



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*

Health System Accountability and Performance  
Division  
Performance Improvement and Compliance  
Branch

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St., 4<sup>th</sup> 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

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

### Copie destinée au public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
16 juillet 2014	2014_289550_0021	O-0000589-14	Inspection de la qualité des services aux résidents
<b>Titulaire de permis</b> UNITED COUNTIES OF PRESCOTT AND RUSSELL 59, rue Court, C.P. 304, L'Orignal (Ontario) K0B 1K0			
<b>Foyer de soins de longue durée</b> RESIDENCE PRESCOTT et RUSSELL 1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY (Ontario) K6A 1W7			
<b>Inspecteur(s)</b> JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126), SUSAN WENDT (546)			
<b>Résumé de l'inspection</b>			

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR).

L'inspection s'est tenue les 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 et 11 juillet 2014.

Cette IQSR concernait également le registre n° O-000339-14, le registre n° O-001309-14 et un suivi de l'Ordre de conformité figurant au registre n° O-000312-14.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec l'administratrice, la directrice des soins, le superviseur des soins infirmiers, le superviseur des services alimentaires et le directeur des activités et du programme, le diététiste, le superviseur des services environnementaux, des aides aux activités, des aides-diététistes, des coordonnateurs, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), des représentants du conseil des résidents et du conseil des familles, ainsi que des résidents et des membres de leurs familles.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur a fait une visite des aires réservées aux résidents, a observé les entrepôts de médicaments, les soins et services aux résidents, le service des repas, l'administration des médicaments, puis examiné le dossier de santé de plusieurs résidents, plusieurs politiques et procédures, le procès-verbal des réunions du conseil des résidents, le procès-verbal des réunions du conseil des familles, deux rapports d'incidents graves et un ordre de conformité (n° 001) délivré précédemment.

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

- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- observation des repas;
- prévention des chutes;
- conseil des familles;
- qualité des aliments;
- prévention et contrôle des infections;
- médicaments;
- recours minimal à la contention;
- douleur;
- services de soutien personnel;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- loisirs et activités sociales;
- rapports et plaintes;
- conseil des résidents;
- comportements réactifs;
- soins de la peau et des plaies.

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

**NON-RESPECTS****Définitions**

- AE** — Avis écrit  
**PRV** — Plan de redressement volontaire  
**RD** — Renvoi de la question au directeur  
**OC** — Ordres de conformité  
**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 Règlement de l'Ontario 79/10, art. 37 (Effets personnels et aides personnelles).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**37. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :**

- a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;**  
**b) nettoyés au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels de chaque résident, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives, soient étiquetés dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents menée les 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 et 11 juillet 2014, les inspecteurs 546, 550, 126 et 599 ont observé divers articles non étiquetés :

- dans la salle de bain du rez-de-chaussée (aile Cartier) : 1 pain de savon dans un contenant en plastique, 1 bâton de déodorant et 1 bouteille de bain de bouche à moitié pleine et 2 pots de crèmes pour le corps;
- dans la salle de toilette du 2<sup>e</sup> étage (aile Spence) : 1 collecteur d'urine blanc, posé sur un panier contenant 2 brosses à cheveux;
- dans la salle de bain du 2<sup>e</sup> étage (aile Spence) : plusieurs bouteilles de shampoing, plusieurs pots entamés de crèmes pour le corps, 1 verre thermique avec paille;
- dans la salle de toilette du 2<sup>e</sup> étage (aile Cartier) : 1 pot entamé de VitaRub, 1 tube de crème Barrier, 1 boîte ouverte de comprimés de nettoyant pour prothèses dentaires, 1 brosse à cheveux usagée, 1 bouteille de savon liquide Ivory et 1 bâton déodorant dans la même corbeille;
- dans la salle de bain du 2<sup>e</sup> étage (aile Cartier) : une armoire remplie de pots de crèmes, de bouteilles de shampoing, de bouteilles de savon liquide et de 2 bâtons de déodorant;
- dans la salle de bain du 3<sup>e</sup> étage (aile Cartier) : 1 pain de savon dans un contenant en plastique, 1 bâton de déodorant usagé, 1 bouteille de bain de bouche à moitié pleine, plusieurs pots de crèmes;
- dans la salle de toilette du 3<sup>e</sup> étage (aile Cartier), 1 pain de savon dans un contenant en plastique, 1 bâton

