les réponses du Ministère aux recommandations spécifiques.

Les observations du vérificateur général à propos de la dérogation aux alertes et des médicaments qui pourraient être contre-indiqués pour des personnes âgées touchent les pratiques d'ordonnance des médecins. Comme nous n'avons pas discuté de ces questions avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et que nous

n'avons pas de renseignements précis concernant les personnes âgées à qui ces médicaments ont été prescrits, il est difficile d'évaluer le risque, s'il en est, que courent ces résidents. Le Ministère s'est cependant engagé à collaborer avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, ainsi qu'avec les foyers de soins de longue durée, pour prévenir les situations qui pourraient nuire à la santé des résidents, en tenant compte des responsabilités de chaque partenaire.

Constatations détaillées de la vérification

FOURNITURE DE MÉDICAMENTS

Les résidents des foyers de soins de longue durée sont généralement atteints de problèmes de santé exigeant un traitement médicamenteux prescrit par un médecin. Les foyers concluent des ententes avec des pharmacies pour obtenir les médicaments d'ordonnance dont leurs résidents ont besoin. De plus, ils peuvent commander sans frais certains médicaments en vente libre auprès du Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario (le Service). En février 2007, le Service a commencé à offrir la livraison gratuite de ces médicaments directement aux pharmacies ayant un contrat avec un foyer de soins de longue durée, à la demande de ceux-ci, de sorte que la pharmacie puisse reconditionner les médicaments à l'intention de chaque résident. Comme le processus était nouveau au moment de notre vérification, aucun des foyers visités ne faisait livrer ces médicaments directement à la pharmacie avec laquelle il faisait affaire; ce service est donc exclu de la portée de notre vérification.

Les pharmacies peuvent fournir en une seule fois des médicaments en quantités suffisantes pour combler les besoins des résidents pendant plusieurs mois. Dans les établissements visités, toutefois, les pharmacies exécutaient la plupart des ordonnances en fournissant suffisamment de médicaments pour une semaine et renouvelaient le tout chaque semaine. La provision d'une semaine était généralement « conditionnée sous bande », c'est-à-dire que les médicaments à prendre ensemble sont emballés dans des sachets sur lesquels sont inscrits l'heure et la date de la prise. Les sachets sont attachés dans l'ordre où leur contenu doit être administré. Cette façon de faire permet d'atténuer le risque qu'un résident prenne le mauvais médicament ou une dose erronée, ainsi que de réduire le temps que le personnel infirmier doit consacrer au tri et à l'administration des médicaments.

Il peut y avoir un écart entre les quantités fournies par la pharmacie pour un résident particulier et ce qui est effectivement administré au résident pour toutes sortes de raisons, notamment à cause d'une modification du programme de traitement du résident.

Surveillance des foyers par les pharmacies

Les foyers de soins de longue durée s'entendent par contrat avec des pharmacies pour faire exécuter les ordonnances et obtenir les autres médicaments prescrits par des médecins pour leurs résidents, ainsi que pour obtenir des conseils sur différentes questions, comme les risques d'interactions médicamenteuses. Le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* du Ministère précise que l'établissement et la pharmacie doivent conclure un contrat par écrit, où sont définies les attentes en matière de gestion de la qualité à propos, par exemple, de l'entreposage des médicaments, des mécanismes de prescription et de distribution, de l'examen des profils des résidents avant l'exécution des ordonnances et de la communication avec le

médecin en cas de doute. Le contrat doit aussi renfermer des dispositions concernant l'examen interdisciplinaire, la consignation des ordonnances des résidents, la formation du personnel et l'élimination des médicaments. Selon le Ministère, les foyers de soins de longue durée doivent bénéficier de services de pharmacie 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Nous avons constaté que les établissements visités avaient conclu avec des pharmacies des ententes conformes aux exigences du Ministère et décrivant en termes généraux la responsabilité de la pharmacie en matière de surveillance des risques d'interactions médicamenteuses. De plus, tous les établissements s'attendaient à ce que le pharmacien prenne des mesures pour s'assurer que l'établissement se conforme aux principales politiques relatives aux médicaments, notamment en ce qui a trait à la consignation des processus liés à la gestion et à l'entreposage de médicaments. Toutefois, aucune des ententes avec les pharmacies ne précisait les types de mesures à adopter ni la fréquence de leur exécution, bien que l'entente conclue par un des foyers précise que la pharmacie devait effectuer régulièrement une vérification de l'établissement, à des intervalles à déterminer. En conséquence, nous avons observé des écarts considérables en ce qui concerne le nombre de problèmes de non-conformité communiqués aux établissements par les pharmacies; l'un des établissements n'a reçu aucun rapport écrit à ce sujet en 2006, alors qu'un autre en a reçu un pour presque chaque mois de l'année.

Consentement au traitement

En vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, les résidents des foyers de soins de longue durée ont le droit d'accepter ou de refuser qu'on leur administre des médicaments, en conformité avec la loi. En vertu de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, le consentement n'est pas requis dans certaines situations, notamment en cas d'urgence; la

loi stipule aussi que pour que le consentement soit valide, la personne doit généralement comprendre les avantages que procure le médicament, les risques qu'il comporte (y compris les effets secondaires) ainsi que les solutions de rechange possibles. Une personne qui, de l'avis d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé, n'a pas les capacités mentales requises pour prendre une décision éclairée concernant les médicaments dont elle a besoin ne peut pas, du point de vue de la loi, donner son consentement. Beaucoup de résidents des foyers de soins de longue durée ne sont pas aptes à prendre eux-mêmes des décisions parce qu'ils sont atteints de maladies chroniques comme la maladie d'Alzheimer. Dans une telle situation, il faut communiquer avec le mandataire spécial désigné en vertu de la loi, généralement un membre de la famille ou, dans certains cas, le tuteur et curateur public, qui donnera ou non son consentement. Comme il peut être difficile de joindre le mandataire spécial, il importe que les établissements mettent en place un processus efficient et rapide pour l'obtention du consentement, afin d'éviter de retarder inutilement l'administration du traitement.

Dans les établissements visités, nous avons été informés que peu de résidents sont jugés aptes à prendre eux-mêmes des décisions à propos de leur médication. Toutefois, aucun des établissements n'avait de politique écrite sur la façon d'obtenir et de consigner le consentement du mandataire spécial, bien que le personnel des trois foyers ait souligné que le consentement devait être inscrit dans le dossier du résident. Un établissement a précisé qu'il était en train d'élaborer une politique sur la façon d'obtenir et de consigner plus efficacement le consentement pour l'administration des nouveaux médicaments psychotropes, qui comportent souvent un risque plus élevé d'effets indésirables.

Nous avons aussi été informés qu'en règle générale, le médecin ou un membre du personnel du foyer essayait de communiquer avec le mandataire spécial lorsqu'un nouveau médicament devait être

administré à un résident. Dans de nombreux cas, toutefois, les foyers soulignent qu'aucun consentement n'est obtenu parce qu'il n'est pas possible de joindre le mandataire spécial et que souvent, il faut se contenter de laisser un message. L'examen des dossiers d'un échantillon de résidents ayant récemment commencé à prendre un nouveau médicament nous a permis de constater que deux des foyers n'avaient généralement aucun document pour étayer le consentement, ni de la part du résident (s'il est apte), ni de la part du mandataire spécial. Par ailleurs, rien n'indiquait qu'il s'agissait de cas urgents. Dans le troisième établissement, certains dossiers renfermaient des documents indiquant qu'on avait communiqué avec le mandataire spécial pour discuter du nouveau médicament, mais le nom de la personne consultée n'était pas inscrit. En outre, aucun des trois établissements n'effectuait de vérifications périodiques pour s'assurer que le consentement figurait au dossier du patient lorsque la situation l'exige.

Directives médicales et ordres permanents

La majorité des médicaments sont administrés sous ordonnance d'un médecin, qui doit normalement tenir compte des antécédents du résident et de son état de santé actuel. L'un des foyers visités exigeait qu'un médecin approuve tous les médicaments administrés aux résidents. Les deux autres avaient établi des exigences similaires pour la majorité des médicaments, mais utilisaient aussi une liste de médicaments préapprouvés, appelée « directives médicales » dans un établissement et « ordres permanents » dans l'autre, et sur laquelle figuraient entre cinq et huit médicaments courants en vente libre, comme l'acétaminophène (nom générique de Tylenol) et le dimenhydrinate (nom générique de Gravol). Les médicaments figurant sur cette liste pouvaient être administrés dans certaines circonstances (par exemple lorsqu'un résident éprouvait de la douleur ou des nausées), à la discrétion du

personnel infirmier. La norme de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario en matière de médication énonce les grandes lignes des règles que le personnel infirmier devrait suivre pour administrer ces médicaments. Les infirmières et infirmiers doivent notamment, particulièrement s'il faut déterminer s'il est nécessaire ou non d'administrer un médicament, tenir compte des effets secondaires potentiels. Ainsi, le dimenhydrinate provoque souvent un état confus et des chutes chez les personnes âgées, notamment chez celles qui sont atteintes de démence.

