

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE – GESTION DES MÉDICAMENTS

(Rapport annuel 2007 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.10)

1^{re} session, 39^e législature
58 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Foyers de soins de longue durée – gestion des médicaments (Rapport annuel 2007 du
vérificateur général de l'Ontario, section 3.10) [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : Long-term-care homes – medication management
(Section 3.10, 2007 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Monographie électronique en format PDF.

Mode d'accès: World Wide Web.

Également publ. en version imprimée.

ISBN 978-1-4249-9994-1

1. Établissements de soins de longue durée—Ontario—Audit. 2. Établissements de soins de
longue durée—Services pharmaceutiques—Ontario—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Long-
term-care homes – medication management (Section 3.10, 2007 Annual report of the
Auditor General of Ontario)

RA999.P45 O56 2009

362.1609713

C2009-964032-5

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Norm. Sterling".

Norman W. Sterling

Queen's Park
Novembre 2009

**COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

1^{re} session, 39^e législature

NORMAN W. STERLING
Président

TED ARNOTT
Vice-président

FRANCE GÉLINAS

LIZ SANDALS

PHIL MCNEELY

MARIA VAN BOMMEL

JERRY J. OUELLETTE

DAVID ZIMMER

DAVID RAMSAY

Katch Koch
Greffier du comité

Lorraine Luski
Recherchiste

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

LAURA ALBANESE a été remplacée par DAVID RAMSAY le 15 septembre 2009.

ERNIE HARDEMAN a été remplacé par TED ARNOTT le 15 septembre 2009.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
APERÇU	1
Nombre et catégories de foyers	1
Gestion et financement	2
Coûts des médicaments	2
Cadre de rémunération : médecins et pharmaciens	3
Médecins	3
Pharmaciens	4
Cadre législatif et réglementaire	4
OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION	4
ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ	5
Modification du cadre de rémunération	5
Contrats des foyers de soins de longue durée avec des pharmacies	6
Consentement éclairé à une médication	7
Erreurs de médication	8
Utilisation de médicaments à risque élevé	9
Médicaments psychotropes à risque élevé	9
Interactions médicamenteuses	10
Dérogation aux avertissements automatiques concernant les médicaments	11
RECOMMANDATIONS	13

INTRODUCTION

Plus de 19 millions d'ordonnances de médicaments ont été remplies pour les 75 000 résidents de foyers de soins de longue durée de l'Ontario en 2006-2007. En moyenne cette année-là, environ cinq ordonnances ont été remplies chaque semaine pour chaque résident. De même, de 23 à 28 % des résidents aux trois foyers visités par le vérificateur prenaient au moins 12 médicaments d'ordonnance. Les membres du Comité ont été surpris de cette utilisation massive de médicaments d'ordonnance dans les foyers, et ils ont estimé que le nombre d'ordonnances remplies pour les résidents était l'une des principales conclusions de la vérification de l'optimisation des ressources menées par le vérificateur général au chapitre de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (section 3.10).*

Le Comité permanent des comptes publics a tenu en mai 2008 une journée d'audiences publiques au sujet de cette section du rapport du vérificateur. Des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) ainsi que des représentants de deux des foyers visés par une vérification ont témoigné devant le Comité. (Pour prendre connaissance de nos débats, lire le Hansard du Comité du 1^{er} mai 2008.) Notre rapport souligne l'essentiel des observations et des recommandations du vérificateur figurant à la section 3.10, et il présente nos propres constatations, opinions et recommandations.

Nous souscrivons aux constatations et aux recommandations du vérificateur. Nous aimerions également remercier le vérificateur et son équipe d'avoir porté à notre attention ces importants enjeux de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario.

APERÇU

Nombre et catégories de foyers

Les foyers de soins de longue durée offrent des soins, des services et un logement aux personnes de 65 ans et plus, en général, 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. Plus de 600 foyers de soins de longue durée en Ontario dispensent des soins à environ 75 000 résidents, comme susmentionné. Plus de la moitié des foyers sont à but lucratif. Moins de 20 % sont sans but lucratif, environ 10 % sont des organismes de bienfaisance sans but lucratif, tandis que moins de 20 % relèvent de la catégorie des organismes municipaux sans but lucratif.

