

**L'ADMINISTRATION ET LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS DANS LES
RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DE LA DSRHC AINSI QUE DANS LES
RÉSIDENCES DE RÉINSERTION SOCIALE DE LA DSI**

**Direction des Soins Infirmiers
Hôpital Louis-H. Lafontaine**

**Avec la collaboration de la Direction des services de
réadaptation et d'hébergement dans la communauté**

Février 2002

Rédaction :

Danielle Dallaire

Coordonnatrice des soins infirmiers en externe
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec, 2003

Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-922577-18-X

© Hôpital Louis-H. Lafontaine

Tous droits réservés

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
1. Première partie - PROBLÉMATIQUE.....	9
1.1. Plan de transformation	10
1.2. Évolution de l'environnement et des pratiques de soins	10
1.3. Pratique contemporaine	11
1.4. Différentes catégories d'emploi	11
1.5. Protection du public	12
1.6. Participation de la personne dans la prise en charge de ses soins.....	12
2. Deuxième partie - ENVIRONNEMENT LÉGAL.....	13
2.1 Loi sur les Services de Santé et Services sociaux.....	14
2.2 Loi sur les infirmières et les infirmiers	15
2.3 Loi sur la Pharmacie	16
2.4 Établissement	17
2.5 Jurisprudence	18
3. Troisième partie - PLANIFICATION DES ACTIVITÉS	19
3.1 Outil de saisie des données	20
3.2 Ressources d'hébergement familial/spécialisé et de groupe visitées	20
3.3 Méthodologie	20
3.4 Compilation des résultats	21
4. Quatrième partie - ANALYSE DES RÉSULTATS	26
4.1 Principes directeurs	27
4.2 Recommandations.....	30
CONCLUSION.....	33
RÉFÉRENCE.....	35

INTRODUCTION

Plusieurs usagers de notre établissement poursuivent leur traitement et leur réinsertion sociale dans la communauté. L'hôpital en mettant de l'avant le modèle traitement-réadaptation-réhabilitation a, par la même occasion, accentué le développement de ressources d'hébergement et de réadaptation ainsi que le redéploiement de ses ressources humaines dans la communauté. Ce nouvel environnement nous oblige à adopter nos pratiques professionnelles et ce, en fonction des lois en vigueur.

À cet égard, le 21 décembre 1999, le président du Comité des infirmières auxiliaires faisait part au directeur des soins infirmiers, d'une lettre portant sur l'administration de la médication par du personnel non infirmier. Annexé à cette lettre, un avis de M^e Ledoux portant sur la décision rendue par la Cour d'Appel limitant son application aux éducateurs et dans des conditions précises.

Le 24 février 1999, le Conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement faisait part au Directeur général du nombre grandissant de plaintes des membres du CII et de leur inquiétude face à l'administration de la médication par du personnel non qualifié.

Après l'étude des lois qui régissent l'acte d'administrer la médication, le Comité exécutif du CII donnait son avis sur l'administration de la médication par voie orale, intramusculaire, intradermique et PRN et souhaitait connaître les intentions de l'établissement dans ce dossier.

Le 22 novembre 1999, une rencontre avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a lieu avec les personnes impliquées dans ce dossier (CII - DSI - DSRHC).

En janvier 2000, un groupe de travail représentant le Conseil des infirmières et infirmiers, la direction des Soins infirmiers et la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté est formé. Dans un contexte à la fois interdisciplinaire et juridique, il aura à préciser les rôles, les responsabilités et les limites de chacun des intervenants concernés par

l'administration et la distribution de la médication dans les ressources d'hébergement de la DSRHC et dans les résidences de réinsertion sociale de la DSI.

Avant d'émettre un énoncé d'orientation, il est souhaité à ce moment par le directeur des soins infirmiers, d'avoir une bonne vision de la problématique et ses ramifications. Il est donc proposé, à partir du processus "prodiguer des soins selon une ordonnance médicale", que l'on fasse état de ce qui se fait actuellement dans l'hôpital, dans les ressources de l'hôpital et dans la communauté par les infirmières auxiliaires et les éducateurs (p.a.b.).

Un plan organisationnel est proposé à l'effet de travailler sur :

- donner une orientation (balises);
- outils d'inscription (initialisation);
- donner de l'information sur le médicament à donner; celui qui donne le médicament est bien informé;
- favoriser l'utilisation de dosette;
- préciser comment un médicament se distribue;
- importance des directives; suivi et coordination;
- poursuivre le processus de préparation des dosettes par le pharmacien de quartier, (ex. : résidence Charlemagne);
- protocole d'autorisation à donner un PRN.

L'élaboration de principes directeurs qui suivent, sont acceptés par le groupe de travail de 1999, composé de membres du CII, DSI et DSRHC.

- a) La DSRHC et la DSI valorisent l'auto-administration des médicaments par l'utilisateur et le soutien par les intervenants à cette auto-administration, dans la mesure où la condition de l'utilisateur le permet. La responsabilisation de ce dernier est encouragée.
- b) L'administration des médicaments, selon ordonnance médicale, relève de l'infirmière; l'infirmière auxiliaire peut également administrer les médicaments, selon les conditions prévues aux actes infirmiers délégués. Lorsqu'il s'agit d'administrer un médicament de

recherche, l'infirmière de la recherche avise l'infirmière de la ressource afin de préciser les conditions d'administration ainsi que le monitoring clinique.