- de déodorant; une armoire non verrouillée contenant plusieurs produits de soins personnels;
- dans la salle de bain du 3<sup>e</sup> étage (aile Spence) : plusieurs bouteilles de shampoing entamées, 1 boîte ouverte de comprimés de nettoyant à prothèses dentaires, 1 brosse à cheveux usagée;
  - dans une chambre à coucher : une brosse à dents blanche, un tube de dentifrice, une bouteille de bain de bouche sur le comptoir du lavabo de la chambre commune;
  - dans une chambre à coucher : une brosse à dents blanc et bleu, un tube de dentifrice, un urinoir plein d'urine; sur le comptoir du lavabo de la chambre commune, des prothèses dentaires laissées à tremper dans le verre prévu à cet effet;
  - dans une chambre à coucher : 2 pains de savon dans le même porte-savon sur le comptoir de la chambre commune;
  - dans une chambre à coucher : un contenant à collecteur d'urine blanc posé par terre sous le lavabo de la chambre à coucher;
  - dans une chambre à coucher : 1 verre à prothèses dentaires, 1 brosse à dents blanche sur le comptoir du lavabo de la chambre commune;
  - dans une chambre à coucher : une brosse à cheveux, un flacon de bain de bouche sur le comptoir du lavabo de la chambre commune.

Le 10 juillet 2014, durant un entretien avec l'inspecteur 546, l'IA 102 a confirmé que tout le matériel, y compris les articles de soins personnels, devaient être étiquetés et ne devaient pas être partagés comme les articles de soins communs dans les salles de bain, dans les salles de toilette. [alinéa 37 (1) a)]

#### **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 le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que les effets personnels de chaque résident, notamment les prothèses dentaires, les lunettes et les aides auditives, soient étiquetés dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux articles, de leur acquisition. 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. 3 (Déclaration des droits des résidents).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :**

**11. Le résident a le droit :**

- de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,**
- de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,**
- de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,**
- de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette**

**loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci.****Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel des renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi.

L'inspecteur 126 a observé la distribution des médicaments le 8 juillet 2014. L'inspecteur 126 a vu l'IAA 101 jeter à la poubelle le sachet de médicaments vide d'un résident. L'IAA 101 a expliqué à l'inspecteur 126 que les sachets de médicaments sur lesquels figurent le nom du résident, le type de médicament et la posologie étaient jetés à la poubelle avec les autres ordures.

Le 9 juillet 2014, une discussion avec la directrice des soins a révélé que les sachets de médicaments contenant des renseignements personnels sur la santé (nom du résident, type de médicament et posologie) étaient jetés à la poubelle avec les autres ordures et que, pour le moment, il n'y avait pas de procédure en place pour protéger les renseignements personnels sur la santé. [alinéa 3 (1) 11. (iv)]

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 17 (Système de communication bilatérale).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :**

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;**
- b) il est sous tension en tout temps;**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui :  
- dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Dans ce rapport d'inspection, le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est communément appelé « système de sonnettes d'appel ».

Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspecteur 550 a noté que les sonnettes d'appel ne pouvaient pas être entendues du bout du couloir à tous les étages lorsqu'elles étaient activées. Des haut-

parleurs pour le système de sonnettes d'appel sont situés à l'entrée de chaque couloir et au centre des couloirs.

Durant un entretien qui a eu lieu un jour de juillet 2014, les PSSP 103 et 104 ont précisé à l'inspecteur 550 qu'ils ne pouvaient pas entendre les sonnettes d'appel quand ils étaient au bout du couloir du 2<sup>e</sup> étage ou dans une chambre à coucher avec la porte fermée.

Le 11 juillet 2014, l'inspecteur 550 et la directrice des soins ont surveillé les sonnettes d'appel du rez-de-chaussée. La directrice des soins a indiqué à l'inspecteur qu'elle était incapable d'entendre les sonnettes d'appel quand elle était debout au bout du couloir et que ce problème n'avait pas été porté à son attention par le personnel.

Le 11 juillet 2014, durant un entretien avec l'administratrice concernant les problèmes du système de sonnettes d'appel, elle a expliqué à l'inspecteur 550 qu'elle allait appeler les ingénieurs pour corriger ce problème. [alinéa 17 (1) g)]

**AE n° 4 : 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. 22 (Transmission des plaintes par le titulaire de permis).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**22. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. 2007, chap. 8, par. 22 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soient transmises immédiatement au directeur.