Le Ministère exige que les établissements mettent en place des politiques concernant les ordres permanents, mais ne donne pas d'autres directives ni de normes minimales à ce sujet; l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario n'a pas non plus établi d'exigences spécifiques en ce qui a trait aux directives médicales dans les foyers de soins de longue durée. Bien que la politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario concernant les directives médicales s'applique dans différents contextes, elle précise qu'une directive médicale doit être signée par le médecin et comprendre un certain nombre de renseignements, notamment une liste détaillée des troubles cliniques que le patient doit afficher et des circonstances dans lesquelles la directive peut être mise en œuvre, ainsi qu'une liste complète des contre-indications à la mise en application de la directive. Nous avons constaté que les normes de pratique à l'intention des pharmaciens offrant des services aux résidents des foyers de soins de longue durée (*Standards Of Practice For Pharmacists Providing Services To Long-Term Care Residents*) de l'Ordre des pharmaciens de la Saskatchewan et le manuel d'interprétation des prestataires de services de pharmacie aux établissements résidentiels et foyers de soins (*Interpretation Manual for Providers of Pharmacy Services to Residential Care Facilities and Homes*) de l'Ordre des pharmaciens de la Colombie-Britannique précisent que les ordres permanents doivent être personnalisés pour

chaque résident et signés par le médecin. En outre, les normes en vigueur en Colombie-Britannique exigent que les médicaments figurant dans l'ordre permanent d'un résident fassent l'objet d'un examen annuel par le médecin afin de s'assurer qu'ils conviennent toujours.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, deux des foyers visités utilisaient des directives médicales ou des ordres permanents; toutefois, les médecins pouvaient exempter un résident des directives médicales ou des ordres permanents si, par exemple, le résident était allergique à un médicament. Dans l'un des foyers, la politique stipulait que l'ordre permanent de chaque résident devait être préparé par le médecin à l'arrivée du résident dans l'établissement. Par la suite, le médecin devait cocher une case ou apposer ses initiales en regard d'une mention « ordonnances médicales courantes signées » sur la formule d'examen trimestriel des médicaments et traitements administrés au résident. Nous avons été informés que le dossier de presque tous les résidents contenait la même liste de médicaments approuvés et qu'il arrivait rarement qu'un résident ne soit pas autorisé à recevoir tous les médicaments figurant dans les ordres permanents. Dans l'autre établissement, tous les résidents pouvaient recevoir tous les médicaments figurant dans la liste de la directive médicale approuvée annuellement par la direction des soins infirmiers de l'établissement. Le médecin cochant aussi une case pour confirmer l'approbation de l'« administration des médicaments de la directive médicale au besoin » sur la formule d'examen trimestriel du dossier de tous les résidents.

Nous avons constaté que les normes en vigueur en Saskatchewan précisent qu'aucun médicament figurant dans un ordre permanent ne peut être administré sur une période de plus de 48 heures sans l'approbation d'un médecin, parce que les symptômes durant plus de 48 heures peuvent indiquer d'autres problèmes de santé exigeant une évaluation par un médecin. Toutefois, les deux

établissements qui utilisaient des ordres permanents autorisaient l'administration d'un antidouleur (acétaminophène) pendant une période maximale de 72 heures avant de consulter un médecin. Un des établissements a précisé qu'une période de 72 heures a été fixée en raison des fins de semaine. À la lumière des effets secondaires potentiels liés à l'utilisation de médicaments en vente libre et des lignes directrices plus détaillées établies dans certaines autres provinces à ce sujet, nous sommes d'avis que les lignes directrices décrites dans la politique du Ministère sur les ordres permanents ne sont peut-être pas suffisamment détaillées.

Erreurs de médication

Identification et consignation des erreurs de médication

L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada souligne qu'il importe d'identifier et de signaler toutes les erreurs de médication pour s'assurer que les résidents n'en souffrent pas et que des mesures sont prises pour éviter qu'elles ne se reproduisent. En outre, le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* du Ministère (le Manuel) stipule qu'une fois les erreurs de médication signalées, des mesures de suivi spécifiques doivent être prises. Les outils du Ministère pour la surveillance de l'examen de la conformité des foyers de soins de longue durée définissent une erreur de médication comme toute erreur dans l'administration d'un médicament exigeant une intervention médicale, ainsi que toute erreur commise de manière systématique. Comme le Manuel ne décrit pas davantage ces erreurs, la définition de ce qui constitue une erreur peut varier d'un établissement à l'autre. Le Manuel précise toutefois que toutes les erreurs de médication doivent être signalées rapidement à la direction des soins infirmiers de l'établissement, au médecin traitant et au pharmacien, selon les politiques et procédures fixées par l'établissement. L'efficacité de

telles politiques dépend d'une définition claire de ce qui constitue une erreur de médication, afin que le personnel puisse reconnaître et signaler ces erreurs. Le Manuel stipule aussi qu'une erreur de médication entraînant une réaction indésirable exigeant l'hospitalisation doit être signalée au Ministère dans les dix jours ouvrables suivants, dans le cadre des exigences de déclaration des situations inhabituelles. En 2006, 54 erreurs de la sorte ont été déclarées par les foyers de soins de longue durée de la province; les établissements visités n'avaient déclaré aucune erreur de ce type.

Nous avons constaté que la politique d'un des établissements n'était pas aussi complète que l'exigeait le Manuel. Par exemple, la politique exigeait seulement le signalement des erreurs de médication qui nécessitaient l'hospitalisation du résident, ou encore les médicaments manquants ou détournés.

Un des foyers visités n'avait pas défini ce qui devait être considéré comme une erreur de médication, alors que les deux autres définissaient une erreur de médication comme étant « tout incident relatif à l'administration des médicaments par le personnel infirmier ou à la délivrance par la pharmacie ». Comme beaucoup de politiques et procédures relatives à la gestion des médicaments n'étaient pas consignées par écrit, le personnel ne savait pas toujours comment déterminer ce qui constituait une erreur de médication à signaler. Dans l'un des établissements, par exemple, le pharmacien a signalé que des doses d'un médicament pour soulager les nausées après un traitement de chimiothérapie n'avaient peut-être pas été administrées, mais n'a pas considéré cet oubli comme une erreur de médication.

Tous les établissements visités exigeaient que le personnel utilise des formulaires spécifiques pour consigner les erreurs de médication. Ces formulaires faisaient généralement la distinction entre les erreurs qui s'étaient produites au foyer, comme celles que pourrait commettre le personnel

infirmier, et celles qui s'étaient produites à la pharmacie. Un des établissements utilisait un formulaire utile où figurait une liste de 16 catégories d'erreurs de médication et d'administration, y compris les erreurs du personnel infirmier, comme l'administration du mauvais médicament ou une erreur dans le dosage, et les erreurs de la pharmacie, comme une erreur d'étiquetage des médicaments ou l'inclusion du mauvais médicament au moment du conditionnement.

Un examen des formulaires de déclaration des erreurs de médication utilisés dans les foyers visités nous a permis de constater que tous les établissements avaient déclaré certaines erreurs de médication en 2006. L'un des foyers semblait prendre la question plus au sérieux et avait repéré plus de 150 erreurs durant l'année. Les deux autres établissements ont toutefois recensé respectivement seulement 12 et 26 erreurs, toutes sauf trois étant survenues durant les deux premiers mois de l'année dans l'un des établissements. Nous avons examiné d'autres documents indiquant que les erreurs de médication n'étaient probablement pas toutes signalées dans les deux établissements qui ont déclaré respectivement 12 et 26 erreurs.

Nos observations montrent qu'aucun des trois foyers visités n'analysait les erreurs en fonction de l'unité ou du personnel infirmier. Une telle analyse aiderait à cerner les tendances éventuelles et préviendrait la répétition d'erreurs similaires.

Erreurs de médication dans les registres d'administration des médicaments

Dans les deux foyers visités qui définissaient ce qui constitue une erreur de médication, l'une des erreurs consistait en l'omission de signer le registre d'administration des médicaments d'un résident une fois les médicaments donnés. Ce registre dresse la liste de tous les médicaments dont le résident a besoin, ainsi que l'heure à laquelle il doit les prendre. Si le registre n'est pas signé, les autres personnes qui le consultent ne peuvent pas savoir si

les médicaments ont été administrés et pourraient donner une deuxième dose au résident.

La politique établie par l'un des établissements précisait que la meilleure façon de s'assurer que ces erreurs sont décelées en temps opportun et d'en faire le suivi était d'examiner tous les jours les registres d'administration des médicaments des résidents. Cet établissement nous a informés que, depuis avril 2006, l'infirmière ou l'infirmier de garde durant le quart de nuit devait examiner les registres d'administration des médicaments de la journée et recenser tous les cas de non-conformité de sorte qu'un suivi puisse être effectué rapidement. Nous avons obtenu les rapports d'examen préparés par le personnel infirmier de nuit pendant une période de deux mois en 2007, les registres de 2006 ayant été détruits à la fin de l'année; nous avons pu observer que les registres d'administration des médicaments n'avaient pas été vérifiés tous les jours, comme l'exigeait la politique de l'établissement. Un autre établissement avait examiné les registres d'administration des médicaments à l'occasion mais pas tous les jours durant huit mois en 2006. Le troisième établissement n'avait pas examiné les registres d'administration des médicaments pour s'assurer qu'ils étaient signés.

Les deux établissements qui avaient vérifié si les registres d'administration des médicaments étaient signés ont recensé beaucoup de cas où il n'était pas indiqué si les médicaments avaient été administrés comme il se doit. Toutefois, aucun des deux établissements n'a fait le suivi du nombre de cas où les registres n'étaient pas signés afin de cerner les tendances éventuelles, ce qui pourrait contribuer à sensibiliser le personnel infirmier et à réduire les omissions ultérieures. L'absence de signature était parfois remarquée des jours ou des semaines plus tard, ce qui empêche la prise de mesures correctrices en temps opportun. Nous avons aussi constaté que les procédures de suivi mises en œuvre dans ces établissements étaient parfois d'une efficacité douteuse. Dans certains cas, par exemple, les foyers

communiquaient avec le personnel infirmier une ou deux semaines après le quart de travail visé pour lui demander de signer le registre d'administration des médicaments afin d'indiquer que le résident avait reçu ses médicaments.

Les examens réalisés par les foyers et les pharmaciens, ainsi que notre propre examen, révélaient dans les trois établissements visités des cas où les registres d'administration des médicaments n'étaient pas remplis comme il se doit. Toutefois, un seul des établissements considérait certains de ces cas comme des erreurs de médication.