- c) La participation de l'infirmière à la décision d'instaurer un programme d'auto-administration de la médication à l'intention d'un usager est requise. Le programme peut être gradué afin de favoriser les apprentissages de l'usager.
- d) La préparation de la médication de chaque usager peut être faite par le pharmacien, l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire. Nous encourageons l'utilisation de système du type "Organisateur de médicaments ", (ex. : Dosett).
- e) L'enseignement à l'usager et à sa famille, concernant sa médication, est fait par les infirmières. Elles disposent, à ce sujet, d'un programme d'enseignement.¹ Elles informent également les éducateurs et les préposés aux bénéficiaires sur la nature du médicament prescrit : action, effets recherchés, effets indésirables, signes à observer, risques associés au sevrage brusque et conseils infirmiers.²
- f) La distribution du médicament peut également être faite dans les ressources communautaires par l'éducateur ou le préposé aux bénéficiaires et ce, selon les instructions de l'infirmière. Ces derniers devront attester de la remise du médicament à l'usager en l'enregistrant sur un formulaire prévu à cet effet. Il est favorisé que la DSRHC standardise le plus possible le formulaire et le conserve au dossier de l'usager.
- g) La DSI et la DSRHC voient à la mise en place d'un programme de formation continue relatif à la connaissance générale des médicaments auprès des intervenants dans les ressources d'hébergement.
- h) La DSRCH s'assure qu'un espace sécuritaire - sous clé - est aménagé et réservé au rangement des médicaments et émet une directive en vue d'éviter les accumulations de médicaments dans les ressources.

¹ Programme d'enseignement en soins infirmiers favorisant la prise en charge du programme thérapeutique (médication) DSI, HLHL, Août 1996.

² Ligne téléphonique (Suivi de la médication psychiatrique) HLHL. Grégoire, Morin, Normandeau, 1997

Note : L'administration et l'injection d'un médicament intramusculaire ou sous-cutané sont strictement réservés aux infirmières et infirmières auxiliaires.

Ce travail terminé, permet la présentation, en mai 2000, d'un premier rapport qui met fin, en début juin 2000, aux travaux du comité.

À l'automne 2000, la DSI donne un second mandat et le 1^{er} décembre 2000, le comité actuel est mis en place. Dans un contexte de délégation d'actes infirmiers et dans le but d'éviter tout préjudice à la clientèle, il verra à préciser les rôles, les responsabilités et les limites de chaque intervenant oeuvrant à la DSRHC face à l'administration et la distribution de la médication, ainsi qu'à recueillir sur le terrain des données permettant de faire une cartographie de la problématique.

Un plan d'action aura à être présenté, afin de clarifier les balises entourant l'administration et la distribution de la médication.

Les membres du comité sont :

Daniel Beauregard	Président du Conseil des infirmières et infirmiers
Lise Brazeau	Infirmière et responsable clinique à l'Hébergement familial et spécialisé
Danielle Dallaire	Coordonnatrice des soins infirmiers en externe
Micheline Dubé	Infirmière et responsable clinique à l'Hébergement de groupe
Raymond Fréreau	Conseiller en soins spécialisés
Patrick Gariépy	Représentant du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires au CII
Denise Grégoire	Conseillère en soins spécialisés

Dix-sept rencontres ont eu lieu entre décembre 2000 et août 2001, ainsi qu'une étude terrain faite sur une période de quatre semaines.

À partir du plan de transformation, vous suivrez en première partie l'évolution de l'environnement et des pratiques de soins dans un contexte de virage ambulatoire. La réalité du quotidien où du personnel non infirmier dispense des soins, soulève l'importance accrue qu'il faut accorder à la protection du public. Ce même public qui est partie prenante de la prise en charge de ses soins.

Dans la deuxième partie, l'aspect juridique aide à préciser les responsabilités des divers intervenants impliqués dans l'administration et la distribution des médicaments dans les ressources d'hébergement de l'établissement.

La troisième partie, la planification des activités permet d'avoir une cartographie de la situation du milieu. L'analyse de ses résultats guide vers les principes directeurs et les recommandations présentés à la quatrième partie.

Enfin, la cinquième partie se veut un plan d'action restreint compte tenu que toutes les composantes organisationnelles n'ont pas été regardées. Cependant, nous croyons possible d'offrir un aperçu du travail à accomplir.

1. Première partie

PROBLÉMATIQUE

1.1 PLAN DE TRANSFORMATION

Depuis plusieurs années, bon nombre d'usagers de notre établissement reçoivent leurs traitements dans la communauté, poursuivant ainsi, avec l'aide du personnel, leur réinsertion sociale.