Durant un entretien, le 10 juillet 2014, la directrice des soins a expliqué à l'inspecteur 550 qu'elle ne savait pas que toutes les plaintes écrites concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer devaient être transmises immédiatement au directeur.

L'administratrice a expliqué à l'inspecteur 550 durant un entretien, le 10 juillet 2014, qu'elle ne savait pas que toutes les plaintes écrites concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer devaient être transmises immédiatement au directeur.

En examinant le classeur des plaintes consignées par le foyer pour le mois de juin 2014, l'inspecteur 550 a constaté que le foyer avait reçu des plaintes écrites les 4, 11, 13 et 19 juin 2014 concernant les soins fournis aux résidents. Durant un entretien, le 11 juillet 2014, l'administratrice a expliqué que ces plaintes écrites n'avaient pas été transmises au directeur. [par. 22 (1)]

**AE n° 5 : 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. 56 (Conseil des résidents).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**56. (2) Seuls les résidents du foyer de soins de longue durée peuvent être membres du conseil des**



**résidents. 2007, chap. 8, par. 56 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que seuls les résidents du foyer de soins de longue durée puissent être membres du conseil des résidents.

Le superviseur des services alimentaires et le directeur des activités et du programme ont informé l'inspecteur 550, lors d'un entretien, que le président du conseil des résidents n'était pas un résident.

Ils ont expliqué qu'un membre d'une famille était président du conseil des résidents parce qu'aucun résident ne souhaitait remplir cette fonction. Elle a expliqué que l'administratrice et elle-même savaient que la loi n'autorisait que les résidents à être membres du conseil des résidents, mais qu'ensemble elles avaient décidé que la pratique en place serait maintenue jusqu'à nouvel ordre.

L'administratrice a confirmé qu'elle savait que seuls les résidents du foyer de soins de longue durée pouvaient être membres du conseil des résidents et qu'à l'heure actuelle, c'était un membre d'une famille, et non un résident, qui assurait la présidence du conseil. [par. 56 (2)]

**AE n° 6 : 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. 57 (Pouvoirs du conseil des résidents).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**57. (2) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 57 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1).

Le superviseur des services alimentaires et le directeur des activités et du programme ont expliqué à l'inspecteur 550 durant un entretien, le 8 juillet 2014, que le titulaire de permis ne répondait pas toujours dans un délai de 10 jours au conseil des résidents. Elle a dit qu'elles connaissaient la loi.

L'administratrice a expliqué à l'inspecteur 550 durant un entretien qu'elle et les autres directeurs répondraient verbalement au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informés de sujets de préoccupation ou de recommandations mais qu'elles ne répondaient pas par écrit.

L'inspecteur a examiné le procès-verbal des réunions tenues par le conseil des résidents durant trois mois et remarqué certains sujets de préoccupation auxquels le titulaire de permis aurait dû répondre par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé par le conseil :

Procès-verbal du conseil daté du 24 avril 2014 :

- des employés parlaient entre eux ou échangeaient des textos pendant les soins aux résidents;
- les sonnettes d'appel restées sans réponse à 13 h 45 et à 14 h 45.

Procès-verbal du conseil daté du 15 mai 2014 :

- des employés chargés de l'entretien sont entrés dans une chambre à coucher pour installer un climatiseur; le résident leur a demandé de revenir plus tard mais les employés ont refusé;
- les gros ventilateurs installés dans les couloirs envoient trop d'air sur les résidents qui attendent pour se faire donner un bain.

Procès-verbal du conseil daté du 19 juin 2014 :

- une demande a été faite pour que les visiteurs soient servis à la fin du service des repas;
  - mauvaise qualité des soins aux résidents du 2<sup>e</sup> étage;
  - des résidents se rassemblent devant l'ascenseur, ce qui empêche les autres résidents de circuler librement.
- [par. 57 (2)]

**AE n° 7 : 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. 60 (Pouvoirs du conseil des familles).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**60. (2) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 et 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 60 (2).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au conseil des familles au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 et 9 du paragraphe (1).