RECOMMANDATION 1

Pour promouvoir l'administration sûre et efficace des médicaments aux résidents, les foyers de soins de longue durée devraient :

- établir avec les pharmacies des contrats précisant le type et la fréquence des mesures que la pharmacie doit prendre, ainsi que les méthodes de reddition de comptes à employer en ce qui concerne l'évaluation de la conformité de l'établissement aux politiques relatives aux médicaments;
- s'assurer d'obtenir en temps opportun le consentement du résident, s'il est apte à le faire, ou du mandataire spécial du résident avant d'administrer un nouveau médicament, et veiller à consigner les détails relatifs au consentement.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner sa politique sur les ordres permanents (qui se rapportent généralement aux médicaments en vente libre) pour déterminer s'il est nécessaire de formuler des lignes directrices plus détaillées.

Par ailleurs, pour favoriser la santé des résidents, les foyers de soins de longue durée devraient, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, établir une définition uniformisée de ce qui constitue une erreur de médication. Les foyers devraient

aussi s'assurer que les erreurs de médication sont systématiquement repérées, consignées et examinées de sorte que les mesures qui s'imposent puissent être prises en temps opportun afin d'éviter que les mêmes erreurs ne se reproduisent.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans l'ensemble, les foyers souscrivaient à cette recommandation. Un établissement a souligné qu'il était en faveur de l'inclusion, dans son contrat avec la pharmacie, de dispositions uniformisées concernant les exigences en matière de procédures et de rapports écrits pour l'évaluation de la conformité de l'établissement aux politiques relatives aux médicaments, et a précisé qu'il entendait intégrer ces éléments dans son contrat avec la pharmacie. Un autre établissement a déclaré qu'il s'efforcerait d'inclure ces éléments dans son contrat avec une pharmacie.

En ce qui a trait au consentement à recevoir des médicaments, un des foyers a souligné que les processus d'obtention d'un consentement éclairé ne doivent pas retarder indûment l'administration d'un traitement aux résidents et a précisé que l'obtention et la consignation du consentement d'un mandataire spécial est une responsabilité que partagent le médecin, le personnel infirmier et le pharmacien, et qu'il s'agit souvent d'une démarche compliquée. L'établissement a aussi précisé qu'il travaillait de concert avec son comité de pharmacologie et de thérapeutique en vue d'approuver un mécanisme de déclaration attestant qu'un consentement éclairé a été demandé et obtenu d'une manière efficiente et en temps opportun. Un autre établissement a précisé qu'il s'attendait à ce que ce soit le médecin ou, en son absence, l'infirmière ou l'infirmier, qui demande le consentement mais qu'il n'était pas toujours

facile d'obtenir le consentement du mandataire spécial. Cet établissement revoit à l'heure actuelle ses pratiques concernant l'obtention du consentement et prévoit mettre en œuvre ses nouvelles pratiques d'ici la fin de 2007. Le troisième établissement a en outre précisé qu'il était en train de mettre en place un processus pour s'assurer qu'un consentement était obtenu en temps opportun pour l'administration de nouveaux médicaments.

Deux établissements ont souligné l'importance d'établir une définition normalisée de ce qui constitue une erreur de médication, applicable à l'échelle du système de santé. Un des établissements a souligné que, jusqu'à ce qu'une telle définition soit adoptée, il collaborerait avec la pharmacie avec laquelle il a conclu un contrat pour éclaircir sa définition d'erreur de médication. Bien que cet établissement estime que sa politique de suivi et d'analyse des erreurs de médication était satisfaisante, il entend donner une formation plus approfondie au personnel pour renforcer le processus et fera le suivi du rendement. Un autre établissement a déclaré qu'il mettait en œuvre un système pour faciliter la déclaration, le suivi et l'analyse des erreurs de médication en temps opportun et de manière précise. Comme le système choisi est utilisé ailleurs au Canada, l'établissement s'attendait à ce qu'il procure des occasions d'analyse comparative.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la première partie de la recommandation et collaborera avec les foyers de soins de longue durée et d'autres partenaires, notamment les réseaux locaux d'intégration des services de santé, afin de cerner les possibilités d'aider les foyers de soins de longue durée à donner suite à la recommandation.

En ce qui a trait aux ordres à commande, le Ministère souligne que leur utilisation relève

de la pratique professionnelle et n'est pas de son ressort. Toutefois, des discussions seront entreprises auprès des ordres professionnels et des intervenants du secteur des foyers de soins de longue durée afin de s'assurer que les aînés sont bien servis.

Quant à la définition de ce qui constitue une erreur de médication, bien que les normes de pratique de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario renferment de telles définitions, le Ministère constate qu'elles ne sont pas uniformisées et qu'elles pourraient contribuer à la confusion entourant la déclaration des erreurs de médication dans les foyers de soins de longue durée. Pour résoudre ce problème, le Ministère a mis au point un système de déclaration en ligne qui permettra aux foyers de soins de longue durée de satisfaire de manière plus soutenue aux exigences de déclaration des situations inhabituelles, y compris certains types d'erreurs de médication, et qui améliorera sa capacité à gérer les risques. Au fil du temps, ce système pourra être utilisé pour fournir d'autres éclaircissements et lignes directrices aux foyers de soins de longue durée sur ce qui constitue une erreur de médication, afin de garantir une déclaration cohérente et exacte. Le déploiement de ce système à l'échelle provinciale est prévu pour la fin de 2007.

RÉACTIONS AUX MÉDICAMENTS

Surveillance des réactions des résidents

Selon des recherches menées par différentes administrations, dont le Canada et l'Australie, les personnes âgées sont plus vulnérables aux effets indésirables des médicaments que les adultes plus jeunes. Ces réactions comprennent la sécheresse oculaire, la somnolence, les hallucinations et peuvent même entraîner la mort. Le *Manuel du*

programme des établissements de soins de longue durée du Ministère (le Manuel) exige que chaque établissement ait des politiques et procédures écrites concernant les réactions indésirables aux médicaments, incluant un mécanisme de signalement immédiat des réactions à la direction des soins infirmiers de l'établissement, au médecin et au pharmacien. Les politiques visent à aider le personnel à repérer et à consigner les réactions indésirables graves, ainsi que toutes les mesures prises pour éviter que cette réaction se reproduise.

Dans les trois établissements visités, les pharmaciens sous contrat devaient recenser les éventuelles réactions indésirables et interactions médicamenteuses avant d'exécuter une ordonnance. Nous avons été informés que les systèmes informatiques des pharmacies contenaient le profil de médication de tous les résidents, dans lequel figure la liste de tous les médicaments prescrits. Le profil de médication précisait aussi les problèmes de santé – par exemple, le diabète – dont le pharmacien doit être informé. Lorsqu'un nouveau médicament est prescrit et entré dans le profil du résident, les effets indésirables potentiels sont automatiquement recensés; le pharmacien peut alors communiquer avec le médecin pour discuter de la situation. Celui-ci peut changer le médicament ou déterminer que les avantages l'emportent sur les risques, auquel cas le foyer est informé des réactions indésirables possibles; cette information peut être versée au dossier du résident. Les foyers ne disposent toutefois pas d'un accès direct aux alertes concernant les effets indésirables des médicaments générées par le système informatique de la pharmacie.

Nous avons constaté qu'en vertu des normes professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, qui s'appliquent au personnel infirmier travaillant dans les foyers de soins de longue durée, les infirmières et infirmiers doivent disposer d'information à jour concernant les médicaments, y compris les contre-indications et les réactions indésirables

possibles, et évaluer et consigner les médicaments administrés et les résultats qui en découlent. Ces résultats peuvent comprendre les avantages, les effets secondaires et les signes d'interactions médicamenteuses. Il importe de consigner les résultats pour s'assurer que le médecin dispose des données les plus complètes possible lorsqu'il prend des décisions concernant la prescription de nouveaux médicaments, la modification des doses des médicaments déjà prescrits ou l'arrêt d'un médicament.

Les établissements visités nous ont informés qu'il était rare que les résidents subissent des réactions indésirables graves. De plus, ils précisent que même les réactions moins graves qui se produisent sont consignées dans les dossiers des résidents. Deux des établissements avaient adopté une politique concernant les réactions indésirables graves, y compris celles qui sont liées aux médicaments nouveaux sur le marché, et décrivant comment ces réactions doivent être consignées dans les dossiers des résidents. Les politiques écrites de l'autre établissement ne donnaient pas d'autre directive que celle de respecter les exigences de déclaration du Ministère concernant les réactions indésirables aux médicaments.

Aucun des établissements visités n'avait établi de politique générale pour la surveillance et la consignation des réactions des résidents à un nouveau médicament ou à une modification de la prescription. Nous avons toutefois été informés qu'un suivi est effectué quotidiennement auprès des résidents et que tout changement de l'état de santé est consigné. Nous avons aussi été informés que les observations issues de ce suivi pouvaient être consignées dans cinq rapports distincts produits par l'établissement, notamment dans les notes d'évolution portées aux dossiers des résidents par le personnel infirmier et dans les rapports portant sur plusieurs résidents que le personnel infirmier prépare à l'intention du personnel du quart de travail suivant.

L'examen des dossiers d'un échantillon de résidents et d'autres documents dans les établissements visités nous a permis de constater que, souvent, il n'existe aucun document à l'appui du suivi des réactions indésirables possibles lorsqu'un nouveau médicament est administré ou que la dose est modifiée. Dans un cas, on avait prescrit à un résident un nouveau médicament psychotrope présentant un risque élevé d'effets secondaires, et pourtant nous n'avons trouvé aucun document prouvant que les réactions possibles liées au médicament avaient fait l'objet d'une surveillance dans la semaine qui suivait l'administration du nouveau médicament. Santé Canada souligne sur le site Web de son Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments, dont le rôle est de recueillir et d'évaluer les déclarations de réactions indésirables, que celles-ci ne sont pas suffisamment signalées.

Médicaments présentant un risque élevé

Catégories de médicaments présentant un risque élevé

Bien qu'il arrive que l'administration de médicaments présentant un risque élevé constitue la meilleure solution, les experts internationaux ont recensé certains médicaments qui sont généralement plus nocifs que bénéfiques pour les personnes âgées. Les critères de Beers, qui sont réputés selon le Ministère, constituent une méthode reconnue d'analyse de ce type de médicaments. En outre, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario souligne dans un bulletin publié en décembre 2006 que les critères de Beers sont en train de devenir les critères les plus couramment utilisés pour désigner les médicaments susceptibles d'accroître les risques d'effets indésirables des médicaments chez les patients âgés. Ces critères ont été mis au point en 1991 par 12 experts des États-Unis, sous la direction du Dr Mark H. Beers. Révisés en 1997 et 2002, ces critères comprennent environ 50 médicaments ou

catégories de médicaments qui présentent potentiellement un risque élevé pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. La plupart de ces médicaments sont des psychotropes, des relaxants musculaires et des médicaments gastrointestinaux, et bon nombre ne sont pas autorisés au Canada. En 2006, le *National Committee on Quality Assurance* (le Comité national), organisme privé sans but lucratif du domaine médical siégeant à Washington, D.C., a rassemblé un groupe de concertation formé d'experts en pharmacologie et en gériatrie. Ce comité a entrepris de dresser la liste des médicaments qu'on devrait toujours éviter d'administrer à une personne âgée selon les critères de Beers de 2002. Les travaux ont permis de recenser 42 médicaments présentant un risque particulièrement élevé et qui conviennent rarement aux personnes âgées ou devraient toujours être évités. Bon nombre de ces médicaments ne sont pas autorisés au Canada. Même si le Ministère ne surveille pas dans quelle mesure ces médicaments sont administrés aux résidents des foyers de soins de longue durée, le réseau de santé du Ministère est le seul système qui fait le suivi des données relatives à l'administration de la plupart des médicaments dans les foyers de soins de longue durée dans l'ensemble de la province.

À notre demande, le Ministère a préparé un rapport à partir des données du système du réseau de santé provenant du Programme de médicaments de l'Ontario (pour en savoir davantage sur le système et le programme, voir la Section 3.05, portant sur l'Activité des programmes de médicaments). Ce rapport portait sur les personnes âgées de 65 ans ou plus à qui on avait administré au moins un des huit médicaments à risque élevé d'un échantillon tiré des critères de Beers autorisés au Canada, et qui vivaient dans un foyer de soins de longue durée au 1^{er} janvier 2006 et ont vécu uniquement dans ce foyer en 2006. Bien que plus de 5 700 résidents d'un foyer de soins de longue durée aient reçu au moins un des médicaments de l'échantillon, le rapport indique que 30 foyers de soins de l'Ontario

ont administré ces médicaments à 20 % ou plus de leurs résidents. Les trois établissements visités ne faisaient pas partie de ces 30 foyers.

Grâce à un autre rapport préparé à notre intention par le Ministère à partir de données provenant du Programme de médicaments de l'Ontario, nous avons constaté qu'en 2006, les résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario n'avaient généralement reçu aucun des médicaments de l'échantillon des produits autorisés au Canada et désignés par le Comité national comme convenant rarement aux personnes âgées ou devant toujours être évités. Nous avons toutefois observé qu'environ 675 résidents de foyers de soins de longue durée ont reçu un antibiotique qui, de l'avis du Comité national, devrait n'être utilisé que rarement ou toujours être évité chez les personnes âgées parce qu'il est généralement inefficace et est associé à des effets indésirables. Bien qu'il s'agisse d'une petite partie du nombre total de résidents des foyers de soins de longue durée, nous avons aussi constaté que 20 % de ces personnes vivaient dans seulement 12 établissements, dont l'un de ceux que nous avons visités.

Un rapport publié en avril 2007 dans la revue *Archives of Internal Medicine*, périodique bimensuel de l'*American Medical Association*, faisait une analyse comparative de l'utilisation de médicaments antipsychotiques dans 485 foyers de soins de longue durée en Ontario. Les résultats montrent qu'environ le tiers des résidents recevaient un antipsychotique prescrit par un médecin et que les personnes résidant dans les foyers affichant les taux d'ordonnance les plus élevés étaient trois fois plus susceptibles de recevoir un antipsychotique que celles qui vivaient dans les foyers affichant les taux les moins élevés, quelles que soient les indications cliniques des résidents.

Médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes sont prescrits pour traiter certains troubles mentaux ou problèmes graves de comportement, par exemple une agitation extrême. Cette catégorie de médicaments est celle qui présente les plus hauts taux de réactions indésirables. Il n'existait aucune loi ou exigence du Ministère concernant l'utilisation des psychotropes au moment de notre vérification; toutefois, le projet de loi 140, lorsqu'il sera adopté, permettra l'établissement d'un règlement à ce sujet.

En reconnaissance du fait que les médicaments psychotropes peuvent entraîner des effets secondaires et une détérioration de la santé physique et des facultés cognitives, le Ministère recueillait chaque année des données sur les taux d'utilisation de certains de ces médicaments dans les foyers de soins de longue durée de la province. Le Ministère a cependant cessé cette collecte de données en 2001 en raison de doutes quant à l'exactitude des données.

La démence est l'un des troubles les plus couramment traités par des psychotropes; il ne s'agit pas d'une maladie spécifique, mais plutôt d'un terme décrivant un ensemble de symptômes attribuables à différents troubles du cerveau. Au Canada, une personne de 65 ans ou plus sur 13 est atteinte de démence.

Lorsque les avantages que présente un médicament sont plus importants que les risques qu'il comporte, il peut convenir à certaines personnes atteintes de démence. Toutefois, un article publié dans le *Journal of the American Medical Association* en 2005 conclut que la plupart des pharmacothérapies, notamment lorsqu'il s'agit de médicaments psychotropes, ne sont généralement pas efficaces pour atténuer des symptômes de la démence comme l'agitation et le délire. Bien que l'on ait constaté l'efficacité modérée d'un groupe de psychotropes, les avantages étaient contrebalancés par un risque élevé d'accident vasculaire cérébral. L'article précisait que le traitement de première intention des

patients atteints de démence devrait être axé sur les interventions ne nécessitant aucun médicament. En outre, le document canadien intitulé *National Guidelines for Seniors' Mental Health*, qui décrit une approche fondée sur les faits pour l'évaluation et le traitement des problèmes de santé mentale dans les foyers de soins de longue durée, indique que les interventions psychologiques et sociales devraient normalement être employées de préférence à la pharmacothérapie.

Comme les médicaments psychotropes présentent un risque supérieur d'effets indésirables, le Ministère a lancé en 1999 la Stratégie ontarienne visant la maladie d'Alzheimer et les démences connexes (la Stratégie) dans le but de mettre en place des ressources en consultation psychogériatrique pour faciliter le diagnostic chez les personnes âgées à risque, y compris les personnes qui font preuve d'un comportement agressif. La Stratégie vise aussi à définir des façons de résoudre les problèmes de comportement sans d'abord recourir à la médication. Toutefois, si des médicaments sont jugés nécessaires, la Stratégie comprend un formulaire de surveillance de la médication où sont précisés les effets indésirables potentiels des médicaments, ainsi qu'un formulaire de surveillance semi-horaire des comportements. Ces formulaires peuvent être utilisés lorsqu'un nouveau psychotrope est prescrit ou que le dosage d'un médicament est modifié, afin de faciliter l'évaluation des effets du médicament. Tous les établissements visités connaissaient dans une certaine mesure la Stratégie ou un programme similaire mis en œuvre par le Réseau universitaire de santé, et tous ont déclaré qu'ils recommandaient régulièrement des résidents pour l'un de ces programmes.

Deux des établissements ont précisé qu'ils utilisaient des formulaires de surveillance de la médication lorsqu'un nouveau psychotrope était administré à un résident ou que la dose était modifiée. L'un de ces établissements se servait des formulaires de la Stratégie. Toutefois, nous

n'avons constaté aucune preuve que les formulaires étaient effectivement utilisés lorsqu'un nouveau médicament était administré ou que la dose était modifiée pour les psychotropes de l'échantillon examiné. L'autre établissement avait élaboré ses propres formulaires de surveillance de la médication en réponse à une recommandation formulée par le Ministère à la suite d'une inspection de conformité et a précisé que ces formulaires étaient utilisés depuis septembre 2006 pour les psychotropes ou analgésiques nouvellement administrés ou dont la dose a été modifiée.

L'examen de l'utilisation de ces formulaires nous a permis de constater que les documents décrivant les réactions du résident à un nouveau psychotrope ou analgésique ou à une dose modifiée étaient seulement partiellement remplis. De plus, aucun des cas examinés n'avait fait l'objet d'un suivi quotidien, en dépit des directives figurant sur le formulaire. De tous les dossiers examinés où un nouveau psychotrope a été administré ou la dose modifiée, deux seulement comprenaient un formulaire de surveillance semi-horaire du comportement, semblable à celui que recommande la Stratégie pour la surveillance des patients.

Deux des établissements visités n'avaient établi aucun critère pour déterminer quels résidents devraient être recommandés pour un programme psychogériatrique comme celui de la Stratégie. En outre, même si le Ministère a indiqué qu'il avait offert une formation sur ce sujet à plus de 5 000 employés de foyers de soins de longue durée, les établissements visités nous ont informés qu'ils disposaient d'un nombre limité d'infirmières et d'infirmiers ayant suivi une formation en psychogériatrie comme celle de la Stratégie ou du programme du Réseau universitaire de santé. Des préoccupations similaires quant à la nécessité d'une telle formation ont été soulevées par un jury du coroner à la suite de l'enquête menée en 2005 sur le meurtre de deux résidents d'un foyer de soins de longue durée de Toronto par un autre résident.