L'hôpital adoptait en mai 1996, cinq principes directeurs soient : la qualité de services, la valorisation du milieu naturel, la pertinence des services, le réseau intégré de services et la performance. Ces principes amènent le Conseil d'administration du 11 février 1997 à adopter le plan de transformation de l'hôpital comprenant un modèle de traitement, de réadaptation et de réhabilitation.

Dans un souci de protection du public et afin de soutenir les principes qui sous tendent le plan de transformation, il était impératif de revoir nos pratiques cliniques.

Tout au long de ces mois de discussions, il est apparu aux membres, qu'afin d'assurer le contrôle et la qualité des soins dispensés en ce qui a trait à l'administration et la distribution de la médication par différents intervenants, qu'une souplesse des règles établies est nécessaire pour mettre à contribution des ressources humaines de qualifications diverses.

1.2 ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PRATIQUES DE SOINS

Depuis l'adoption de la Loi sur les infirmières et les infirmiers en 1973, les transformations survenues dans le réseau de la santé, l'éclatement des structures, le vieillissement de la population, l'émergence de nouveaux problèmes de santé et bien d'autres éléments, entraînent de nouveaux besoins de soins et de services.

Avec la désinstitutionnalisation, le nombre de personnes se retrouvant dans la communauté a considérablement augmenté. L'évolution des connaissances scientifiques et technologiques amène inévitablement une révolution dans la pratique des soins. La pratique infirmière est donc appelée à s'adapter à ces changements.

1.3 PRATIQUE CONTEMPORAINE

Le déplacement des soins et des services vers la communauté entraîne des changements de modèles de soins et oblige à penser en fonction d'un continuum de soins et services.

Tout ce mouvement du système actuel de santé modifie de façon importante les règles du jeu pour les infirmières. Aux nouvelles réalités s'associent de nouvelles pratiques qui nécessitent la maîtrise de nouvelles connaissances et habiletés de la part des infirmières. Les infirmières sont donc appelées à travailler dans des sites multiples et voient leurs rôles se modifier pour en créer de nouveaux.

1.4 DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'EMPLOI

Depuis les dernières années le contexte des soins à domicile et en milieu de vie a beaucoup évolué. Tout est mis en oeuvre afin que les personnes en perte d'autonomie demeurent dans leur milieu naturel et qu'on facilite la réinsertion sociale des personnes présentant des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

La réalité du terrain ne peut être niée et de plus en plus de personnel non infirmier dispensent des soins et services à des clientèles qui ne reçoivent pas de soins aigus.

1.5 PROTECTION DU PUBLIC

La dispensation de soins infirmiers par du personnel non infirmier, s'accroît en raison de la transformation du système de santé.

Plutôt que de nier cette réalité, il nous semble important d'encadrer ces activités dans une perspective de protection du public. Une souplesse des règles établies est nécessaire pour mettre à contribution des ressources humaines autres que du personnel infirmier.

Cependant, il est primordial que la nature de l'activité de santé, ne soit pas liée uniquement à l'aspect gestuel de l'acte mais bien à une évaluation professionnelle de l'ensemble de la situation.

L'administration de la médication est une des activités faite par du personnel non infirmier et il est primordial que les gestes entourant cette activité soient sécuritaires pour les personnes à domicile ou en milieu de vie substitut.

1.6 PARTICIPATION DE LA PERSONNE DANS LA PRISE EN CHARGE DE SES SOINS.

La philosophie des soins, centrée sur l'utilisateur modifie les approches thérapeutiques. Le rôle accru de l'utilisateur dans le processus de soins contribue grandement à l'évolution des pratiques professionnelles. La clientèle est mieux informée. Elle se responsabilise et revendique la prise en charge de sa santé. Il faut donc s'en faire des partenaires et les intégrer aux prises de décisions qui les concernent.

En encourageant, l'utilisateur à prendre part aux décisions qui le concernent, ceci nécessite une plus grande complémentarité des services, une meilleure harmonisation et une plus grande collaboration interdisciplinaire.

2. Deuxième partie

ENVIRONNEMENT LÉGAL

Un environnement légal encadre l'administration à l'usager par l'infirmière³ et l'infirmière auxiliaire d'un médicament prescrit par le médecin et dentiste. Un rappel de cet environnement aidera à préciser les responsabilités des divers intervenants impliqués dans l'administration et la distribution des médicaments dans les ressources d'hébergement de l'établissement.

2.1 Loi sur les Services de Santé et Services sociaux

Responsabilités du directeur des soins infirmiers

"Sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement :

1. surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre;
2. s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement...⁴

Responsabilités du Conseil des infirmières et infirmiers

Cette même loi donne également des responsabilités au CII ainsi qu'un pouvoir de recommandations. Ces responsabilités s'appliquent dans le cas de l'administration à l'usager d'un médicament prescrit par le médecin.

"Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des infirmières et infirmiers est responsable envers le conseil d'administration :

1. d'apprécier de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre;

³ Dans le but d'alléger le texte, infirmière et infirmière auxiliaire inclut le genre masculin

⁴ Loi sur les services de Santé et Services sociaux. L.R.Q.; S-4.2, article 207

2. de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre;
3. de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre;⁵

2.2 Loi sur les infirmières et infirmiers

L'acte infirmier

"Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et de contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale."⁶

Actes infirmiers délégués aux infirmières auxiliaires

Conformément au règlement sur les actes infirmiers délégués, les infirmières auxiliaires de l'établissement sont autorisées à poser les actes suivants selon certaines conditions :

"A.4 Administrer une drogue contrôlée ou un stupéfiant par voie orale, sous-cutanée et intradermique.