* Comme précisé dans le *Rapport annuel de 2007*, les vérifications d'optimisation des ressources permettent d'évaluer l'administration des programmes, dans le secteur public et dans le secteur public élargi, qui reçoivent des subventions de l'État. Elles visent à déterminer les cas dans lesquels des fonds publics ont été dépensés sans souci d'économie ou d'efficacité, ou dans lesquels il y a eu absence de procédures visant à mesurer ou déclarer l'efficacité d'un programme.

Gestion et financement

En vertu de la *Loi de 1994 sur les 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. À titre d'intendant du réseau de la santé, le Ministère a la responsabilité d'établir des normes en matière de soins et d'inspecter les foyers afin d'assurer la protection des résidents. Même si le Ministère établit des normes en matière de soins et procède à des inspections des foyers de soins de longue durée afin de surveiller l'observation, les médecins, les pharmacies à contrat ainsi que les membres du personnel infirmier, la gestion des médicaments est l'affaire de tous les professionnels.

Depuis avril 2007, 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario ont commencé à participer à la planification et au financement des activités des foyers de soins de longue durée. En 2006-2007, le financement octroyé aux foyers a totalisé 2,8 milliards, ce qui ne couvre qu'une partie du total des coûts. Les résidents disposant de ressources suffisantes ont aussi payé entre 1 500 \$ et 2 100 \$ par mois pour être logés. 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. Même si les résidents sont admissibles à des prestations dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), ils 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.

Coûts des médicaments

Le Programme de médicaments de l'Ontario a versé aux pharmacies 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 en 2006-2007. Sur cette somme, les médicaments ont totalisé 203 millions, et les frais d'exécution, 130 millions—soit près de 40 % du total. En moyenne, le coût des médicaments par résident s'est donc élevé à environ 2 700 \$, et les frais d'exécution, à environ 1 700 \$ par résident.

Certains médicaments, comme l'acétaminophène et les antitussifs, sont fournis gratuitement aux foyers, à l'intention des résidents, par le Service d'approvisionnement médico-pharmaceutique du gouvernement de l'Ontario. Ces médicaments ont coûté à peu près 3,4 millions en 2006-2007.

Cadre de rémunération : médecins et pharmaciens

Le Comité a demandé des renseignements au sujet de la rémunération des médecins et des pharmaciens dans le cadre de nos audiences, et ensuite auprès du Ministère.

Médecins

Le Comité s'est renseigné auprès des deux foyers visés par une vérification qui ont participé à nos audiences au sujet de leurs contrats avec des médecins. Providence Manor, un foyer de 243 lits situé à Kingston, a 14 médecins sous contrat et un directeur médical. Leisureworld St. George, un foyer de 238 lits, emploie trois médecins qui assurent une protection médicale jour et nuit, sept jours par semaine.

De façon générale, des médecins rémunérés à l'acte s'occupent des résidents de foyers de soins de longue durée. Ils peuvent être rémunérés par l'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) en réclamant des honoraires par consultation, sous réserve de plafonds mensuels au titre des évaluations courantes, des admissions et des examens annuels. Les médecins peuvent aussi réclamer des honoraires par consultation (sans plafond), lorsqu'ils rencontrent les patients qui tombent malade. Il existe une deuxième option, qui est une méthode d'ensemble—en vertu de laquelle les médecins sont rémunérés par l'OHIP sous forme de frais de gestion mensuels couvrant un éventail de services comme les consultations courantes (au moins deux par mois), l'admission et les examens annuels, les examens de médication, les discussions avec le personnel, et le remplissage de formulaires.

Les consultations de médecins requièrent une rencontre avec un résident. Cependant, plusieurs catégories de services ne requièrent pas la présence d'un médecin pour pouvoir être facturés dans le cadre de l'OHIP. Par exemple, le médecin peut faire des consultations au téléphone auprès de patients qui prennent des anticoagulants.

Nous avons également appris que le barème des prestations de l'OHIP inclut un code d'honoraires relatifs à l'évaluation physique approfondie périodique des résidents. Il existe deux de ces codes d'honoraires—un pour l'examen annuel des résidents et l'autre pour une évaluation gériatrique exhaustive menée dans un établissement de soins de longue durée. Le barème des prestations de l'OHIP ne comporte pas de code d'honoraires distinct au titre de l'émission ou du renouvellement d'une ordonnance, qui font partie du traitement, contrairement à l'évaluation, qui peut être facturée.

