



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

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

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
13 novembre 2019	2019_680687_0029	019063-19	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Foyer Hearst – Mattice – Soins de santé
67, 15^e rue, C.P. 1538, HEARST, ON P0L 1N0

Foyer de soins de longue durée

Foyer des Pionniers
67, 15^e rue, C.P. 1538 HEARST, ON P0L 1N0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LOVIRIZA CALUZA (687)

Résumé de l'inspection

Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 29 octobre 2019.

L'élément suivant a été inspecté pendant cette inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) :

- Un élément concernant des substances désignées manquantes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : l'administrateur/le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), le directeur des soins infirmiers (DSI), des infirmières autorisées ou des infirmiers autorisés (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées ou des infirmiers auxiliaires autorisés (IAA).

L'inspectrice a effectué une visite quotidienne des aires de soins des résidents, observé la prestation des soins et des services, examiné des dossiers médicaux pertinents ainsi que des documents d'enquête interne et des politiques du foyer.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection : Médicaments

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

5 AE
0 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS

Définitions

AE — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
OC — Ordre de conformité
RD — Renvoi de la question au directeur
OTA — Ordres, travaux et activités

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect de la disposition 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8.

Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 8. (1) lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) ou le Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 79/10 exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, à ce que ceux-ci soient respectés.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du foyer intitulée *Administration of Medication* (administration des médicaments) (code : 05-02-03) révisée pour la dernière fois en juin 2018.

Le foyer a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant certains médicaments manquants au foyer. Le rapport d'incident critique indiquait que l'on avait trouvé l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé 104 en possession illégale d'un certain médicament qui appartenait à un résident du foyer.

L'inspectrice a remarqué qu'à une certaine date, l'IAA 102 et l'IAA 105 avaient respectivement pris, dans la fiche des médicaments du résident 003, certains de ses médicaments et les avaient administrés à deux reprises au résident 002 (médicaments pour lesquels ce dernier avait une prescription). De plus, à une certaine date, un autre membre du personnel autorisé avait pris, dans la fiche des médicaments du résident 003, une autre dose d'un certain médicament de ce résident et l'avait administrée au résident 004 (médicament pour lequel ce dernier avait une prescription).

Lors de l'examen d'un dossier de la politique du foyer intitulée *Administration of Medication* (administration des médicaments) révisée pour la dernière fois en juin 2018, on indiquait que « le nom du médicament dans le dossier électronique sur l'administration des médicaments (e-MAR) devait correspondre au nom du médicament sur la fiche des médicaments ».

L'inspectrice 687 a eu un entretien avec l'IAA 102 qui a déclaré avoir emprunté deux doses distinctes d'un certain médicament du résident 003 et les avoir administrées au résident 002, car la pharmacie n'avait pas livré à temps les médicaments du résident.

**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**

Au cours d'un entretien, l'IAA 105 et l'IA 103 ont déclaré que s'il fallait un certain médicament pour un résident et que la pharmacie ne le leur avait pas envoyé, le personnel autorisé l'empruntait à un autre résident jusqu'à l'arrivée du médicament du résident en provenance de la pharmacie.

Lors d'un entretien, le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré que le personnel autorisé n'était pas censé emprunter des médicaments à d'autres résidents. Le DSI a déclaré en outre que le personnel enregistré était censé téléphoner ou envoyer une télécopie à la pharmacie pour obtenir le médicament du résident, et que la pharmacie était censée fournir le service et livrer au foyer les médicaments requis pour les résidents du foyer. [Alinéa 8 (1)a]

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107.

Rapports : incidents graves

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 107. (4) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (3.1), dans les 10 jours suivant le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait par écrit à ce dernier un rapport où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :

i. le nom des résidents impliqués dans l'incident,

ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui ont découvert celui-ci,

iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou interviennent suite à l'incident.

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas informé le directeur dans les 10 jours suivant le moment où il avait pris connaissance de l'incident, en lui fournissant une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment le nom de tout résident impliqué dans l'incident.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur concernant certains médicaments manquants au foyer. Le rapport d'incident critique indiquait que l'on avait trouvé l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 104 en possession illégale d'un certain médicament qui appartenait à un résident du foyer.

L'inspectrice 687 a examiné le rapport d'incident critique soumis au directeur concernant certains médicaments manquants au foyer, mais l'inspectrice n'a pas trouvé le nom de tout résident en cause dans l'incident.

**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**

Un examen du rapport d'enquête interne du foyer effectué par l'inspectrice 687 indiquait que l'on mentionnait les résidents 002, 005, 006, 007 et 008 comme ayant eu certains médicaments manquants.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 687, le DSI a indiqué que, dans leur enquête interne, ils avaient tout d'abord déterminé qu'un certain médicament du résident 007 était manquant. Le DSI a déclaré qu'ils avaient poursuivi l'enquête et déterminé que d'autres résidents avaient aussi certains médicaments manquants; il s'agissait notamment des résidents 002, 005, 006 et 008. Le DSI a reconnu ne pas avoir mentionné les noms des résidents dans le rapport d'incident critique. [Disposition 107. (4) 2. i]

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129.**Entreposage sécuritaire des médicaments****En particulier concernant la disposition suivante :**

Par. 129. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,

(ii) il est sûr et verrouillé,

(iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,

(iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées fussent entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur concernant certains médicaments manquants au foyer. Le rapport d'incident critique indiquait que l'on avait trouvé l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé 104 en possession illégale d'un certain médicament qui appartenait à un résident du foyer.