Conditions : procédé de soins, niveau de surveillance et autres conditions locales.

A.5 Administrer un médicament par voie orale, intramusculaire, sous-cutanée et intradermique."⁷

Est également autorisé localement aux infirmières auxiliaires le fait de :

⁵ Loi sur les services de Santé et Services sociaux. L.R.Q., S-4.2, article 220

⁶ Loi sur les infirmiers L.R.Q., chapitre 1-8, article 36

⁷ Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières et infirmiers. Annexe A. Actes : A.4 et A.5

"Prélever du sang par ponction capillaire (glucomètre). Conditions : surveillance et conditions locales"⁸

2.3 Loi sur la pharmacie

Exercice de la pharmacie

"Constitue l'exercice de la pharmacie tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ou un poison.

L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments ou des poisons, de même que la constitution d'un dossier pour chaque personne à qui un pharmacien livre des médicaments ou des poisons sur ordonnance et l'étude pharmacologique de ce dossier."⁹

Définition des ressources selon la loi (L.R.C., c. S-42)

"Est une ressource intermédiaire (privé ou organisme sans but lucratif [O.S.B.L.]), toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager à la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins.

Les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

Toute ressource intermédiaire ou de type familial est donc rattachée à un établissement public par un lien contractuel. Et dans tous les cas, elle doit être reconnue par la régie régionale"

⁸ Actes infirmiers délégués aux infirmières et infirmières auxiliaires. HLHL. Juillet 1992.

⁹ Loi sur la pharmacie. 1973, c.51, a. 17

2.4 Établissement

Obligations de la ressource quant à la médication des usagers

Par le responsable des ressources intermédiaires ou ressources de type familial (R.T.F.).

Pour le propriétaire de ressources intermédiaires privées (R.I.P.)

"La garde des médicaments conformément aux prescriptions et exigences de l'établissement et le maintien d'une attention particulière à ce que les bénéficiaires prennent, selon la posologie indiquée, les médicaments leur ayant été prescrits."¹⁰

Distribution des médicaments

- ⇒ "Les médicaments qui ne relèvent pas de l'automédication et qui sont confiés à la garde de la ressource doivent être entreposés dans un endroit sûr et fermé à clé.
- ⇒ Obtenir auprès des intervenants de l'établissement ou du pharmacien les informations relatives au degré de supervision nécessaire à la distribution de la médication de l'utilisateur
- ⇒ Appliquer, lors de la distribution directe de la médication à l'utilisateur ou encore lors de la supervision de la prise de la médication par l'utilisateur lui-même, les règles permettant de respecter les principes suivants :
 - L'utilisateur a reçu ou pris la bonne médication;
 - L'utilisateur a reçu ou pris la médication à l'horaire prévu;
 - L'utilisateur a reçu ou pris la médication selon le mode convenu."¹¹

¹⁰ Obligations spécifiques des parties, document de travail, annexe IV # 22, mars 2001

¹¹ Normes pour les services de soutien ou d'assistance. Normes environnementales, document de travail, annexe V # 4, mars 2001

2.5 La jurisprudence : administrer et distribuer un médicament

Récemment la cour d'appel¹², dans la cause Pavillon Jeunesse (Centre de réadaptation pour les jeunes), a fait la distinction entre les concepts d'administration et de distribution des médicaments.

L'administration d'un médicament selon une ordonnance médicale relève de l'infirmière tandis que la distribution du médicament dans la cause mentionnée peut également être faite par l'éducateur pour autant qu'il s'agisse d'une simple remise du médicament à l'utilisateur, et ce, selon les instructions de l'infirmière. L'administration d'un médicament prescrit peut également être faite, selon la délégation des actes infirmiers, par l'infirmière auxiliaire.

Par ailleurs et en s'appuyant sur le jugement de la cour d'appel¹³, le concept de distribution renvoie à la simple remise du médicament à l'utilisateur - sans aide pour le lui faire absorber - par l'éducateur. La remise du médicament doit se faire selon les instructions de l'infirmière, de l'infirmière auxiliaire ou du pharmacien. Cette activité implique que l'éducateur ou l'infirmière auxiliaire atteste de cette remise sur le formulaire prévu à cet effet de manière à ce que l'infirmière puisse assurer le suivi de la distribution des médicaments.

¹² Pavillon Jeunesse, C. Boisvert et al. (Juges Fish, Forget et Phillipon), Août 1999

¹³ Pavillon-Jeunesse, C. Boisvert et al. (Juges Fish, Forget et Phillipon), Août 1999 Jugement de la cour d'appel

3. Troisième partie

PLANIFICATION DES ACTIVITÉS

3.1 OUTIL DE SAISIE DES DONNÉES

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire élaboré par les membres du comité concernant :

- ⇒ Médication PER OS (comprimé et liquide)
- ⇒ Médication PRN (comprimé et liquide)
- ⇒ Médication narcotique (comprimé et liquide)
- ⇒ Médication injectable (et insuline)
- ⇒ Médication OMP.

La compilation des données a permis de faire ressortir les aspects à travailler.

3.2. RESSOURCES D'HÉBERGEMENT FAMILIAL/SPÉCIALISÉ ET DE GROUPE VISITÉES

À partir du questionnaire, des entrevues structurées ont été faites dans douze (12) ressources d'hébergement familial/spécialisé et de groupe. L'étude terrain a duré quatre (4) semaines (tableau no. 1).

3.3 MÉTHODOLOGIE

Les résultats obtenus sont regroupés sous sept catégories soient :

1. Sécurité
 - a) vérification
 - b) formulaire
 - c) outil
2. Distribution
3. Formation du personnel
4. Enseignement et information à la clientèle
5. Automédication
6. Narcotique
7. Recherche psychopharmacologique

Cette catégorisation classée par ordre d'importance (niveau plus élevé au niveau moins élevé) sera reconduite pour la présentation des résultats, des principes directeurs, des recommandations et du plan d'action.

3.4 COMPILATION DES RÉSULTATS

3.4.1 SÉCURITÉ

1. Vérification

- L'ordonnance médicale est relevée par différents intervenants (infirmière, infirmière auxiliaire, éducateur, intervenant en milieu résidentiel).
- La vérification de la médication est faite par différents intervenants.

- La notion de vérification de la médication diffère d'un intervenant à l'autre :

Infirmière et infirmière auxiliaires :

- ✓ bon "médicament"
- ✓ bon "dosage"
- ✓ bonne "dosett"
- ✓ bonne "heure"
- ✓ bon "patient"

Éducateur :

- ✓ bonne "dosett"
- ✓ bonne "heure"
- ✓ bon "patient"

- Peu d'indices sur les outils de vérification utilisés lors de l'administration d'un PRN. Des mécanismes tels, l'utilisation de fiches de médicaments, de profil de médication de la pharmacie ou de photocopie de l'ordonnance médicale sont autant de façons de faire dans les ressources.
- L'ordonnance médicale (médication) est faxée à la pharmacie par différents intervenants (il arrive que l'infirmière ne soit pas au courant de l'ordonnance).
- Dans plusieurs ressources, les ordonnances téléphoniques sont prises par des intervenants autres que le pharmacien ou l'infirmière.
- Dans toutes les ressources, l'ensemble des intervenants (infirmière, infirmière auxiliaire, éducateur, intervenant en milieu résidentiel) sont appelés à prendre la décision d'administrer un PRN (physique et/ou psychiatrique).
- Ambiguïté concernant les OMP.
- L'aspect "entreposage sous clé" est sécuritaire dans la totalité des ressources visitées.

N.B. Les endroits où l'utilisateur est sous automédication, à une certaine étape du programme, la médication est en sa possession. Tous les intervenants ont la clé.

2. *Formulaire*

- Non conformité de l'enregistrement sur un formulaire uniforme.
- Dans des ressources, certains intervenants (éducateur, intervenant en milieu résidentiel) refusent d'enregistrer la distribution de la médication donnée.
- Dans certaines ressources un mécanisme d'attestation (cochez) ne permet pas d'identifier l'intervenant qui a donné la médication.
- Pas d'outils de contrôle (narcotique) dans la majorité des ressources.
- Pour les OMP, l'ensemble des intervenants inscrivent la médication donnée, au niveau d'outils différents. On ne sait pas toujours, si c'est la même personne qui donne, inscrit et enregistre la médication (lien d'imputabilité impossible).
- Dans une (1) ressource, aucune signature indique qu'une OMP a été donnée.

3. *Outil*

- L'administration d'injectables est exceptionnelle. On oriente l'utilisateur soit au C.L.S.C. ou à la clinique externe. Les dates de rendez-vous sont inscrites par les intervenants dans un cahier de communication.
- Dans bien des cas, la documentation est désuète.
- Absence de mécanisme favorisant la prise de décision (pas d'outil pouvant guider la décision).

3.4.2 DISTRIBUTION

- La distribution de la médication est faite par différents intervenants (infirmière, infirmière auxiliaire, éducateur, intervenant en milieu résidentiel).
- Le système de distribution (dosett, dispill, vrac) est non uniforme. La médication liquide arrive en vrac et le dosage est imprécis.
- Au niveau du mode de distribution nous rencontrons :
 - a) contenants préparés au nom de l'usager
 - b) en vrac et non identifié au nom de l'usager
 - c) pour les liquides dosage inexact.
- Mode de distribution pour les injectables (1/m - s/c) :
 - a) vial
 - b) stylet

3.4.3 FORMATION DU PERSONNEL

- Les intervenants disent aller chercher de l'information par des fiches conseils, des échanges verbaux avec la pharmacie et de la documentation (CPS).
- Une formation sur "Les médicaments couramment utilisés en psychiatrie" a été donnée aux intervenants de la DSRHC par une pharmacienne (24 infirmières, 2 infirmières auxiliaires, 74 éducateurs et 35 intervenants en milieu résidentiel).