Lors d'un entretien, le 9 juillet, le représentant du conseil des familles a expliqué à l'inspecteur 550 que le titulaire de permis ne répondait pas au conseil des familles au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations. Le titulaire de permis y répond par écrit lors de la prochaine réunion.

L'adjoint du conseil des familles a expliqué à l'inspecteur 550 durant un entretien, le 10 juillet 2014, que le titulaire de permis utilisait la même procédure que le conseil des résidents pour répondre aux sujets de préoccupation ou aux recommandations; par conséquent, ils ne répondent pas aux sujets de préoccupation ou aux recommandations au plus tard 10 jours après en avoir été informés.

L'inspecteur 550 a examiné les procès-verbaux du conseil des familles datés du 7 avril, du 2 mai et du 6 juin 2014. Dans le procès-verbal du mois de juin, l'inspecteur a relevé des sujets de préoccupation ou des problèmes qui n'ont pas été résolus et auxquels le titulaire de permis aurait dû répondre par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé par le conseil :

- alarmes de chevet;
- draps rugueux;
- suivi concernant de nouveaux draps;
- amélioration des soins;
- absentéisme;
- éclosions.
- problèmes concernant les pratiques de contrôle des infections et l'utilisation de matériel de protection



personnelle par les employés. [par. 60 (2)]

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 110 (Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :**  
**5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

**110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :**  
**7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements suivants soient documentés :  
5. le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu;  
7. tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.

Le 4 juillet 2014, l'inspecteur 550 a observé le résident 516 assis dans un fauteuil roulant avec la ceinture de sécurité à fermoir frontal bouclée pour l'empêcher de glisser de son fauteuil. Le résident est incapable de défaire la ceinture abdominale sans se faire aider.

Durant une observation de la feuille de vérification des contentions dans le système Medecare, l'inspecteur 550 a observé qu'il n'y avait pas de documentation du nom de la personne qui avait eu recours à l'appareil de contention, du moment où le recours à l'appareil avait eu lieu, ni du moment où le résident avait été dégagé de l'appareil et changé de position.

L'inspecteur a observé l'outil de documentation au point de service du foyer et constaté que le système ne prévoyait pas la documentation de ces renseignements.

Lors d'un entretien, le PSSP 105 a montré à l'inspecteur 550, au point de service, qu'ils n'inscrivent les détails concernant leur recours à un appareil de contention qu'une fois par quart de travail dans le système Medecare et que rien n'est prévu pour consigner le moment du recours à l'appareil, le nom de la personne qui y a eu recours et le moment du dégagement et du changement de position du résident.

Le 9 juillet 2014, lors d'un entretien, le superviseur des soins infirmiers a indiqué à l'inspecteur 550 que le système du point de service ne permettait pas de documenter le moment où le recours à un appareil de contention a lieu, le nom de la personne qui y a eu recours et le moment du dégagement et du changement de position du résident. Elle a expliqué que, lorsque le système Medecare du foyer avait été amélioré, l'entreprise avait été incapable de fournir au foyer la feuille de vérification des contentions qu'il employait à l'origine et que le formulaire du système ne permettait pas au personnel d'inscrire le moment du recours à un appareil, le nom de la personne qui y a eu recours et le moment du dégagement et du changement de position du résident. Le superviseur des soins infirmiers a fourni une copie du « formulaire de vérification quotidienne

des contentions pour le mois de ... », qui était la copie papier que le foyer utilisait pour la documentation du recours aux contentions avant l'utilisation du système de point de service et qui aurait dû être intégrée dans le système Medecare mais ne l'a pas été. Elle a expliqué que le foyer n'utilisait plus cette copie papier et qu'il ne documentait les contentions qu'au point de service, où il leur est impossible d'inscrire l'heure du recours à la contention, le nom de la personne y ayant eu recours, ni l'heure du dégagement et du changement de position du résident. [alinéa 110 (7) 5]

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 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 tous les endroits où sont entreposés des médicaments ne soient accessibles qu'aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments, y compris l'administratrice.

Le 8 juillet 2014, l'inspecteur 126 a interrogé le directeur des soins, qui a expliqué que les médicaments qui ne servaient plus et les fournitures pharmaceutiques du gouvernement étaient gardés au sous-sol.