En outre, les directeurs médicaux des foyers sont rémunérés par les foyers sous forme du financement qu'ils reçoivent du Ministère. Ces honoraires oscillent en général entre 10 000 \$ et 30 000 \$ par année, selon le nombre de résidents, mais les foyers peuvent verser davantage.

Pharmaciens

Les pharmaciens à contrat dans les foyers de soins de longue durée fournissent des médicaments aux résidents sur présentation d'une ordonnance. La pharmacie reçoit un paiement qui couvre le coût du médicament, additionné d'un bénéfice, en plus des frais d'exécution de l'ordonnance (qui incluent la quote-part de deux dollars prélevée directement auprès du résident). Le coût des médicaments admissibles au PMO figure sur le formulaire. La marge bénéficiaire sur ces médicaments correspond à 8 % du coût du médicament. Les frais d'exécution, fixés par règlement, se chiffrent actuellement à 7 \$ par ordonnance admissible au PMO. Le Ministère ne réglemente ni le coût des médicaments qui ne sont pas admissibles au PMO, ni les frais d'exécution.

La pharmacie et le foyer de soins de longue durée établissent la fréquence (hebdomadaire ou mensuelle) d'approvisionnement en médicaments dans le cadre d'une entente contractuelle. Habituellement, les médicaments sont remis aux résidents des foyers chaque semaine dans un emballage déterminé par accord entre le foyer et la pharmacie. Les foyers considèrent que l'approvisionnement hebdomadaire est préférable sous l'angle de l'efficacité d'entreposage et de la facilité de la gestion et de l'administration des médicaments par le personnel infirmier. Cette méthode réduit le gaspillage de médicaments dans les foyers, dans les cas où la médication est modifiée. Les pharmaciens soumettent au Programme de médicaments de l'Ontario leurs demandes de remboursement, qui englobe le coût des médicaments, la marge bénéficiaire, et les frais d'exécution pour chaque approvisionnement en médicaments, soit normalement une fois par semaine.

Cadre législatif et réglementaire

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*—qui ont des exigences différentes. Les politiques énoncées dans le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée s'appliquent à tous les foyers de soins de longue durée. Même si les lois susmentionnées étaient en vigueur au moment de notre vérification, 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, mais qui n'est pas encore promulguée.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Le Comité s'est réjoui de l'occasion qui lui a été offerte de passer en revue la première vérification d'optimisation des ressources menée dans le secteur des soins de longue durée depuis que le mandat du vérificateur général a été élargi en 2005 afin d'inclure le secteur public en général. L'objectif de la 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. Les travaux de vérification ont été menés principalement

auprès de trois foyers de soins de longue durée : 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.

Le vérificateur a conclu que 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. Pourtant, les membres du personnel de vérification ont observé des façons pour les foyers d'améliorer les pratiques de gestion des médicaments ainsi que la sécurité d'entreposage et de manutention des médicaments.

ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

D'importants enjeux ont été soulevés dans le cadre de la vérification et devant le Comité. Nous accordons une importance toute particulière à sept d'entre eux, traités ci-après.

Modifier le cadre de rémunération

Le Comité se préoccupe du fait que les médecins ne sont pas incités, dans le secteur des soins de longue durée, à prescrire—et les pharmaciens à fournir—le *moins grand nombre possible* d'ordonnances.

Dans le cadre du régime actuel de rémunération des pharmaciens, le plus souvent des médicaments sont fournis, le plus souvent des frais d'exécution sont imposés par le pharmacien du foyer. Comme nous l'avons signalé plus tôt, cinq ordonnances par semaine sont exécutées en moyenne pour chaque résident. Cela s'explique par le fait que les pharmacies établissent initialement l'ordonnance pour juste assez de médicaments pour une semaine, et elles renouvellent ensuite l'ordonnance chaque semaine. À chaque renouvellement, de nouveaux frais d'exécution sont versés au pharmacien. Le Comité observe que les frais d'exécution, par opposition au coût réel des médicaments, représentent près de 40 % du coût total des médicaments des résidents de foyers de soins de longue durée.