3.4.4 ENSEIGNEMENT ET INFORMATION À LA CLIENTÈLE

- L'étude terrain fait ressortir que majoritairement, il n'y a pas d'enseignement sur la médication fait à l'usager. On lui donne plus "des informations".
- Dans deux (2) ressources, l'enseignement sur les injectables est fait par des intervenants autres qu'infirmières (insuline).

- 11 ressources sur 12 disent renseigner la majorité de la clientèle sur la médication. Une ressource ne renseigne pas d'emblée la clientèle.
- Dans l'ensemble des ressources les renseignements sont donnés par tous les intervenants.

3.4.5 AUTOMÉDICATION

- Une démarche spécifiant l'automédication par étapes est en place mais non uniformisée dans l'ensemble des ressources.
- 91/489 usagers dans 12 ressources soit 18.6 % bénéficient de l'automédication. 8/12 ressources n'envisagent pas la possibilité d'instaurer l'automédication.

3.4.6 NARCOTIQUE

- Même si la "prescription" de narcotique n'est pas répandue, il est constaté que tous les intervenants (infirmière, infirmière auxiliaire, éducateur, intervenant en milieu résidentiel) sont appelés à "administrer" ou "administrent" des narcotiques.
- Dans deux ressources se sont des intervenants autres que les infirmières qui préparent les narcotiques.
- Si le narcotique est prescrit régulièrement, il est placé dans la "dosett". Autrement, le narcotique est servi en vrac et tous les intervenants ont la clé.

3.4.7 RECHERCHE PSYCHOPHARMACOLOGIQUE

- Entre 1 à 5 usagers étaient au moment de l'étude terrain sur un protocole de recherche concernant la médication.

4. Quatrième partie

ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 PRINCIPES DIRECTEURS

En 1999, le groupe de travail a élaboré certains principes directeurs, acceptés par l'ensemble des participants regroupant la DSI, la DSRHC et le CII.

Le comité a repris ces principes directeurs auxquels certaines modifications furent apportées. Suite à l'analyse des résultats obtenus lors de l'étude terrain nous vous présentons ces principes en respectant la catégorisation retenue.

L'application de ces principes est élaboré dans un contexte de dispensation de soins à l'externe en tenant compte des différentes législations en cours et de l'application de l'exercice infirmier.

CATÉGORIES	PRINCIPES
SÉCURITÉ : (vérification, formulaire, outil)	<ul style="list-style-type: none">➤ La supervision de l'acte infirmier relève de la DSI. Conjointement, la DSI et la DSRHC travaillent à la mise en application des principes directeurs. (<u>Administration</u> : administration d'un médicament prescrit sous ordonnance médicale peut également être faite selon la délégation des actes infirmiers par l'infirmière auxiliaire. <u>Distribution</u> : fait référence à une simple remise du médicament à l'usager sans aide pour le lui faire absorber.➤ L'administration des médicaments selon une ordonnance médicale relève de l'infirmière : l'infirmière auxiliaire peut également administrer les médicaments selon les conditions prévues aux actes infirmiers délégués.➤ Seul le pharmacien et l'infirmière peuvent prendre l'ordonnance téléphonique.➤ L'administration et l'injection d'un médicament intramusculaire ou sous-cutané sont strictement réservés aux infirmières et infirmières auxiliaires.

CATÉGORIES	PRINCIPES
SÉCURITÉ (suite)	<ul style="list-style-type: none">➤ Toute modification de l'état de santé d'un usager doit être communiquée à l'infirmière.➤ L'évaluation de l'état de santé initial et continu et des besoins de soins en lien avec la médication est faite par l'infirmière.➤ La DSRHC s'assure dans l'environnement qu'un espace sécuritaire – sous clé - est aménagé et réservé au rangement des médicaments.➤ Les éducateurs qui font la distribution du médicament "insuline" unidose préparée par la pharmacie devront attester de la remise du médicament à l'usager en l'inscrivant sur un formulaire prévu à cet effet. L'imputabilité liée au geste engagera individuellement chacun des intervenants.
DISTRIBUTION	<ul style="list-style-type: none">➤ La préparation de la médication de chaque usager devra être faite par la pharmacie dans une forme prête à être administrée. Nous encourageons l'utilisation de système du type "Organisateur de médicaments" par exemple : Dispill. <p>La médication "régulière" par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale et par inhalation et "préalablement préparée par la pharmacie" peut être distribuée dans les ressources d'hébergement par l'éducateur et l'intervenant en milieu résidentiel, selon les directives de l'infirmière.</p> <p>N.B. : Dans une première phase, cette médication continuera à être distribuée par les infirmières et les infirmières auxiliaires. Des mesures d'encadrement bien définies sont à mettre en place afin de guider et supporter actuellement les autres intervenants dans la distribution de la médication (outil de soins). Progressivement et au fur et à mesure de la transition, la médication régulière pourra être élargie aux éducateurs et aux intervenants en milieu résidentiel.</p>

CATÉGORIES	PRINCIPES
<p>DISTRIBUTION (suite)</p>	<p>Contexte : Activités de santé préalablement évaluées par l'infirmière comme étant durables, régulières et reliées à la vie quotidienne. Condition clinique stable.</p> <p>Lieux visés : ressources d'hébergement de groupe, familiale et spécialisée.</p> <p>Régulière : Médicaments d'usage courant en psychiatrie (les antipsychotiques, les stabilisateurs de l'humeur, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les sédatifs).</p> <p>➤ La distribution du médicament "insuline" unidose préparée par la pharmacie, peut être faite dans les ressources d'hébergement par l'éducateur, aux usagers qui s'autoadministrent la médication, selon les instructions de l'infirmière.</p>
<p>FORMATION DU PERSONNEL</p>	<p>➤ Tous les intervenants dans les ressources d'hébergement doivent recevoir une formation continue relative à la connaissance générale des médicaments couramment utilisés en psychiatrie ainsi qu'une formation continue donnée par une infirmière touchant aux aspects cliniques entourant la distribution de la médication. Le contenu devra tenir compte des effets recherchés, des effets indésirables, des interactions, de la surveillance, des conditions d'administration, des signes d'intoxication en lien avec le plan de soins, de l'évolution de la condition clinique et du suivi à instaurer ou à maintenir.</p> <p>➤ Le chef de service doit s'assurer que le personnel de la ressource a maintenu ses compétences à jour pour garantir la distribution sécuritaire de la médication.</p>
<p>ENSEIGNEMENT ET INFORMATION À LA CLIENTÈLE</p>	<p>➤ L'enseignement à l'usager, à la famille et aux autres intervenants concernant la médication est fait par l'infirmière. Elle dispose à ce sujet d'un programme d'enseignement.</p>

CATÉGORIES	PRINCIPES
ENSEIGNEMENT ET INFORMATION À LA CLIENTÈLE (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'infirmière auxiliaire diffuse les informations aux usagers, aux éducateurs, aux intervenants en milieu résidentiel, aux infirmières auxiliaires et aux autres intervenants sur la nature du médicament prescrit : action du médicament, effets recherchés, effets indésirables et doit communiquer avec l'infirmière pour toute modification de la médication ou changement de la condition clinique.
AUTOMÉDICATION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La DSI et la DSRHC valorisent l'autoadministration des médicaments par l'utilisateur et le soutien par les infirmières à cette autoadministration dans la mesure où la condition de l'utilisateur le permet. La responsabilisation de ce dernier est encouragée. ➤ L'infirmière décide d'instaurer en concertation avec l'équipe un programme d'autoadministration de la médication à l'intention d'un usager. Le programme peut être gradué afin de favoriser les apprentissages de l'utilisateur.
NARCOTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La DSRHC, en conformité avec la loi fédérale des Aliments et Drogues, s'assure de l'application de la Politique de gestion des narcotiques et drogues contrôlés en vigueur dans notre établissement.
RECHERCHE PSYCHOPHARMACOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seule l'infirmière peut administrer une prescription de recherche.

4.2 RECOMMANDATIONS

L'étude terrain a permis de regrouper des points à travailler.

CATÉGORIES	RECOMMANDATIONS
SÉCURITÉ : (vérification, formulaire, outil)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer qu'un pharmacien ou une infirmière prend et relève l'ordonnance téléphonique.

CATÉGORIES	RECOMMANDATIONS
<p>SÉCURITÉ : (vérification, formulaire, outil) (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer qu'une infirmière soit disponible 24/24 heures pour tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur et dans les situations complexes de soins afin de faire une évaluation de l'état clinique de l'utilisateur (en lien avec la médication). ➤ Standardiser avec les pharmacies concernées, un profil/utilisateur unique contenant tous les éléments pertinents à la distribution de la médication. ➤ Élaboration d'un outil de soins pour orienter la prise de décision pour PRN (physique et psychiatrique). ➤ L'imputabilité liée au geste de distribuer la médication régulière devra engager individuellement chacun des distributeurs. ➤ Clarifier la notion d'ordonnance médicale permanente (OMP) en externe.
<p>DISTRIBUTION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uniformiser dans toutes les ressources le mode de distribution de la médication par l'utilisation d'un système du type "Organisateur de médicaments" de préférence "Dispill". ➤ La médication "régulière" distribuée par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale et par inhalation et "préalablement préparée par la pharmacie" continuera à être distribuée par les infirmières et les infirmières auxiliaires. Des mesures d'encadrement bien définies sont à mettre en place afin de guider et supporter actuellement les autres intervenants dans la distribution de la médication (outil de soins). Progressivement et au fur et à mesure de la transition la médication régulière pourra être élargie aux éducateurs et aux intervenants en milieu résidentiel. ➤ Apporter une vigilance accrue pour tout ce qui concerne la distribution de PRN (physique et psychiatrique) en revoyant le processus de prise de décision entourant la distribution de PRN et en élaborant un outil de soins favorisant la prise de décision. ➤ Que toutes les pharmacies préparent des unidoses pour les PRN et les médicaments liquides.