Les médicaments qui ne servent plus sont gardés dans une pièce fermée à clé où sont rangés les fournitures et autres produits destinés aux soins infirmiers. Les fournitures pharmaceutiques du gouvernement sont gardées dans une autre pièce. Lors d'un entretien avec le superviseur des services environnementaux, celui-ci a affirmé que lui-même et deux autres membres du personnel d'entretien avaient accès à ces pièces. [par. 130. 2]

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 136 (Destruction et élimination des médicaments).**

**En particulier, 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**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 des soins infirmiers et des soins personnels,**

**(ii) d'autre part, un médecin ou un pharmacien;**

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

**b) dans les autres cas :**

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

**(ii) d'autre part, un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (3).**

**136. (4) Lorsque des médicaments devant être détruits sont des substances désignées, la politique de destruction et d'élimination des médicaments doit prévoir que les membres de l'équipe composée des personnes visées à l'alinéa (3) a) consignent les renseignements suivants dans le dossier des médicaments :**

**1. La date de retrait du médicament de l'endroit où sont entreposés les médicaments.**

**2. Le nom du résident à qui le médicament a été prescrit, le cas échéant.**

**3. Le numéro de l'ordonnance du médicament, le cas échéant.**

**4. Le nom, la concentration et la quantité du médicament.**

**5. Le motif de la destruction.**

**6. La date à laquelle le médicament a été détruit.**

**7. Le nom des membres de l'équipe qui ont détruit le médicament.**

**8. La façon dont a été détruit le médicament. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (4).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un médicament désigné doit être détruit, son élimination soit faite par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose, dans le cas d'une substance désignée, d'un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, ainsi que d'un médecin ou d'un pharmacien.

Le 8 juillet 2014, l'inspecteur 126 a interrogé la directrice des soins, qui a indiqué que la destruction des médicaments ou des substances désignées ne se faisait pas sur place. La directrice des soins a expliqué que, selon la procédure en place, les substances désignées et les stupéfiants étaient gardés au troisième étage, dans une armoire verrouillée située dans l'entrepôt de médicaments également verrouillée.

Pour la destruction de ces médicaments, le pharmacien et une infirmière examinent, à l'aide d'une liste, le contenu de la substance désignée éliminée qui se trouve dans l'armoire. Ensuite, le pharmacien apporte à la pharmacie le contenu de l'armoire devant être détruit. [alinéa 136 (3) (a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque d'autres médicaments sont détruits, leur élimination soit faite par les membres d'une équipe agissant de concert et composée d'un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, ainsi que d'un membre du personnel nommé par la directrice des soins infirmiers.

Le 8 juillet 2014, l'inspecteur 126 a interrogé la directrice des soins, qui a indiqué que la destruction des substances non désignées ne se faisait pas sur place. La directrice des soins a expliqué que, selon la procédure en place, les substances non désignées étaient gardées dans chaque unité de soins infirmiers, dans l'entrepôt des médicaments verrouillé. Lorsque le sac est rempli de médicaments ne servant plus, l'infirmière de l'étage apporte le sac au sous-sol et le met dans un panier. Lorsque le panier est plein, la pharmacie vient le chercher pour procéder à sa destruction hors de l'établissement. [alinéa 136 (3) (b)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un médicament devant être détruit est une substance désignée, sa politique de destruction et d'élimination des médicaments prévoit que l'équipe composée des

personnes visées à l'alinéa (3) a) consigne les renseignements suivants :

- la date à laquelle le médicament a été détruit;
- le nom des personnes qui ont détruit le médicament;
- la façon dont a été détruit le médicament.

Le 8 juillet 2014, l'inspecteur 126 a interrogé la directrice des soins, qui a affirmé que le foyer avait une politique de « Retrait et destruction des médicaments ». Cette politique a été examinée par l'inspecteur 126. Il a été noté que la politique concernant les substances désignées n'incluait pas les renseignements suivants :

- la date à laquelle le médicament a été détruit;
- le nom des personnes qui ont détruit le médicament;
- la façon dont a été détruit le médicament.

**NON-RESPECTS CORRIGÉS**

EXIGENCE	TYPE DE MESURE OU D'ORDRE	N° DE MESURE OU D'ORDRE	N° DU RAPPORT D'INSPECTION	N° D'IDENTIFICATION DE L'INSPECTEUR
LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (10)	OC	001	2014_289550_0010	550

Date de délivrance : 29 juillet 2014

**Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs**