



**Ministry of Health and  
Long-Term Care**

**Inspection Report under  
the Long-Term Care  
Homes Act, 2007**

**Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée**

**Rapport d'inspection prévu par  
la *Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée***

**Long-Term Care Homes Division  
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de  
longue durée  
Direction de l'inspection des foyers  
soins de longue durée**

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St Suite 420  
OTTAWA ON K1S 3J4  
Telephone: (613) 569-5602  
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

**Public Copy/  
Copie destinée au public**

---

<b>Report Date(s) / Date(s) du rapport</b>	<b>Inspection No / N° de l'inspection</b>	<b>Log # / N° de registre</b>	<b>Type of Inspection / Type d'inspection</b>
5 septembre 2018	2018_752627_0017	021660-18	Inspection de la qualité des services aux résidents

---

**Licensee/Titulaire de permis**

Foyer Hearst – Mattice Soins de santé  
67-15<sup>e</sup> Rue, C.P. 1538, HEARST (Ontario) P0L 1N0

---

**Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée**

Foyer Des Pionniers  
67-15<sup>e</sup> Rue, C.P. 1538, HEARST (Ontario) P0L 1N0

---

**Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs**

SYLVIE BYRNES (627), TIFFANY BOUCHER (543)

---

**Inspection Summary/Résumé de l'inspection**

---



**Cette inspection visait l'inspection de la qualité des services aux résidents.**

**L'inspection s'est tenue du 28 au 30 août 2018.**

**Les rapports suivants ont été examinés durant cette inspection :  
un rapport concernant des chutes consigné dans le Système de rapport  
d'incidents critiques (SIC); et un rapport concernant l'administration de  
médicaments, également consigné dans le SIC.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur,  
le directeur des soins, le gestionnaire du service de diététique, des  
infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des préposés  
aux services de soutien personnel, ainsi que des résidents et des membres  
de leur famille.**

**L'inspectrice a effectué une visite des aires résidentielles, observé la  
prestation des soins et services offerts aux résidents ainsi que l'interaction  
entre le personnel et les résidents, puis a examiné les dossiers de santé, les  
politiques et les procédures utiles.**

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :**  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
gestion de la douleur;  
médicaments;  
nutrition et hydratation;  
prévention des chutes;  
prévention et contrôle des infections.

**Plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.**

**3 AE  
1 PRV  
0 OC  
0 RD  
0 OTA**



**NON-COMPLIANCE/NON-RESPECT DES EXIGENCES**

Legend	Légende
WN - Written Notification VPC - Voluntary Plan of Correction DR - Director Referral CO - Compliance Order WAO - Work and Activity Order	AE - Avis écrit PRV - Plan de redressement volontaire RD - Renvoi au directeur OC - Ordre de conformité OTA - Ordres : travaux et activités
Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).	Le non-respect des exigences de la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2 (1) de la LFSLD.
The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.	Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131 (Administration de médicaments).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**131. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (1).**

**131. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit



administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

L'inspectrice 543 a examiné un rapport d'incident de médication qui indiquait que le mauvais médicament avait été administré au résident 008.

L'inspectrice 543 a examiné la politique du foyer concernant l'administration de médicaments (05-02-03), révisée en juin 2018. Cette politique indiquait que le personnel utiliserait les règles de base de l'administration de médicaments : le bon résident, le bon médicament, la bonne posologie, la bonne heure et la bonne voie.

L'inspectrice a examiné la fiche d'administration des médicaments du résident 008, qui indiquait qu'un médicament particulier avait été prescrit au résident.

L'inspectrice 543 a interrogé l'administrateur, qui a confirmé que le résident 008 n'avait pas reçu le médicament que le médecin lui avait prescrit et qu'au lieu de celui-ci, il avait reçu un autre médicament. [par. 131. (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Un rapport d'incident critique concernant une erreur de médicament a été soumis au directeur au moyen du Système de rapport d'incidents critiques (SIC). Selon le rapport du SIC, le résident 007 n'a pas bénéficié d'une intervention particulière.

L'inspectrice 543 a examiné les notes d'enquête du foyer, qui ont révélé que le personnel avait négligé d'intervenir à un moment particulier et négligé de procéder à l'intervention particulière pendant une période de 12 jours.

L'inspectrice a examiné les ordres du médecin, qui indiquaient que le résident 007 devait recevoir l'intervention particulière tous les jours et, qu'en conséquence, il avait peut-être reçu une autre intervention.

L'inspectrice 543 a examiné la documentation du résident 007, qui indiquait que le résident n'avait pas reçu l'intervention particulière pendant 12 jours en tout.

L'inspectrice 543 a interrogé l'administrateur, qui a confirmé que le personnel autorisé n'avait pas fourni l'intervention particulière au résident 007 pendant une période de 12 jours, contrairement à l'ordre du médecin. [par. 131. (2)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments sont administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :**



- a) les soins prévus pour le résident;  
b) les objectifs que visent les soins;  
c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

**6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;  
b) les objectifs que visent les soins;  
c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le résident 003 a été reconnu comme ayant de la douleur à l'évaluation au moyen de l'ensemble minimal de données.