CATÉGORIES	RECOMMANDATIONS
DISTRIBUTION (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que la pharmacie de HLHL offre un système de distribution "unidose" de type "Dispill" si possible, lors d'un congé d'essai de l'hôpital (statut admis) vers une ressource externe.
FORMATION DU PERSONNEL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir un programme de formation continue relatif à la connaissance générale des médicaments couramment utilisés en psychiatrie ainsi qu'une formation continue donnée par une infirmière touchant aux aspects cliniques entourant la distribution de la médication. Le contenu devra tenir compte des effets recherchés, des effets indésirables, des interactions, de la surveillance, des conditions d'administration, des signes d'intoxication en lien avec le plan de soins, de l'évolution de la condition clinique et du suivi à instaurer ou à maintenir auprès de tous les intervenants susceptibles de distribuer la médication dans les ressources d'hébergement. ➤ Les conditions cliniques entourant la distribution de la médication à l'usager devront être mises à jour par une infirmière.
ENSEIGNEMENT ET INFORMATION À LA CLIENTÈLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'enseignement à l'usager, à la famille et aux autres intervenants concernant la médication doit être fait en complémentarité, dans une approche de partage par les infirmières en ressources et en clinique externe.
AUTOMÉDICATION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire connaître le Programme d'enseignement en soins infirmiers favorisant la prise en charge du programme thérapeutique (médication).
NARCOTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La présence ou la disponibilité d'infirmières sur les quarts de soir et de nuit dans certaines ressources étant déficiente, l'établissement devra se pencher sur ces usagers dont la condition clinique est aiguë ou instable, vieillissante et dont l'importance de la maladie, du traitement et des actes professionnels qui l'entourent nécessitent la manipulation de "narcotique".
RECHERCHE PSYCHOPHARMACOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuivre la collaboration entre l'infirmière de la ressource et l'infirmière de la recherche (psycho-pharmaco).

CONCLUSION

La réalité du terrain reflétant les multiples transformations qui affectent le système de santé, nous conscientise au fait d'adapter nos pratiques aux nouvelles réalités de l'ère moderne. Une fois ce constat réalisé par l'ensemble des professionnels du réseau de la santé, tous conviennent que les solutions favorisant le partage des responsabilités entre les différents professionnels doivent préserver les compétences particulières de chacun afin d'assurer les soins requérant un niveau de compétence complexe et unique.

Le contenu de l'exercice infirmier fait référence à l'essence même de la profession, où dans ses gestes quotidiens auprès des diverses clientèles, l'infirmière, par l'identification des besoins de santé, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement, la réadaptation et l'enseignement jouent un rôle primordial à tous les niveaux d'intervention.

Appelées à travailler dans des milieux et des environnements différents, les activités que les infirmières exercent, s'inscrivent toujours dans un cadre où des connaissances spécifiques sont requises afin d'assurer la dispensation de soins de qualité.

Tous les débats "chauds", entourant les différentes interprétations du champ d'exercice, ne viennent que renforcer l'obligation de s'ouvrir à de nouvelles pratiques de soins. L'étude terrain nous a permis de constater que plusieurs intervenants non infirmier, administrent de la médication à des clientèles qui ne reçoivent pas de soins aigus. Plutôt que de nier cette réalité, le comité trouve important d'établir des principes directeurs qui cadreront ces activités.

Les orientations prises par le comité viendront baliser des pratiques déjà existantes dans notre milieu et, nous l'espérons, éviter tout préjudice à la clientèle et aux différents intervenants.

Nous sommes conscients de l'ampleur du travail à accomplir, ne serait-ce qu'en étant attentif au changement de culture qui devra s'opérer à tous les paliers décisionnels.

Quel défi important que celui d'établir de nouvelles bases de collaboration avec de nouveaux partenaires! C'est dans cet esprit d'ouverture et de partage, que tous les membres du comité souhaitent possible le démarrage du plan d'action proposé dans ce document.

RÉFÉRENCES

- ⇒ Contrat type. Normes pour les services de soutien ou d'assistance. Normes environnementales, HLHL, document de travail, annexe V, no 4, mars 2001
- ⇒ Contrat type. Obligation spécifiques des parties, HLHL, document de travail, annexe IV no 22, mars 2001
- ⇒ Guide des soins et services pharmaceutiques dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (1997). Bibliothèque nationale du Québec
- ⇒ L'Hôpital et la Communauté : des liens à consolider (1998)
- ⇒ Loi sur la pharmacie (1973) c.51, a.17
- ⇒ Loi sur les services de Santé et Services sociaux (1973) L.R.Q., S-4.2, article 207
- ⇒ Loi sur les infirmières (1973) L.R.Q., chapitre 1-8, article 36
- ⇒ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté en mai 2001 au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines : La Vision Contemporaine de l'exercice infirmier au Québec, Montréal, article 119
- ⇒ Pavillon Jeunesse, C. Boisvert et al. (1999) Juges Fish, Forget et Philippon, août
- ⇒ Profil de compétence professionnelle de l'exercice infirmiers. HLHL, DSI, Février 1999