Interactions médicamenteuses

Les résidents des foyers de soins de longue durée présentent souvent un certain nombre de problèmes de santé qui doivent être traités par des médicaments. Diverses études ont établi que le risque d'une réaction indésirable à un médicament augmente avec le nombre de médicaments que prend une personne. Un article publié en 2005 dans l'*American Journal of Medicine* et portant sur l'incidence des effets indésirables des médicaments dans deux grands foyers de soins de longue durée, dont l'un se trouvait en Ontario, conclut également que la prise régulière d'un grand nombre de médicaments (ce qui exclut les médicaments administrés « au besoin ») était associée à des effets indésirables. Plus spécifiquement, l'étude a montré que les résidents prenant régulièrement 12 médicaments ou plus étaient plus de deux fois plus susceptibles d'éprouver des effets indésirables que les résidents qui prenaient régulièrement entre un et cinq médicaments.

Le Ministère a souligné que les contraintes du système l'empêchait de nous fournir de l'information sur le nombre de médicaments administrés régulièrement aux résidents des foyers de soins de longue durée à un moment particulier. Toutefois, les pharmaciens des établissements visités nous ont fourni des données indiquant qu'entre 23 % et 28 % des résidents âgés d'au moins 65 ans prenaient régulièrement 12 médicaments ou plus au début de 2007. Aucun des établissements visités n'avait établi de politiques ou de procédures particulières pour surveiller les résidents qui prennent un grand nombre de médicaments.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la pharmacie peut produire des avis concernant les réactions indésirables et les interactions médicamenteuses lorsqu'un nouveau médicament est prescrit à un résident et communiquer avec le médecin pour discuter de la situation. À notre demande, le Ministère a produit un rapport sur les avis concernant les interactions médicamenteuses produits par

le Programme de médicaments de l'Ontario pour chacun des foyers de soins de longue durée. Les avis concernant les interactions médicamenteuses sont mis à jour tous les mois, en fonction des résultats de recherche fournis par un tiers spécialisé dans la gestion des médicaments. Les avis les plus importants, appelés alertes de niveau 1, concernent des combinaisons de médicaments qui sont clairement contre-indiquées dans tous les cas et ne devraient pas être dispensées ni administrées. Ces alertes sont relativement peu fréquentes par rapport au nombre total de médicaments dispensés. Pourtant, le rapport du Ministère montre qu'en 2006, les pharmacies ont dérogé à 91 % des plus de 18 000 alertes de niveau 1 et ont tout de même dispensé les médicaments aux résidents de 421 établissements. Nous avons aussi constaté que 90 % des plus de 700 000 alertes de niveau 2 avaient été ignorées en 2006. Bien que les alertes de niveau 2 concernent des combinaisons de médicaments moins dangereuses, les interactions médicamenteuses risquent tout de même de provoquer des effets indésirables graves. Nous avons aussi observé que, dans quatre établissements (autres que les trois que nous avons visités), des alertes de niveau 2 avaient été générées et ignorées pour au moins 20 % des médicaments délivrés, comparativement à une médiane de 3 % pour l'ensemble des établissements.

Nous reconnaissons que, dans ces cas, les pharmaciens ont peut-être communiqué avec le médecin traitant pour qu'il approuve la dérogation à l'alerte. De plus, bon nombre de ces alertes sont simplement des doublons ou des avertissements inutiles parce que, par exemple, le système du Ministère génère le même avis chaque fois qu'une ordonnance est exécutée, même si le résident tolère la combinaison de médicaments et que le pharmacien a déjà ignoré l'alerte auparavant. Le Ministère n'a cependant pas été en mesure de déterminer le nombre d'alertes uniques. Par conséquent, même si le fonctionnement du système du Ministère entraîne une surévaluation du nombre d'alertes ignorées, cette

situation demeure préoccupante compte tenu du grand nombre d'alertes ignorées et du signalement insuffisant des réactions indésirables mentionné plus haut.

Par ailleurs, tout en reconnaissant le fait que les médicaments sont prescrits et délivrés par des professionnels des soins de santé, nous sommes d'avis que le Ministère, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, devrait surveiller périodiquement les alertes ignorées et assurer un suivi lorsque la fréquence des dérogations uniques semble élevée.

RECOMMANDATION 2

Pour contribuer à réduire le risque de réactions indésirables aux médicaments chez les résidents, les foyers de soins de longue durée devraient :

- s'assurer que les résidents les plus susceptibles d'éprouver des réactions indésirables – par exemple, ceux à qui on a prescrit un nouveau médicament à risque élevé – font l'objet d'une surveillance plus étroite que les autres résidents et que les résultats de cette surveillance sont consignés;
- élaborer et mettre en œuvre des politiques pour garantir la désignation et la consignation systématiques des réactions indésirables aux médicaments, de sorte que des mesures puissent être prises pour empêcher que la situation se reproduise;
- adopter des critères normalisés pour le renvoi des résidents à des programmes psychogériatriques spécialisés et s'assurer qu'un personnel suffisant a suivi une formation pertinente sur ces critères.

De plus, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), devrait examiner périodiquement l'utilisation des médicaments à risque élevé

dans les maisons de soins de santé, ainsi que la fréquence à laquelle les résidents reçoivent des médicaments ayant fait l'objet d'une alerte unique d'interaction médicamenteuse, ou encore devrait permettre à l'OMCO et aux autres organismes de réglementation compétents d'accéder à ces données pour que des mesures de suivi puissent être prises lorsque l'utilisation de médicaments à risque élevé et la fréquence des dérogations aux alertes semblent indûment élevées.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans l'ensemble, les établissements souscrivaient à cette recommandation. Un établissement a souligné qu'il exerçait maintenant une surveillance plus étroite des résidents présentant un risque supérieur de réactions indésirables, ainsi que des autres personnes présentant un risque élevé, par exemple les nouveaux résidents. De plus, cet établissement avait mis en place des pratiques pour assurer la désignation et la consignation systématiques des réactions indésirables aux médicaments et établi des critères pour le renvoi des résidents à des programmes psychogériatriques spécialisés. Deux des établissements ont souligné qu'ils profitaient des initiatives financées par le Ministère pour accroître le nombre de leurs employés qui suivent une formation spécialisée auprès de conseillers en psychogériatrie de la collectivité, ainsi que pour offrir aux employés des activités de formation diversifiées, notamment en surveillance de la médication. Le troisième établissement a déclaré qu'à son avis, le Ministère devrait offrir des cours spécialisés à l'intention d'infirmières et infirmiers sélectionnés des foyers de soins de longue durée et a souligné qu'à l'heure actuelle, le Ministère offrait peu de financement pour

la formation du personnel. Cet établissement déclare également qu'il est difficile de garder les employés possédant une formation spécialisée dans ces domaines, ceux-ci cherchant souvent de meilleurs postes ailleurs.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la première partie de la recommandation et collaborera avec les foyers de soins de longue durée et d'autres partenaires, notamment les réseaux locaux d'intégration des services de santé, afin de cerner les possibilités d'aider les foyers de soins de longue durée à se conformer à tous les aspects de la recommandation. Le système commun d'évaluation des résidents, qui est maintenant déployé dans 25 % des établissements, soutient l'amélioration des pratiques de gestion des médicaments au niveau de chaque établissement et de l'ensemble des établissements. Ce système permettra de s'assurer que les foyers disposent d'indicateurs de qualité relatifs aux médicaments pour permettre aux prestataires de soins de reconnaître les résidents à risque élevé qui devraient faire l'objet d'une surveillance accrue afin de déceler les effets des médicaments. Le système permettra aussi de produire des rapports sur les résultats, qui porteront en outre sur la gestion des médicaments. De plus, le Ministère a recensé diverses possibilités de collaboration avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (l'Institut) à propos de son outil d'autoévaluation pour les foyers de soins de longue durée. Ainsi, les foyers seront davantage en mesure de cerner les possibilités d'amélioration en matière de gestion des médicaments. Le Ministère entend travailler de concert avec l'Institut pour encourager les foyers de soins de longue durée à profiter de cette initiative.

Le Ministère souligne que les questions relatives aux pratiques d'ordonnance spécifiques

relèvent de la pratique professionnelle et sont du ressort du médecin traitant. Le Ministère compte sur le jugement des professionnels de la santé réglementés pour déterminer le type et la quantité de médicaments dont a besoin un résident particulier. Toutefois, il reconnaît les risques qui pourraient découler de l'administration de plusieurs médicaments, notamment chez les personnes âgées, et appuie le partage d'information et les modèles de soins collaboratifs des professionnels réglementés dans ce domaine.

PROTECTION DES MÉDICAMENTS

Contrôle de l'accès aux médicaments

En vertu des règlements afférents à la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et à la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, les médicaments doivent être entreposés sous clé dans des armoires (par exemple, un chariot à médicaments), des pièces ou, le cas échéant, des réfrigérateurs. En conservant les médicaments sous clé, on prévient l'accès indu par les résidents, le personnel ou d'autres personnes. Dans les établissements visités, nous avons constaté que la plupart des médicaments d'ordonnance étaient entreposés dans des chariots à médicaments, dont le personnel infirmier se sert pour distribuer les médicaments aux résidents.

Clés et codes pour accéder aux médicaments

Nous avons constaté qu'aucun des foyers visités n'avait établi de politique écrite concernant les membres du personnel qui devraient avoir accès aux médicaments. Aucun ne tenait un registre indiquant à quels membres du personnel les différentes clés avaient été confiées.

L'un des établissements utilisait des dispositifs de verrouillage à clavier numérique pour trois de ses six chariots à médicaments, fournis par la pharmacie sous contrat. Cette méthode constituerait un bon moyen de contrôle si on pouvait attribuer à chaque personne un code exclusif, qui permettrait de savoir qui a accédé au contenu du chariot. Toutefois, les chariots de l'établissement n'étaient pas dotés de cette fonction. En fait, nous avons constaté que le même code était utilisé pour deux des chariots et qu'on avait attribué le même code à tous les membres du personnel infirmier travaillant dans les différentes ailes de l'établissement. De plus, nous avons été informés qu'un code maître, qui permet l'accès aux trois chariots, était affiché dans les pièces où sont conservés les médicaments. En conséquence, environ 30 infirmières et infirmiers et autres personnes ayant accès à cette pièce pouvaient à n'importe quel moment utiliser le code maître pour déverrouiller l'un des trois chariots, sans que cet accès ne soit consigné.

Verrouillage des pièces où sont entreposés des médicaments

Dans les établissements visités, la pièce des médicaments était utilisée principalement pour entreposer les médicaments fournis par le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario. Se trouvaient aussi dans cette pièce les médicaments à éliminer, les chariots à médicaments non utilisés et les médicaments à conserver au réfrigérateur. Un des établissements a précisé que la haute direction effectuait régulièrement des vérifications pour s'assurer que la pièce des médicaments était verrouillée. Toutefois, il n'existait aucun document pour étayer la fréquence et les résultats de ces vérifications. Les deux autres établissements n'avaient pas mis en place de politiques concernant des vérifications régulières.

Mise sous verrou des narcotiques et des autres médicaments contrôlés

En vertu d'un règlement afférant à la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, les narcotiques doivent être conservés sous double verrou (par exemple, dans un compartiment verrouillé d'un chariot à médicaments lui-même verrouillé). En outre, d'autres médicaments contrôlés doivent aussi être conservés sous double verrou au titre de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*. Nous avons constaté que tous les foyers visités avaient mis en place des politiques générales concernant la mise sous double verrou des narcotiques.

Santé Canada classe certains médicaments, y compris les narcotiques, parmi les substances contrôlées. Selon Santé Canada, une substance contrôlée s'entend de « toute forme de drogue que le gouvernement fédéral a catégorisée comme ayant un potentiel d'abus ou d'accoutumance plus élevé que la moyenne [...] Les substances contrôlées comprennent autant les drogues illicites en vente libre que les médicaments prescrits. » Les benzodiazépines constituent l'une des catégories de substances contrôlées fréquemment administrées dans les établissements visités; elles sont prescrites comme sédatif ou pour soulager l'anxiété. Toutefois, les établissements traitaient ces médicaments comme n'importe quel médicament autre qu'un narcotique, aucune directive n'exigeant que des mesures de sécurité supplémentaires soient prises. En conséquence, les benzodiazépines sont facilement accessibles si un chariot à médicaments est laissé déverrouillé et sans surveillance. De plus, nous avons constaté que, dans deux établissements, des benzodiazépines avaient disparu des réserves d'urgence sans qu'on puisse expliquer leur absence.

Suivi de l'utilisation des médicaments

En vertu du *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* du Ministère, tous les médicaments administrés à un résident doivent

être consignés. Les établissements visités exigeaient généralement que le personnel infirmier consigne les médicaments pris par un résident dans le registre d'administration des médicaments du résident. Si un médicament n'est pas administré (par exemple, si le résident refuse de le prendre), les établissements exigent aussi que ce renseignement soit inscrit dans le registre d'administration des médicaments. Dans le cas des médicaments qui ne font pas partie des « bandes » hebdomadaires, ainsi que des narcotiques et des autres médicaments plus susceptibles d'être volés, un rapprochement périodique des médicaments administrés, des médicaments reçus et des médicaments restants permet d'éviter le détournement et le gaspillage des médicaments et de vérifier l'exactitude du contenu des registres d'administration des médicaments des résidents.

Dans tous les établissements visités, le personnel infirmier était tenu de consigner l'administration de narcotiques dans le registre d'administration des médicaments du résident concerné, et d'ajuster ensuite la quantité restante en stock dans le registre des narcotiques conservé avec la réserve. Deux des établissements utilisaient aussi une fiche d'inventaire des narcotiques au changement de quart de travail, où est indiquée la quantité de narcotiques en réserve pour chaque résident d'un étage ou d'une aile spécifique. L'infirmière ou l'infirmier terminant son quart et la relève devaient tous deux signer la fiche d'inventaire pour confirmer la quantité de narcotiques. Nous avons constaté que ces formulaires étaient généralement remplis dans les établissements visités. Toutefois, aucun des établissements n'effectuait de vérification périodique pour s'assurer que les différents registres concordaient. Le pharmacien d'un des établissements a indiqué que, dans certains cas, la pharmacie effectue le rapprochement entre le registre des narcotiques administrés aux résidents et les fiches d'inventaire au changement de quart et, en cas de non-concordance, compare ces documents aux

registres d'administration des médicaments des résidents. Nous n'avons toutefois vu aucun document prouvant que ce rapprochement avait été fait en 2006 ou durant les premiers mois de 2007.

Comme les établissements ne font pas un rapprochement périodique des registres des narcotiques, nous avons examiné un échantillon de registres d'administration des médicaments, de registres des narcotiques et de fiches d'inventaire des narcotiques au changement de quart, le cas échéant. Nous avons constaté des irrégularités dans tous les établissements. Par exemple, nous avons observé un cas où le registre d'administration des médicaments du résident avait été signé pour indiquer que des narcotiques avaient été donnés, alors que la fiche d'inventaire au changement de quart indiquait qu'il n'y avait aucun narcotique en réserve. Nous avons aussi constaté un cas où la fiche d'inventaire des narcotiques au changement de quart indiquait une diminution des réserves plus importante que le nombre de narcotiques administré selon les registres d'administration des médicaments.

La législation fédérale canadienne n'est pas explicite en ce qui a trait aux procédures particulières à respecter; nous avons constaté que la loi en vigueur dans l'État du Michigan exige que les établissements de santé où des patients hospitalisés bénéficient de services de pharmacie tiennent un registre du nombre de doses dispensées pour toutes les substances contrôlées. L'État du Michigan exige aussi qu'un inventaire physique soit effectué chaque année et que toute irrégularité entre cet inventaire et les registres d'acquisition et de dispense soit expliquée.

RECOMMANDATION 3

Pour mieux protéger les médicaments contre un vol ou une mauvaise utilisation accidentelle, les foyers de soins de longue durée devraient :

- s'assurer que l'accès du personnel aux médicaments est restreint le plus possible et

conforme aux lois et aux normes en vigueur, quel que soit le lieu d'entreposage des médicaments;

- effectuer périodiquement un rapprochement entre les registres des médicaments administrés, les registres des médicaments reçus et les stocks de narcotiques et d'autres médicaments plus susceptibles d'être volés (par exemple, les benzodiazépines) et prendre immédiatement des mesures si l'exercice de rapprochement révèle qu'il manque des narcotiques dont l'utilisation ne peut pas être justifiée.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans l'ensemble, les établissements souscrivaient à cette recommandation. Un établissement a toutefois souligné qu'à elles seules les lignes directrices n'empêcheraient pas le vol de médicaments et qu'il envisageait la mise en place d'un mécanisme de suivi en cas de présomption de vol, afin d'attraper le coupable.

Un autre établissement a indiqué que, pour améliorer davantage la protection des médicaments, il a maintenant mis en place un processus de prêt contre signature pour les clés supplémentaires qu'utilisent les infirmières et infirmiers autorisés à accéder aux médicaments. De plus, cet établissement a précisé qu'il effectuait maintenant régulièrement le rapprochement des registres des médicaments pour surveiller les narcotiques et qu'il examinerait, en collaboration avec la pharmacie sous contrat, la possibilité d'exécuter un rapprochement périodique des registres concernant les autres médicaments plus susceptibles d'être volés. L'établissement a indiqué que des solutions électroniques pourraient être utiles, car le processus de suivi peut être difficile à mettre en œuvre.

Le troisième établissement a déclaré qu'avec l'aide de la pharmacie sous contrat, il effectuait des recherches sur les chariots à médicaments afin de déterminer quels chariots sont les plus sûrs pour l'administration des médicaments dans un foyer de soins de longue durée. En outre, l'établissement était en train d'élaborer, toujours avec l'aide de la pharmacie sous contrat, une méthode de rapprochement à intervalles réguliers des fiches de contrôle des narcotiques avec les registres d'administration des médicaments des résidents, qui est conforme aux normes de pratiques exemplaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la recommandation et collaborera avec les foyers de soins de longue durée et d'autres partenaires, notamment les réseaux locaux d'intégration des services de santé, afin de cerner les possibilités d'aider les foyers de soins de longue durée à donner suite à la recommandation.

MÉDICAMENTS PÉRIMÉS

La plupart des médicaments ont une durée de vie limitée, après quoi ils perdent généralement de leur efficacité. Dans certains cas, ils peuvent même provoquer de nouvelles réactions indésirables lorsqu'ils sont périmés. Tous les établissements visités avaient établi des politiques concernant la vérification des médicaments pour s'assurer qu'ils ne sont pas périmés, même si dans un des établissements, cette politique n'était consignée nulle part. En outre, bien qu'un des foyers ait précisé que les médicaments devraient être vérifiés tous les mois, les deux autres n'avaient pas établi la fréquence à laquelle la date de péremption des médicaments doit être vérifiée. Nous avons été informés qu'un conseiller rattaché à la pharmacie de chacun des établissements effectuait des vérifications ponctuelles pour s'assurer

que les médicaments n'étaient pas périmés, bien que cette démarche n'ait été consignée nulle part dans un des établissements.

Contenants multidoses

Dans les établissements visités, la plupart des médicaments dispensés par la pharmacie étaient administrés aux résidents dans la semaine. Il arrive toutefois que certains résidents aient besoin de médicaments comme des gouttes ophtalmiques, des inhalateurs et des vaporisateurs nasaux, qui sont distribués dans des contenants multidoses et administrés quotidiennement, ou au besoin. Ces médicaments sont assortis d'une date de péremption valide tant que le contenant est scellé, mais deviennent périmés généralement un certain nombre de jours après l'ouverture. De tels médicaments, lorsqu'ils sont prescrits pour un usage quotidien, sont généralement utilisés en entier avant la date de péremption. Toutefois, les médicaments prescrits administrés seulement au besoin sont plus susceptibles de devenir périmés avant d'avoir été utilisés en entier, puisqu'ils sont généralement administrés à intervalles irréguliers.