Les membres du Comité savent aussi que de nouvelles dispositions réglementaires, Règl. de l'Ont. 264/08, sont entrées en vigueur le 28 juillet 2008. Pour la majorité des médicaments fournis aux bénéficiaires du PMO, les pharmaciens obtiennent le remboursement de frais d'exécution un maximum de deux fois par médicament par bénéficiaire dans un mois civil. Certaines exceptions sont accordées, comme lorsque les médicaments doivent être fournis en quantité réduite pour la sécurité et la santé du patient. Le Ministère a justifié ce changement en précisant qu'il fallait réduire le taux de croissance du nombre de demandes de remboursement de frais d'exécution. Les nouvelles conditions de paiement des frais d'exécution ne s'appliquent toutefois pas aux résidents de

foyers de soins de longue durée. Les membres étaient curieux de savoir pourquoi le Ministère n'a pas appliqué ces conditions de paiement aux ordonnances exécutées pour des résidents de foyers de soins de longue durée.

Le Comité craignait aussi que le système actuel n'encourage pas assez les médecins à prescrire le minimum de médicaments aux résidents.

L'impact que peut avoir une grande quantité de médicaments sur des aînés et des résidents souvent fragilisés préoccupe les membres du Comité. Par exemple, le rapport du vérificateur a mis en relief des travaux de recherche menés par l'American Medical Association au sujet de l'utilisation de médicaments antipsychotiques dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Il a indiqué que ce genre de médicaments avait été prescrit au tiers des résidents. Fait encore plus important, la recherche a montré 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 ceux qui vivaient dans les foyers affichant les taux les moins élevés. Comme nous l'avons dit plus tôt, il était aussi précisé dans le rapport du vérificateur que pour de nombreux résidents (entre 23 % et 28 % dans les trois foyers visés), au moins 12 médicaments différents sont prescrits régulièrement, ce qui double le risque d'effet indésirable d'un médicament en comparaison des résidents qui prennent cinq médicaments ou moins.

Nous nous demandons également si les résidents de ces foyers, dont un grand nombre prennent des médicaments, reçoivent ou non des évaluations cliniques périodiques exhaustives de leur état de santé général et de leur tolérance aux médicaments. Nous estimons que les résidents qui prennent plusieurs médicaments font face à des risques accrus et pourraient profiter de consultations gériatriques ou d'examen médicaux poussés plus fréquents.

Le Comité sait que le Ministère estime que les médecins et les pharmaciens doivent rendre des comptes à leurs collègues professionnels respectifs. De même, nous ne voulons pas insinuer que ces professionnels n'agissent pas toujours dans l'intérêt de leurs patients. Nous estimons toutefois que l'actuel mécanisme de rémunération des médecins et des pharmaciens qui travaillent dans ces foyers doit être réexaminé. Cet examen devrait viser à envisager des modifications du régime de rémunération qui amélioreront les soins dispensés aux résidents et la gestion des médicaments dans le respect des fonds disponibles.

Contrats des foyers de soins de longue durée avec des 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. Selon ce que nous avons appris, les foyers de soins de longue durée doivent bénéficier de services de pharmacie 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Le vérificateur a recommandé que ces contrats écrits soient plus détaillés pour ce qui est des exigences du Ministère—particulièrement au sujet du type et de la fréquence des procédures auxquelles la pharmacie est tenue, et des rapports à présenter après avoir évalué la mesure dans laquelle un foyer observe les politiques relatives aux médicaments.

Dans le cadre des audiences publiques, les membres ont posé à deux des foyers visés, à savoir Providence Manor et Leisureworld St. George, une série de questions au sujet de leurs contrats avec des pharmacies. Même si les représentants de Providence Manor ont indiqué qu'ils entretenaient des rapports de longue date avec leur pharmacie locale, ceux de Leisureworld St. George ont signalé que le foyer avait lancé une demande de propositions au titre d'un nouveau contrat de pharmacie il y a environ quatre ans.

Les membres du Comité ont aussi posé des questions au sujet de l'existence de lignes directrices sur les conflits d'intérêt qui seraient applicables à un foyer et à la pharmacie qui recherche un contrat. Des fonctionnaires du Ministère ont fait observer qu'il existe des lignes directrices générales sur les conflits d'intérêt dans l'entente de service avec un foyer de soins de longue durée et dans le Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du Ministère.