Lors d'observations distinctes des salles d'entreposage des médicaments, l'inspectrice 687 a observé l'IAA 102 et l'IA 103 qui ouvraient un lieu d'entreposage des médicaments où l'on entreposait certains médicaments dont on avait cessé l'administration. L'inspectrice a remarqué que ce lieu d'entreposage des médicaments avait deux serrures; toutefois, on utilisait la même clé pour les ouvrir tous les deux.

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*

Un examen de la politique du foyer intitulée *Drug Destruction* (destruction des médicaments), dont la date de révision est juin 2018, indiquait que « les narcotiques et les médicaments réglementés doivent être entreposés dans un lieu verrouillé à double tour conformément aux règlements relatifs à l'entreposage des narcotiques ».

Lors d'une entrevue, l'IAA 102 a déclaré que l'on entreposait certains médicaments de résidents dont on avait cessé l'administration dans un lieu d'entreposage déterminé muni de deux verrous que l'on pouvait ouvrir avec une seule clé.

Lors d'un entretien, l'IA 103 a déclaré que l'on entreposait certains médicaments de résidents dont on avait cessé l'administration dans un lieu d'entreposage déterminé muni de deux verrous que l'on pouvait ouvrir avec une seule clé. L'IA a déclaré en outre qu'avant le rapport d'incident critique, les médicaments de résidents dont on avait cessé l'administration étaient entreposés dans un lieu d'entreposage à un seul verrou.

Lors d'un entretien, le DSI a déclaré que le personnel autorisé n'était pas censé entreposer, dans le lieu d'entreposage verrouillé de la salle d'entreposage des médicaments, les médicaments des résidents dont on avait cessé l'administration, mais que le personnel était censé les entreposer dans un lieu d'entreposage déterminé, verrouillé à double tour. [Alinéa 129. (1)b]

AE n° 4 : 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 des mesures fussent prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur concernant un médicament déterminé manquant au foyer. Le rapport d'incident critique indiquait que l'on avait trouvé l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 104 en possession illégale d'un certain médicament qui appartenait à un résident du foyer.

**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 687 a effectué un examen des rapports d'enquête interne du foyer et n'a trouvé aucun rapport de vérification mensuelle de certains médicaments du foyer.

Lors d'un entretien que l'inspectrice 687 a eu avec le pharmacien, ce dernier a déclaré qu'il n'y avait pas de documentation officielle des rapports de vérification mensuelle du foyer pour les médicaments déterminés.

Lors d'un entretien que l'inspectrice 687 a eu avec le DSI, celui-ci a déclaré que c'était le pharmacien qui effectuait les rapports de vérification des médicaments déterminés. Le DSI a déclaré en outre que l'on aurait dû faire des rapports de vérification des médicaments tous les mois, mais qu'ils n'avaient pas reçu de rapports de vérification mensuelle du pharmacien. [Alinéa 130. (3).]

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136.**Destruction et élimination des médicaments****En particulier concernant la disposition suivante :**

Par. 136. (3) Les médicaments doivent être détruits par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes :

a) dans le cas de substances désignées, sous réserve des exigences applicables de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada) ou de la Loi sur les aliments et drogues (Canada) :

(i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels,

(ii) d'autre part, un médecin ou un pharmacien; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées fussent détruites par un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et un médecin ou un pharmacien.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur concernant certains médicaments manquants au foyer. Le rapport d'incident critique indiquait que l'on avait trouvé l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé 104 en possession illégale d'un certain médicament qui appartenait à un résident du foyer.

L'inspectrice 687 a effectué une observation des deux salles d'entreposage des médicaments et n'a pas remarqué de boîte d'entreposage des médicaments aux fins de destruction.

Lors d'un examen de la politique du foyer intitulée *Drug Destruction* (destruction des médicaments), dont la date de révision est juin 2018, on indiquait : « les surplus de médicaments sont détruits par le directeur des soins infirmiers et par un pharmacien ou un médecin ».

**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 687 a eu un entretien avec l'IAA 102 et l'IA 103 qui ont déclaré que le pharmacien faisait le ramassage des médicaments dont on avait cessé l'administration; il les prenait dans les salles d'entreposage des médicaments et les emportait pour destruction hors du foyer dans un endroit inconnu.

L'inspectrice 687 a eu un entretien avec le pharmacien qui a déclaré faire le ramassage, dans les salles d'entreposage des médicaments, des médicaments dont on avait cessé l'administration et les amener hors du foyer aux fins de destruction. Le pharmacien a déclaré en outre qu'un autre pharmacien cosignait avec lui la liste des médicaments dont on avait cessé l'administration en vue de leur destruction.

Lors d'un entretien, le DSI a déclaré que le pharmacien faisait le ramassage, dans les salles d'entreposage des médicaments, des médicaments de résidents dont on avait cessé l'administration, et qu'il les emportait pour les détruire. Le DSI a déclaré en outre que la destruction des médicaments déterminés avait lieu hors du foyer et que deux pharmaciens apposaient leur signature pour valider cette procédure. Le DSI a déclaré qu'à son avis deux pharmaciens pouvaient apposer leur signature pour valider la procédure de destruction hors du foyer de certains médicaments dont on avait cessé l'administration, et que c'était correct. [Alinéa 136. (3)a]

Émis le 14 novembre 2019.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.