L'inspectrice 627 a interrogé le résident 003, qui a dit éprouver une douleur qui avait une incidence sur les activités de la vie quotidienne à l'occasion.

L'inspectrice 627 a examiné le protocole d'évaluation des résidents au moyen de l'ensemble minimal de données, qui indiquait que le programme de soins devait être mis à jour dans le but particulier de prévenir le développement de complications, de veiller au confort du résident 003 et d'empêcher qu'il n'éprouve de la douleur.

L'inspectrice 627 a examiné le programme de soins en vigueur pour le résident au moment de l'inspection, ainsi que le programme de soins archivé du résident, et n'a pas pu définir de marche à suivre pour la gestion de la douleur du résident 003.

L'inspectrice 627 a interrogé l'infirmière autorisée (IA) 104, qui a affirmé qu'une évaluation de la douleur avait été effectuée au moment de l'admission et trimestriellement au moyen de l'ensemble minimal de données. L'IA a affirmé que les programmes de soins étaient mis à jour par les IA, le directeur des soins et l'administrateur. L'IA qui a suivi le protocole d'évaluation des résidents était chargée de créer ou de mettre à jour le programme de soins. L'IA a reconnu que la douleur du résident 003 aurait dû être abordée dans le programme de soins écrit.

L'inspectrice 627 a interrogé le directeur des soins, qui a affirmé que la gestion de la douleur devait être incluse dans le programme de soins du résident, avec les objectifs et les interventions, lorsqu'un résident manifeste de la douleur. En examinant le programme de soins écrit du résident 003, il a été reconnu que la gestion de la douleur du résident n'avait pas été abordée dans son programme de soins écrit. [par. 6. (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, comme le précise le programme.

Le résident 002 a été reconnu comme ayant de la douleur à l'évaluation au moyen de l'ensemble minimal de données.



**Inspection Report under  
the Long-Term Care  
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu par  
la Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée**

L'inspectrice 627 a interrogé le résident 002, qui a affirmé avoir de la douleur. Le résident a affirmé que le personnel ne lui avait pas demandé s'il avait de la douleur et qu'il n'avait pas voulu déranger le personnel pour l'informer qu'il avait de la douleur.

L'inspectrice 627 a examiné le programme de soins du résident 002, dans lequel il était indiqué que l'objectif concernant la douleur du résident exigeait une intervention particulière.

L'inspectrice 627 a examiné la politique du foyer intitulée « Pain Assessment and Procedure », qui indiquait qu'une évaluation de la douleur devait être réalisée et documentée pour les résidents qui évaluaient au niveau 4 ou plus leur sérénité face à la douleur, sur une échelle de tolérance de zéro à dix.

L'inspectrice 627 a interrogé l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) 102, qui a dit avoir évalué la douleur du résident 002 dans la matinée en examinant son apparence physique. L'IAA a également affirmé que le résident 002 ne s'était plaint d'aucune douleur. L'IAA a expliqué qu'elle n'avait jamais demandé au résident 002 d'évaluer sa douleur sur une échelle. L'IAA a ajouté, d'une part, que le foyer utilisait des formulaires d'évaluation de la douleur mais que leur usage était davantage destiné aux résidents affichant des comportements réactifs et incapables de verbaliser leur douleur et, d'autre part, qu'un formulaire d'évaluation de la douleur n'avait pas été rempli pour le résident 002.

L'inspectrice 627 a interrogé l'IA 104, qui a affirmé qu'un formulaire d'évaluation de la douleur avait été rempli au moment de l'admission et trimestriellement au moyen de l'ensemble minimal de données. Si un protocole d'évaluation des résidents était enclenché, le programme de soins était adapté par l'IA qui appliquait le protocole d'évaluation. L'IA 104 a reconnu qu'aucune autre évaluation de la douleur du résident n'avait été réalisée.

L'inspectrice 627 a interrogé l'administrateur, qui a affirmé que lorsque l'évaluation d'un résident au moyen de l'ensemble minimal de données indiquait une douleur quotidienne modérée, une feuille de cheminement pour la surveillance de la gestion de la douleur (« Pain Management Monitoring Flow Sheet ») devait être remplie et analysée pour gérer la douleur du résident. L'administrateur a indiqué qu'une intervention particulière avait été ajoutée au programme de soins. L'administrateur a reconnu que l'intervention n'avait pas été remplie. [par. 6. (7)]

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130 (Sécurité de la réserve de médicaments).**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :**

- 1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.**
- 2. Seuls ont accès à ces endroits :**
  - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,**
  - ii. l'administrateur du foyer.**
- 3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.**

**Constatations :**

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les endroits où sont entreposés des médicaments soient accessibles seulement aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer, ainsi qu'à l'administrateur.**



**Ministry of Health and  
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée**

**Inspection Report under  
the Long-Term Care  
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu par  
la *Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée***

À une date particulière, l'inspectrice 543 a vu un employé du service d'entretien entrer dans la salle des médicaments verrouillée.

L'inspectrice 543 a interrogé le directeur des soins et l'administrateur a confirmé que l'employé du service d'entretien avait eu accès à la salle des médicaments. [par. 130. 2.]

---

**Date de délivrance : 5 septembre 2018**

**Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice**

**Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.**