Nous voulions aussi savoir si une pharmacie, afin de décrocher un contrat, pourrait verser de l'argent au foyer en question.

Les représentants de Leisureworld ont répondu qu'ils ne croyaient pas que ce soit le cas. La pharmacie peut toutefois fournir un certain nombre de services gratuits comme avantages additionnels en échange de l'obtention du contrat, comme des services additionnels de formation sur place et d'éducation du personnel, des services et des avantages payés à même la marge bénéficiaire de la pharmacie.

Comme le Comité se préoccupe du risque de conflit d'intérêt entre les foyers et les pharmacies, nous avons été ravis d'apprendre que Leisureworld a émis une demande de propositions au moment de rechercher une nouvelle pharmacie pour les foyers de sa chaîne. Nous considérons que la tenue d'un concours en bonne et due forme aux fins du choix d'une nouvelle pharmacie constitue la meilleure option des foyers qui recherchent ce service.

Consentement éclairé à une médication

Deux des foyers visés 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.

Le vérificateur a donc recommandé que les foyers de soins de longue durée s'assurent 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.

Dans le cadre de nos audiences publiques, nous avons demandé aux représentants de foyers de soins de longue durée des suggestions pratiques ou des approches qu'elles pourraient recommander au sujet de l'obtention du consentement, et nous avons appris que les activités du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments, mis sur pied par le Ministère, pourraient être prometteurs. Ce groupe s'attaquera à bon nombre des enjeux relevés dans le Rapport annuel de 2007 du vérificateur, y compris la question du consentement, et il obtient l'appui général du secteur des foyers de soins de longue durée. Le Comité s'intéresse aussi à l'obtention du consentement sous l'angle des directives médicales ou des ordres permanents visant des médicaments sans ordonnance. Le Ministère précise que les activités du groupe de travail mixte incluront un examen de cet aspect de la question du consentement.

Erreurs de médication

Les pratiques exemplaires de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada dictent qu'il est important de déceler et d'examiner les erreurs de médication afin de prévenir de futures erreurs semblables; deux des foyers visés ont toutefois affiché de faibles résultats au chapitre de la déclaration de ces erreurs de médication. Il manque une définition uniformisée de la notion d'erreur de médication dans ce secteur.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de soins de longue durée, en association avec le Ministère, élabore une définition cohérente de ce qui constitue une « erreur de médication ». Le vérificateur a aussi recommandé que les foyers veillent à ce que les erreurs de médication soient décelées, consignées et examinées en temps opportun afin de prévenir la répétition d'erreurs semblables.

Nous avons appris que l'une des principales priorités du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments consistera à créer une définition « ontarienne » de ce qui constitue une « erreur de médication » propre au secteur des soins de longue durée. Le Ministère a expliqué que diverses définitions d'une erreur de médication existent déjà parmi le personnel infirmier et les pharmaciens. Il n'existe toutefois pas de définition appliquée uniformément. À l'heure actuelle, les erreurs de médication sont consignées et déclarées à la fois au Ministère dans le cadre d'un rapport du système sur les incidents critiques (SIC) et à l'administrateur du foyer. Une fois que la nouvelle définition d'une erreur de médication aura été élaborée par le groupe de travail mixte, elle sera incorporée au SIC.

Utilisation de médicaments à risque élevé

D'après les conclusions d'experts internationaux, certains médicaments sont souvent plus néfastes que bénéfiques pour les adultes ayant atteint un certain âge. 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 la liste Beers de médicaments offerts au Canada l'échantillon que nous avons examiné. Les médicaments qui figurent sur la liste Beers sont désignés comme « ne devant pas être prescrits » aux aînés en raison d'un risque trop élevé d'effets défavorables*. En outre, ces médicaments ont été fournis à au moins 20 % des résidents de 30 des foyers de l'Ontario. Les trois foyers visés par une vérification ne faisaient pas partie de ce groupe.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, se penche périodiquement sur l'utilisation de médicaments à risque élevé dans les foyers de soins de longue durée.

Dans le cadre des audiences, le Ministère nous a appris que l'utilisation de médicaments à risque élevé dans les foyers avait diminué dans les cinq dernières années. Le Ministère nous apprenait ensuite que selon des renseignements communiqués par l'Institut de recherche en services de santé, sur chaque tranche de 100 résidents de foyers de soins de longue durée en Ontario, on avait prescrit à 7,2 de ces résidents, en 2006-2007, un médicament qui n'aurait pas dû leur être prescrit. Ce taux représente une diminution lente mais graduelle par rapport au taux de 9,9 % affiché en 2002-2003.

Selon ce qu'a appris le Comité, la question des médicaments qui ne doivent pas être prescrits à des résidents fera l'objet de futurs échanges entre le Ministère et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO). Comme le Comité estime que le fait de prescrire des médicaments inopportuns aux résidents exige l'adoption de mesures concertées, cela nous encourage.

Médicaments psychotropiques à risque élevé

Les médicaments psychotropiques prescrits dans les cas de problèmes de santé mentale ou de troubles du comportement chez les aînés sont parmi les médicaments qui présentent l'un des taux les plus élevés d'effets défavorables. La démence est l'un des troubles les plus couramment traités par des psychotropes; il s'agit d'un terme décrivant un ensemble de symptômes attribuables à différents troubles du cerveau. Chez les 65 ans et plus, un Canadien sur 13 en est atteint.

Des travaux de recherche publiés dans le *Journal of the American Medical Association* concluent que les médicaments psychotropes ne sont généralement pas efficaces pour atténuer des symptômes de la démence comme l'agitation et le

* Mise au point en 1991 par le D^r Mark H. Beers, gériatologue américain, la liste repose sur certains critères tels que l'utilisation appropriée d'un médicament, son efficacité, le risque d'effets indésirables et la présence de solutions de rechange plus sécuritaires. Mise à jour en 2002, elle inclut une cinquantaine de médicaments ou catégories de médicaments qui sont considérés comme posant un risque élevé pour les personnes de 65 ans et plus.

délires. La recherche a permis de constater que des interventions sociales et psychologiques sans médicaments constituent un traitement plus efficace pour les personnes atteintes de démence. Des programmes psychogériatriques sont prévus pour s'occuper des personnes qui affichent des troubles du comportement associés à la démence.

Le vérificateur a recommandé que les foyers adoptent des critères normalisés pour la recommandation de résidents pour les programmes psychogériatriques spécialisés et s'assurer que le personnel est en nombre suffisant et a suivi une formation pertinente sur ces critères.

Même si le Ministère a indiqué qu'il a offert une formation sur ce sujet à plus de 5 000 employés de foyers de soins de longue durée, les établissements visés par une vérification nous ont informés qu'ils disposaient d'un nombre limité d'infirmières et d'infirmiers ayant suivi une formation en psychogériatrie. Dans le cadre des audiences, le Ministère a signalé que le groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments se penchera sur le problème de la prescription à des résidents de médicaments susceptibles d'être à risque élevé, y compris des médicaments psychotropes.

Interactions médicamenteuses

En 2007, entre 23 % et 28 % des résidents âgés d'au moins 65 ans dans les foyers visés par une vérification prenaient régulièrement 12 médicaments ou plus à différentes fréquences. Diverses études ont établi que le risque d'une réaction indésirable à un médicament augmente avec le nombre de médicaments que prend une personne. Aucun des foyers visés n'a établi de politique ou de procédure particulière afin d'intensifier la surveillance de ces résidents.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de soins de longue durée surveillent plus étroitement les résidents qui prennent un nouveau médicament à risque plus élevé, et qu'ils consignent également les résultats de cette surveillance. De même, le vérificateur a recommandé que les foyers adoptent des mesures pour déceler et consigner de façon cohérente les réactions indésirables aux médicaments, en vue de prévenir leur répétition.

Dans le cadre des audiences, le Ministère a déclaré qu'il fallait se pencher sur la question des ordonnances multiples visant à traiter les résidents aux prises avec de nombreux problèmes de santé. Il y a place à de l'amélioration, et il faudra pour cela mobiliser les médecins qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée (et qui rédigent les ordonnances) dans une discussion au sujet des pratiques exemplaires de gestion des médicaments dans ce contexte. Le Ministère a ajouté que l'OMCO est prêt à lancer ce dialogue avec ses médecins. Le groupe de travail mixte se penchera aussi sur cette question.