Deux des établissements visités avaient établi une politique consistant à inscrire la date d'ouverture sur le contenant des médicaments comme les gouttes ophtalmiques, les inhalateurs et les vaporisateurs nasaux pour s'assurer qu'ils sont jetés avant la date de péremption. Comme ces médicaments deviennent périmés à différents moments après ouverture – certains durent un mois, d'autres, trois – l'un des établissements avait adopté comme pratique d'inscrire aussi, dans certains cas, la date à laquelle le contenant devait être jeté. Dans ces deux établissements, nous avons examiné les chariots utilisés pour entreposer sous clé les médicaments à administrer aux résidents. Nous avons constaté que, dans un des foyers, la date d'ouverture du contenant était inscrite sur presque tous les produits conformément à la politique en vigueur, mais dans l'autre, la date d'ouverture n'était inscrite que sur la

moitié des inhalateurs et des gouttes ophtalmiques examinés. Nous avons aussi constaté que plusieurs inhalateurs de l'un des établissements étaient périmés depuis un à trois mois. En outre, dans certains cas, des médicaments périmés avaient été administrés aux résidents.

Dans le troisième établissement, le personnel se fiait à la date de péremption préimprimée sur le contenant pour déterminer si les gouttes ophtalmiques, les inhalateurs et les vaporisateurs nasaux étaient périmés. Nous n'avons donc pas pu évaluer si les médicaments se trouvant dans le chariot étaient périmés en fonction de la date à laquelle ils avaient été ouverts. Nous avons toutefois pu observer quelques cas où la date de péremption préimprimée sur les contenants était déjà passée. Par ailleurs, la date de péremption n'était pas visible sur environ le tiers des médicaments examinés, parce qu'elle était recouverte d'une étiquette collée par la pharmacie, de sorte que ni le personnel de l'établissement ni les vérificateurs ne pouvaient déterminer facilement si les médicaments étaient périmés ou non.

Réserve de médicaments d'urgence

Les foyers de soins de longue durée gardent généralement en stock certains médicaments pour répondre aux besoins urgents des résidents. Les établissements sélectionnent ces médicaments avec l'aide de leur pharmacien et parfois d'un médecin; le médecin approuve parfois les médicaments de la réserve d'urgence. Tous les foyers de soins visités avaient mis en place une réserve d'urgence contenant entre 20 et 50 médicaments ou dosages différents. Deux des établissements conservaient des narcotiques dans leur réserve d'urgence. De plus, tous trois avaient établi des politiques concernant l'examen des médicaments d'urgence, allant d'une vérification mensuelle ou trimestrielle à une vérification « régulière » pour s'assurer que les médicaments n'étaient pas périmés et convenaient toujours aux besoins des résidents. Ces réserves

d'urgence étaient utilisées entre 40 et 200 fois par année, selon la taille de l'établissement.

L'examen de la réserve de médicaments d'urgence des foyers visités nous a permis de constater ce qui suit :

- Dans un des foyers, la réserve d'urgence était complète et ne contenait aucun médicament périmé.
- Dans un autre foyer, presque 30 % des différents types de médicaments d'urgence étaient périmés – dans un cas, le médicament était périmé depuis dix mois. En outre, deux des médicaments figurant sur la liste d'urgence n'étaient pas en stock, et cinq autres n'étaient pas conservés selon les quantités minimales prescrites. Aucun document n'indiquait à quand remontait la dernière vérification de la réserve de médicaments d'urgence pour s'assurer qu'elle était complète et appropriée.
- Dans le troisième foyer, aucune quantité minimale ou maximale n'avait été établie pour environ 55 % des médicaments de la réserve d'urgence, incluant cinq narcotiques dont deux étaient entreposés dans différents dosages. Lorsque des quantités minimales avaient été établies, plus de la moitié des provisions d'urgence de ces médicaments se trouvaient sous la quantité minimale requise au moment de notre vérification. Nous avons aussi constaté que, dans certains cas, la réserve ne contenait qu'un ou deux comprimés de certains médicaments d'urgence pendant une période allant de deux à quatre semaines avant que la réserve ne soit réapprovisionnée.

Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario

Le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario (le Service) fournit gratuitement certains médicaments, par exemple de l'acétaminophène (nom

générique de Tylenol), des antitussifs, des laxatifs et des vitamines aux foyers de soins de longue durée, à l'intention des résidents. La plupart du temps, ces médicaments ne sont administrés aux résidents que sur ordonnance d'un médecin. Il n'y a pas de limite à la quantité de ces médicaments qu'un établissement peut commander auprès du Service, et le Ministère n'exerce pas de suivi de la façon dont les foyers de soins de longue durée utilisent les médicaments pour leurs résidents. En outre, les foyers de soins de longue durée que nous avons visités ne surveillaient pas l'utilisation de ces médicaments. Dans ces établissements, les médicaments reçus du Service étaient entreposés dans une pièce réservée aux médicaments et, dans un cas, dans le bureau de la direction des soins infirmiers de l'établissement. En règle générale, le personnel infirmier se procurait un contenant de pilules dans la réserve et le conservait dans le chariot à médicaments ou dans un autre endroit sûr de l'unité pour pouvoir y accéder facilement en cas de besoin. Un des foyers a indiqué que le personnel infirmier accumulait auparavant des réserves de médicaments dans l'unité; les médicaments devenaient périmés alors avant d'avoir été utilisés, parce que les stocks étaient plus importants que les besoins des résidents. Cet établissement a donc établi des quantités maximales pour les commandes, afin de réduire le surstockage de médicaments.

Les médicaments remis gratuitement aux foyers de soins par le Service étaient généralement fournis en grandes quantités et n'étaient pas destinés à des résidents spécifiques. Chaque établissement avait adopté ses politiques et pratiques propres pour déterminer la quantité de médicaments à commander auprès du Service. Cependant, aucun des établissements n'avait de méthode pour estimer de manière raisonnable la quantité de médicaments offerts par le Service dont ils avaient besoin.

Notre examen des médicaments obtenus auprès du Service a permis de constater que chacun des établissements visités entreposait des médicaments

périmés avec des médicaments semblables destinés à être administrés au besoin aux résidents. Dans l'un des établissements, la date de péremption indiquée sur certains contenants d'un type de médicament était dépassée depuis quatre mois, et sur deux autres types de contenant, depuis plus d'un an. En outre, aucun des établissements n'avait surveillé de manière systématique dans quelle mesure ces médicaments devenaient périmés avant d'avoir été utilisés pour s'assurer de commander à l'avenir uniquement les quantités nécessaires pour répondre aux besoins.

RECOMMANDATION 4

Pour s'assurer que les résidents reçoivent leurs médicaments d'une manière sûre et efficace, les foyers de soins de longue durée devraient mettre en place des mécanismes pour garantir que les médicaments dont la date de péremption approche soient repérés et retirés des stocks au moment opportun.

De plus, pour s'assurer que les médicaments sont disponibles en quantité suffisante (mais non excessive) lorsque le besoin se fait sentir, les foyers de soins de longue durée devraient fixer des volumes de commande minimaux et maximaux pour les médicaments de la réserve d'urgence fournis par le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario, en fonction de l'utilisation que les résidents en font.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans l'ensemble, les foyers de soins souscrivaient à cette recommandation. Un des établissements a souligné que, avec l'aide de la pharmacie sous contrat, il avait examiné et révisé ses méthodes d'inspection et de retrait des médicaments dont la date de péremption

approche. Cet établissement a aussi indiqué que des initiatives continues de sensibilisation et de formation à ce sujet seraient offertes aux membres du personnel. Un autre établissement a déclaré qu'il entendait mettre en œuvre un processus de vérification pour repérer et retirer les médicaments dont la date de péremption approche. Le troisième établissement a souligné qu'il avait mis au point un processus de vérification mensuelle de la date de péremption des médicaments obtenus auprès du Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario. De plus, cet établissement envisageait d'entreprendre, en collaboration avec la pharmacie sous contrat, un examen des pratiques exemplaires concernant l'établissement de la date de péremption après ouverture des médicaments présentés dans des contenants multidoses, comme les gouttes ophtalmiques et les inhalateurs, et prévoyait formuler des recommandations fondées sur les normes de pratiques exemplaires à l'intention de son comité de pharmacologie et de thérapeutique.

En ce qui a trait aux médicaments fournis par le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario, un établissement a indiqué qu'il surveillait maintenant les commandes et prenait des mesures lorsque les réserves augmentaient. Il a également souligné que la mise en place du conditionnement sous bande avait diminué la nécessité de conserver sur place de grandes quantités de médicaments en comprimés. Un autre établissement a souligné que son comité consultatif professionnel effectuerait un examen de sa réserve de médicaments d'urgence.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la recommandation et collaborera avec les foyers de soins de longue

durée et d'autres partenaires, notamment les réseaux locaux d'intégration des services de santé, afin de cerner les possibilités d'aider les foyers de soins de longue durée à donner suite à la recommandation.

DESTRUCTION DES MÉDICAMENTS EXCÉDENTAIRES

Les foyers de soins de longue durée accumulent des médicaments excédentaires lorsque les remèdes fournis par la pharmacie ou par le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario (le Service) ne sont pas administrés aux résidents. Cela peut se produire par exemple lorsque le programme de traitement d'un résident est modifié ou que les médicaments sont périmés avant d'avoir été utilisés, ou encore au départ ou au décès d'un résident.

Protection des médicaments à éliminer

Dans les trois établissements visités, les médicaments excédentaires à éliminer, y compris les narcotiques, étaient généralement conservés sous clé. Les grandes quantités de narcotiques étaient conservées sous clé dans un compartiment distinct de la pièce des médicaments, dans les chariots ou dans le bureau de la haute direction, mais d'autres médicaments et de petites quantités de narcotiques (une réserve de trois jours ou moins) étaient généralement conservés dans des plateaux non verrouillés, dans une pièce à médicaments verrouillée.

