



**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**

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la  
performance du système de santé  
Direction de l'amélioration de la performance et  
de la conformité

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St 4th Floor  
OTTAWA ON K1S 3J4  
Telephone: (613) 569-5602  
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage  
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

### Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
21 mars 2016	2016_286547_0003	002753- 15/001190-16	Plainte

#### Titulaire de permis

GENESIS GARDENS INC  
438 PRESLAND ROAD OTTAWA ON K1K 2B5

#### Foyer de soins de longue durée

FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME  
1003 Limoges Road South Limoges ON K0A 2M0

#### Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LISA KLUKE (547)

### Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une plainte.

Cette inspection s'est tenue les 9, 10 et 11 février 2016.

This inspection faisait suite à deux plaintes, l'une inscrite au registre 002753-15 et concernant les soins infirmiers et les services de soutien personnel, ainsi que les programmes de nutrition et d'hydratation, l'autre inscrite au registre 001190-16 et concernant l'hospitalisation et le changement de l'état, ainsi que le programme de soins.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur du foyer, le directeur des soins, le directeur adjoint des soins, l'aide-physiothérapeute, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), des préposés au service d'alimentation, ainsi que des résidents et des membres de leur famille.



**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***

De plus, l'inspectrice a examiné le dossier de santé de certains résidents, ainsi que la politique et la procédure du foyer pour le rapprochement des médicaments, puis observé certains aspects des soins aux résidents ainsi que l'interaction entre le personnel et les résidents.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :  
nutrition et hydratation;  
services de soutien personnel.

Un non-respect a été constaté au cours de cette inspection.

1 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 (Politiques et dossiers).**

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

**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;**  
**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 à ce que soit respecté le plan, la politique, la marche à suivre ou le système mis en place. Conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 114 (2), le titulaire de permis d'un forer de soins de longue durée doit veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer la rigueur dans l'acquisition, la préparation, la réception, l'entreposage, l'administration, ainsi que la destruction et l'élimination des médicaments utilisés au foyer. Cette inspection faisait suite à la plainte inscrite au registre 001190-16.

Le foyer avait en place une politique et une marche à suivre pour le transfert rigoureux et complet des renseignements sur les médicaments lors des transitions de soins, afin de prévenir les erreurs de médication. Cette politique et la marche à suivre, mises à jour en août 2015, ont été identifiées par le directeur adjoint des soins comme étant celles que doit suivre le personnel infirmier autorisé pour tous les résidents réadmis après un séjour dans un hôpital de soins actifs, aux fins du rapprochement des médicaments.

La page 2 de cette procédure indiquait ceci : reconnaître toute anomalie et, le cas échéant, les porter à l'attention du prescripteur et modifier les ordonnances en conséquence ». Cette procédure indiquait également de « comparer l'historique de médication aux ordres de transfert ou de mise en congé pour assurer que les médicaments du résident sont rapprochés au moment de son transfert ou de sa mise en congé.

L'inspectrice 547 a examiné le dossier de santé du résident 002 et noté une copie d'un document de six pages transmis au foyer par télécopieur un jour de décembre 2015, soit le jour précédant la mise en congé du résident par l'hôpital. Cette télécopie contenait un programme de soins post-congé daté du même jour de décembre 2015 qui avait été préparé par le médecin traitant de l'hôpital et dans lequel avait été omis un médicament particulier figurant au dossier d'administration des médicaments (DAM) que l'hôpital avait envoyé lors de cette même communication par télécopieur. Le formulaire de rapprochement des médicaments que l'IAA 100 a rempli ce même jour de décembre 2015, après avoir reçu cette télécopie de l'hôpital, n'identifiait pas ce médicament du résident et ne contenait aucune note d'évolution indiquant la tenue d'une enquête sur cette anomalie.

Le 11 février 2016, l'inspectrice 547 a interrogé l'IAA 100, qui avait rempli ce formulaire de rapprochement des médicaments en prévision du retour de l'hôpital prévu pour ce résident et qui a affirmé, d'une part, qu'elle avait suivi le programme de soins post-congé envoyé par l'hôpital et, d'autre part, qu'elle avait remarqué l'anomalie concernant le médicament particulier dans le DAM de l'hôpital.

Le directeur adjoint des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que le résident 002 était arrivé au foyer un autre jour de décembre 2015 avec le sommaire de mise en congé fourni par l'hôpital et dicté pour le médecin traitant à la date de la mise en congé, en décembre 2015. Ce sommaire de mise en congé précisait en page 2 de 3 que le résident 002 avait commencé à prendre ce médicament à l'essai et qu'il réagissait très bien. Ce même médicament a été inscrit comme étant le premier médicament sur la liste des médicaments à prendre après la mise en congé. Une autre copie du DAM accompagnait également le résident et indiquait que celui-ci recevait ce médicament particulier au moment de sa mise en congé par l'hôpital.

Un entretien avec le directeur adjoint des soins et le directeur des soins du foyer le 11 février 2016 a révélé que ceux-ci avaient omis ce médicament lors du rapprochement effectué en prévision de la réadmission du résident après son départ de l'hôpital à la date de sa mise en congé, en décembre 2015. Le résident n'a pas reçu ce médicament pendant une période de 27 jours, ce qui a confirmé que la procédure de rapprochement des médicaments n'avait pas été respectée. [par. 8 (1)]

---

Date de délivrance : 21 mars 2016

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.