Dérogation aux avertissements automatiques concernant les médicaments

Le Ministère a intégré au système informatique du Programme de médicaments de l'Ontario un mécanisme d'avertissement automatique concernant les médicaments à l'intention des pharmaciens. Les alertes de niveau 1 concernent les combinaisons de médicaments les plus dangereuses.

En 2006, 18 000 alertes de niveau 1 ont été générées pour signaler une combinaison de médicaments clairement contre-indiquée qui ne devrait pas être délivrée ni administrée. Plus de 90 % de ces alertes ont été ignorées par le pharmacien, et les médicaments ont tout de même été délivrés aux résidents de plus de 400 foyers de soins de longue durée. Le vérificateur a indiqué dans son rapport que, dans ces cas, les pharmaciens ont peut-être communiqué avec le médecin traitant afin d'obtenir son approbation pour déroger à l'alerte*. De plus, bon nombre de ces alertes font double emploi parce que le système génère le même avis chaque fois qu'une ordonnance est exécutée.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, examine la fréquence à laquelle les résidents reçoivent des médicaments ayant fait l'objet d'une alerte unique d'interaction médicamenteuse, et 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.

Le Ministère a expliqué que sur les quelque 19 millions d'ordonnances remplies chaque année pour des résidents des foyers, les 18 000 alertes de niveau 1 observées en 2006 ont représenté 0,095 % du total des ordonnances.

Quand des membres du Comité ont demandé s'ils devraient cesser de s'en faire au sujet des alertes ignorées, le Ministère a répondu que les alertes visent un but précis. Elles constituent un mécanisme de signalement efficace, et les cliniciens doivent faire preuve de prudence relativement à certains médicaments. Le Ministère est satisfait de ce mécanisme de signalement, et il exige que les pharmaciens prennent la décision de délivrer ou non les médicaments en toute connaissance de cause.

Le Ministère a ajouté que les pharmaciens doivent faire preuve de discernement professionnel afin de déterminer s'il y a lieu de délivrer le médicament ou non. En outre, la pratique courante veut que le pharmacien qui a des doutes concernant une ordonnance communique avec la personne l'ayant rédigé afin de vérifier son utilisation et sa nécessité.

* Les observations écrites du Ministère dans le rapport du vérificateur précisent que les observations du vérificateur au sujet des dérogations aux avertissements concernant les médicaments et les médicaments qui peuvent être contre-indiqués pour les aînés font état des pratiques adoptées par les médecins en matière d'ordonnances.

Le Comité a rédigé une série de recommandation afin de tenir compte des problèmes susmentionnés.

RECOMMANDATIONS

Le Comité permanent des comptes publics est fortement préoccupé par la surconsommation de médicaments par les résidents de foyers de soins de longue durée, et il conclut que l'actuel mécanisme de rémunération des médecins et des pharmaciens doit être restructuré.

En conséquence, le Comité recommande que :

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée examine les modifications à apporter au cadre de rémunération des médecins et des pharmaciens concernant les résidents de foyers de soins de longue durée, l'un des objectifs consistant à éviter la surconsommation de médicaments chez les résidents. Plus précisément :
 - le Ministère doit déterminer si le barème des prestations de l'OHIP incite suffisamment les médecins à mener des évaluations gériatriques approfondies des résidents de foyers de soins de longue durée afin de déceler des problèmes de santé qui pourraient être associés à la surconsommation de médicaments;
 - le Ministère doit envisager l'abolition de l'exemption visant les foyers de soins de longue durée prévue à l'alinéa 18(8)b) et au paragraphe (10) du Règl. de l'Ont. 201/96 aux termes de la *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*, aux plafonds concernant le paiement de frais d'exécution prévus aux paragraphes 18(7) et (10). Le Ministère doit rendre compte au Comité afin de préciser s'il souscrit ou non à cette recommandation. Dans la négative, le Comité demande au Ministère de préciser la raison pour laquelle il a exempté les foyers de soins de longue durée de l'application de ces dispositions.

Le Comité reconnaît que les modifications éventuelles devront auparavant être discutées avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Le Ministère doit rendre compte au Comité d'ici au 31 décembre 2009 les résultats de son examen et de ses discussions avec les deux ordres professionnels.

2. À la lumière des conclusions du vérificateur général selon lesquelles au moins 12 médicaments différents avaient été prescrits à un pourcentage oscillant entre 23 % et 28% des résidents des trois foyers visés par une vérification—ce qui accroît le risque d'effets défavorables—le Comité souhaite que soit mis sur pied un processus permanent de surveillance de la santé et de la sécurité des résidents dont la consommation de médicaments dépasse un seuil déterminé. Par exemple, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pourrait envisager l'élaboration d'un examen obligatoire périodique—mené par un spécialiste ou par une équipe pluridisciplinaire—des résidents dont la consommation de médicaments dépasse un seuil déterminé. Le Ministère doit rendre compte au Comité afin de préciser s'il souscrit ou non à cette recommandation et, dans

l'affirmative, quelles mesures il propose d'adopter. Dans la négative, le Ministère devra préciser au Comité les raisons de son désaccord.

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée analyse pour l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario la base de données du Programme de médicaments de l'Ontario, qui porte sur les médicaments prescrits par les médecins dans les foyers de soins de longue durée. Le Comité aimerait voir une diminution du taux de prescription de médicaments inopportuns ou à risque plus élevé (comme ceux qui figurent sur la liste Beers) à des résidents de foyers de soins de longue durée—particulièrement dans les foyers où le même médicament à risque élevé est prescrit à un pourcentage élevé de résidents. Le Ministère doit présenter au Comité un compte rendu des résultats de cet exercice, y compris des détails sur la façon dont l'OMCO a utilisé ces données.
4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée examine la faisabilité d'une exigence suivant laquelle chaque foyer de soins de longue durée devrait afficher des statistiques annuelles (et, à l'avenir, des données sur les tendances) sur le nombre moyen d'ordonnances délivrées à chaque résident et sur le pourcentage de résidents auxquels sont prescrits des médicaments à risque élevé (comme ceux qui figurent sur la liste Beers). Le Ministère doit rendre compte au Comité afin de préciser s'il accepte de mettre en œuvre cette initiative et, dans l'affirmative, à quel moment.

Pour ce qui est des autres enjeux discutés dans le cadre des audiences du Comité, le Comité permanent des comptes publics recommande que :

5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournisse au Comité un rapport concernant les délibérations du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments. Le rapport devra préciser sur quels enjeux le groupe doit se pencher, et à quel moment il doit présenter ses recommandations. Le Comité s'attend à ce que le groupe de travail examine, entre autres choses, la question du consentement éclairé à une médication et des erreurs de médication.
6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournisse au Comité un rapport dans les 90 jours après avoir reçu les recommandations du groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments. Le Ministère doit préciser dans le rapport les mesures qu'il entend prendre afin de donner suite à chaque recommandation.
7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée déploie des efforts afin d'exiger que les foyers de soins de longue durée observent la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario, surtout en ce qui a trait au consentement éclairé à une médication. Le Ministère doit rendre compte au Comité les résultats de ses efforts, en indiquant comment il prévoit surveiller la mesure dans laquelle les foyers observent la Loi.

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée élargisse la formation du personnel des soins de longue durée (au-delà des 5 000 employés ayant déjà suivi la formation) à des techniques visant à les aider à composer avec les troubles du comportement des résidents atteints de démence. En outre, le Ministère doit envisager d'autres interventions ou options afin de composer avec les troubles du comportement des résidents, avant de recourir aux médicaments. Le Ministère doit rendre compte au Comité l'état des progrès de ces initiatives.
9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité s'il prévoit ou non utiliser l'information qui se trouve dans la base de données du Programmes de médicaments de l'Ontario afin de déceler les tendances ou les taux anormalement élevés de pharmaciens qui dérogent aux avertissements uniques d'interactions médicamenteuses. Il doit aussi être précisé dans le rapport si le Ministère a partagé ou non ces renseignements avec l'Ordre des pharmaciens.

Le Comité demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf dans le cas des recommandations 1 et 6, où le délai est différent.

Le président du Comité permanent des comptes publics a écrit à des représentants de l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario et de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario afin de leur demander de présenter, une fois qu'ils auront examiné notre rapport, leur position au sujet des recommandations du Comité qui touchent leurs membres.