Élimination responsable des médicaments excédentaires

La *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et la *Loi sur les établissements de bienfaisance* exigent toutes deux que les médicaments excédentaires découlant du départ ou du décès d'un résident soient consignés et

détruits. Par ailleurs, la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* exige la destruction des médicaments excédentaires résultant d'une modification du programme de traitement d'un résident. Les registres de destruction doivent comprendre tous les détails pertinents, notamment le nom du résident, le nom du médicament, la raison justifiant la destruction et la date de destruction.

Tous les établissements visités avaient établi des politiques concernant la destruction des médicaments excédentaires découlant des situations susmentionnées ou d'autres circonstances. Nous avons constaté que deux des établissements visités avaient aussi établi leurs propres politiques écrites, lesquelles stipulaient que tous les médicaments à détruire, y compris ceux qui ne devaient plus être administrés, devaient faire l'objet d'un suivi. Toutefois, aucun des établissements ne consignait de manière systématique tous les renseignements requis au titre de la loi ou de leurs propres politiques sur la destruction des médicaments. Dans un des établissements, par exemple, plus de la moitié des quelque 400 entrées dans le registre des médicaments à détruire ne comprenaient pas tous les renseignements obligatoires.

La loi exige également qu'un membre du personnel infirmier et, en règle générale, un pharmacien ou un médecin soient présents lorsque les médicaments sont détruits. Dans les établissements visités, la direction des soins infirmiers, dont le titulaire est aussi infirmière ou infirmier, et le pharmacien sous contrat supervisaient généralement le processus de destruction. Les membres du personnel de la haute direction de deux des établissements ont souligné que la supervision du processus de destruction exigeait beaucoup de temps, parce qu'il faut retirer les médicaments de leur emballage et vérifier s'ils figurent sur la liste des médicaments à détruire. À leur avis, il serait plus efficace pour eux de consacrer du temps aux activités directement liées aux soins des résidents. Le troisième établissement avait choisi de faire affaire avec une entreprise de traitement

des déchets biologiques dangereux, qui ramasse et détruit les déchets sans que l'établissement ou le pharmacien n'ait à retirer les médicaments de leur emballage au préalable. Nous avons constaté que les foyers de soins de longue durée détruisaient parfois des quantités importantes de médicaments. Par exemple, l'examen des registres de destruction d'un des établissements visités a révélé que plus de 1 000 pilules de narcotiques avaient été détruites en quatre mois en 2006.

Dans deux des établissements visités, le personnel infirmier avait la responsabilité de remettre à la haute direction les narcotiques excédentaires aux fins de destruction. Dans le troisième établissement, les narcotiques excédentaires à une réserve de trois jours étaient conservés sous double verrou dans les chariots à médicaments, jusqu'à ce que la haute direction les ramasse pour les détruire. Des quantités moindres étaient entreposées dans des plateaux non verrouillés, dans la pièce des médicaments. Nous avons toutefois constaté qu'aucun des établissements n'avait mis en place des mesures de contrôle pour s'assurer que tous les narcotiques excédentaires étaient remis à la haute direction ou entreposés comme il se doit. Par exemple, nous avons observé que la haute direction des établissements ne vérifiait pas régulièrement les données figurant sur les formulaires de suivi des narcotiques pour s'assurer que tous les narcotiques excédentaires lui étaient remis. L'examen d'un échantillon de ces formulaires nous a permis de constater des cas où certains narcotiques auraient dû se trouver sur la liste des médicaments à détruire, mais n'y figuraient pas. Par exemple, nous avons repéré le cas d'un résident à qui on administrait de la morphine au besoin; pourtant, la liste des médicaments à détruire au décès du résident ne comprenait pas les comprimés de morphine restants, et rien n'indiquait que les médicaments avaient été détruits.

L'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) a souligné que les médicaments non utilisés pouvaient être mis à la

disposition des pays en voie de développement par l'entremise de divers programmes et que l'Organisation mondiale de la santé avait publié des lignes directrices concernant les dons de médicaments. En outre, la réglementation provinciale du Manitoba autorise, dans certains cas, le reconditionnement des médicaments dont le contenant est scellé et n'a pas été ouvert à l'intention d'une autre personne. Toutefois, l'Ontario ne permet pas le reconditionnement ni le don aux pays en développement des contenants de médicaments non ouverts en trop résultant du départ ou du décès d'un résident ou, dans le cas des maisons de soins infirmiers, d'une modification du programme de traitement d'un résident, puisque la loi exige que ces médicaments soient détruits.

Dans une norme intitulée *Standards for Pharmacists Providing Pharmacy Services to Licensed Long Term Care Facilities*, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario souligne l'importance du respect des exigences environnementales et des principes éthiques à l'occasion de la destruction des médicaments dans les foyers de soins de longue durée. Il précise également que la destruction doit être faite d'une manière respectueuse de l'environnement. Même si tous les établissements visités avaient établi des politiques exigeant la consignation des médicaments détruits, l'un d'entre eux précisant même à quelle fréquence les médicaments doivent être éliminés, aucun n'avait de politique écrite concernant la façon dont les médicaments doivent être détruits. En outre, des entrevues avec le personnel infirmier ont révélé que, dans deux des établissements, les médicaments (y compris les narcotiques) n'étaient pas toujours éliminés d'une manière respectueuse de l'environnement; les pilules gâtées (par exemple, celles qui sont accidentellement tombées par terre) sont parfois simplement jetées à la poubelle. Les narcotiques injectables sont aussi éliminés de différentes manières. Le personnel infirmier d'un des deux établissements nous a informés que le contenu résiduel était parfois vidé dans un mouchoir qu'on

jetait ensuite à la poubelle, ou que les flacons ouverts et leur contenu étaient simplement déposés dans un contenant pour les seringues souillées et les autres objets tranchants qui est ensuite remis à la direction des soins infirmiers. Dans l'autre établissement, les narcotiques injectables étaient parfois déposés dans un contenant pour les objets tranchants ou simplement jetés aux égouts. Dans son rapport annuel de 2004-2005, le Commissaire à l'environnement de l'Ontario soulignait que les produits pharmaceutiques déversés dans les cours d'eau de l'Ontario pouvaient avoir des répercussions graves sur l'environnement.

Examen des déchets pharmaceutiques

Le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* du Ministère souligne que dans les foyers de soins de longue durée, c'est le comité de pharmacologie et de thérapeutique – qui, dans les établissements visités, est composé du pharmacien, de la direction des soins infirmiers et d'un administrateur – qui a la responsabilité d'examiner les registres de destruction des médicaments afin de repérer le gaspillage inutile et de formuler des recommandations à ce sujet. Toutefois, aucun des établissements visités n'avait évalué l'importance des déchets générés par les médicaments excédentaires, périmés ou gâtés (par exemple, par un déversement accidentel).

Avant juin 2006, les établissements pouvaient retourner au Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario les médicaments périmés, initialement fournis par le Service, aux fins de destruction. Le Ministère a expliqué que le Service a cessé d'accepter ces retours lorsque des établissements ont commencé à retourner des médicaments ne provenant pas du Service, ainsi que des seringues, des échantillons de laboratoire et d'autres articles dont ils auraient dû se débarrasser eux-mêmes.

RECOMMANDATION 5

Pour réduire les déchets pharmaceutiques et les éventuels détournements de médicaments, ainsi que pour promouvoir l'élimination efficace et respectueuse de l'environnement des médicaments excédentaires, les foyers de soins de longue durée devraient :

- en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé, examiner les solutions possibles pour simplifier le processus de suivi et de destruction des médicaments tout en maintenant l'obligation de prendre les précautions qui s'imposent;
- effectuer une surveillance périodique du personnel pour s'assurer que les employés respectent les politiques établies en matière d'élimination des médicaments périmés ou excédentaires.

Durant l'élaboration des règlements afférents au projet de loi 140 (la nouvelle loi sur les foyers de soins de longue durée), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait également envisager la possibilité de mettre en œuvre d'autres solutions, comme celles qui ont été adoptées ailleurs en ce qui a trait à la destruction des contenants de médicaments non ouverts qui sont encore utilisables.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans l'ensemble, les établissements souscrivaient à cette recommandation; un établissement a indiqué qu'il avait mis en place un processus bien établi pour la destruction des médicaments, qui relève à la fois du foyer et de la pharmacie sous contrat. Il a également souligné qu'un système de suivi électronique permettrait le partage de l'information et la production de

rapports utiles qui procureraient des avantages pour les résidents. Un autre établissement a indiqué que, en dépit de son caractère fastidieux, le processus actuel était nécessaire pour satisfaire aux normes établies. Cet établissement a aussi souligné qu'il étudiait, avec l'aide de la pharmacie sous contrat, la possibilité d'utiliser un système de codes à barres pour faire un meilleur suivi des médicaments tout en améliorant la sécurité et la responsabilisation. De plus, l'établissement a précisé que la destruction des médicaments à intervalles plus courts pourrait réduire le risque de détournement et il s'est montré intéressé à participer à un comité de travail du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour examiner des moyens de simplifier le processus de suivi et de destruction des médicaments.

En outre, un des établissements a suggéré que des méthodes d'élimination des médicaments respectueuses de l'environnement soient intégrées dans tous les milieux de soins. L'établissement a également souligné qu'il avait révisé sa politique existante pour y inclure des méthodes sûres d'élimination de tous les médicaments. Un autre établissement a déclaré qu'il allait renforcer la formation du personnel sur l'élimination des médicaments.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la recommandation et collaborera avec les foyers de soins de longue durée et d'autres partenaires, notamment les réseaux locaux d'intégration des services de santé, afin de cerner les possibilités d'aider les foyers de soins de longue durée à donner suite à la recommandation.

Par ailleurs, le Ministère examinera la possibilité de mettre en œuvre des solutions de rechange à la destruction des contenants de médicaments non ouverts dans le cadre de l'élaboration des

règlements afférents au projet de loi 140. Pour ce faire, il examinera les pratiques en vigueur en Ontario et ailleurs, en collaboration avec ses partenaires.