



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

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

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

**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***

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 5 avril 2017	Numéro d'inspection 2017_548592_0007	N° de registre 005484-17	Type d'inspection Système de rapport d'incidents critiques
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE SAINT-LOUIS 879, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA ON K1C 2Z6			
Nom de l'inspecteur/l'inspectrice ou des inspecteurs/inspectrices MÉLANIE SARRAZIN (592)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 10, 13 et 14 mars 2017.

Les incidents critiques suivants ont été inspectés pendant cette inspection :

N° de registre 005484-17 concernant des incidents liés à des médicaments et des réactions indésirables à des médicaments.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur/l'inspectrice s'est entretenu(e) avec les personnes suivantes : infirmiers/infirmières auxiliaires autorisés (IAA), infirmiers/infirmières autorisés (IA), un(e) infirmier praticien/infirmière praticienne, un(e) conseiller/conseillère en pharmacie, un(e) gérant(e) de pharmacie, et le directeur général/la directrice générale.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur/l'inspectrice a examiné ce qui suit : dossiers médicaux de personnes résidentes, politiques et marches à suivre pertinentes du/de la titulaire de permis relatives à la gestion et à l'administration de médicaments, routines de travail du personnel. L'inspecteur/L'inspectrice a observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes.

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

Médicaments

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

3 AE

3 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES**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 non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

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

**AE n° 1 : Le/La titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 8 du Règl. de l'Ont. 79/10
Respect des politiques et des dossiers**

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

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).

Faits saillants :

1. Le/La titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient respectées les marches à suivre du système de gestion des médicaments du foyer en place pendant la présente inspection.

Conformément au paragraphe 114 (2) et à l'alinéa 114 (3)a) du Règl. de l'Ont. 79/10, le foyer élabore un système de gestion des médicaments et veille à ce que des politiques et protocoles écrits soient élaborés afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. Les politiques et protocoles écrits doivent être mis en œuvre.

Le foyer a des politiques d'administration des médicaments relatives à la distribution et à la livraison des médicaments, à leur réception, ainsi que sur les dossiers numériques d'administration des médicaments et des traitements (Digital MAR/TAR), et les systèmes électroniques d'administration des médicaments et des traitements, et sur les incidents liés à des médicaments.

L'inspecteur/L'inspectrice n° 592 a examiné la politique d'administration du foyer intitulée *MAR/TAR Sheets* [feuilles des dossiers d'administration des médicaments et des traitements (MAR/TAR)] datée d'octobre 2012 et révisée en janvier 2017, et a remarqué ce qui suit, documenté à la rubrique « *Checking New digiMAR/digiTAR Sheets* » (vérification des nouvelles feuilles du système DigiMAR/DigiTAR) :

Sous l'onglet :

6. À la réception de la feuille du système DigiMAR/DigiTAR, deux infirmiers/infirmières ou fournisseurs de soins autorisés par l'établissement doivent vérifier l'exactitude de tous les renseignements imprimés, faire les corrections pertinentes, et informer la pharmacie de tout changement.

7. Par souci d'exactitude avant son utilisation, chaque nouvelle feuille doit être revérifiée par rapport à l'ordre du médecin, et par rapport aux feuilles du système DigiMAR/DigiTAR du mois précédent.

9. Les deux infirmiers/infirmières ou fournisseurs de soins qui vérifient les feuilles du système DigiMAR/DigiTAR doivent apposer leur signature dans les espaces prévus à cet effet au bas des feuilles.

L'inspecteur/L'inspectrice n° 592 a également examiné la politique du foyer relative à l'administration des médicaments intitulée *MAR/TAR Sheets* (feuilles MAR/TAR) datée d'octobre 2012 et révisée en janvier 2017, et il/elle a remarqué ce qui suit, documenté à la rubrique « *Digital Medication Administration Record/Treatment Administration Record Sheets (DigiMAR/DigiTAR)* » [feuilles des dossiers d'administration des médicaments/des traitements (DigiMAR/DigiTAR)] :

Sous l'onglet :

3. Les feuilles du DigiMAR/DigiTAR ne sont préparées que pour les personnes résidentes qui reçoivent des médicaments de la pharmacie MediSystem Pharmacy.

Aux termes de la LFSLD, le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur à une date précise, pour un incident impliquant la personne résidente n° 001 et un incident lié à des médicaments.

L'inspecteur/L'inspectrice n° 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 001.

Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente n° 001 avait été admise au foyer à une date spécifiée, qu'elle avait fait l'objet de plusieurs diagnostics et était traitée aux antibiotiques pour la présence d'une infection. Les notes d'évolution indiquaient de plus que la personne résidente n° 001 recevait également des interventions déterminées du foyer dans le cadre de ses traitements, et qu'avant d'être admise au foyer elle était suivie par un hôpital identifié qui travaillait en collaboration avec le foyer. Les notes d'évolution indiquaient de plus que la personne résidente n° 001 faisait l'objet d'une étroite surveillance pendant la journée en raison de sa faible ingestion d'aliments et de liquides depuis le jour de son admission au foyer, à cause de problèmes de soins de santé et de la présence d'une infection.

**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***

Huit jours après l'admission de la personne résidente n° 001 au foyer, les notes d'évolution la concernant indiquaient que son état de santé s'était détérioré et que l'on remarquait qu'elle avait une faiblesse généralisée, une faible ingestion d'aliments et de liquides persistante, avec une faible pression artérielle et un pouls lent. Les notes d'évolution indiquaient de plus que le personnel infirmier autorisé avait contacté le médecin, et qu'à la demande d'un membre de la famille de la personne résidente, on n'enverrait pas celle-ci à l'hôpital. On avait donné des ordres au personnel infirmier autorisé pour suspendre l'administration de plusieurs médicaments antihypertenseurs identifiés si la plage de la pression artérielle et des pulsations cardiaques de la personne résidente n° 001 était inférieure à des paramètres spécifiques.

Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente n° 001 indiquaient qu'à un moment déterminé la pression artérielle de la personne résidente n° 001 était inférieure à la plage recommandée spécifiée par le médecin. L'infirmier/L'infirmière autorisé(e) avait contacté l'hôpital identifié et reçu comme directives de s'assurer que l'administration des médicaments antihypertenseurs était toujours suspendue, et que l'hôpital identifié rappellerait plus tard pour faire une réévaluation de la personne résidente n° 001.

Environ cinq heures plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente n° 001 indiquaient que le foyer de soins de longue durée l'avait envoyée à l'hôpital, car elle était somnolente et ne réagissait à aucun stimulus. On mentionnait que sa pression artérielle et son pouls à ce moment-là étaient inférieurs à la plage spécifiée recommandée par le médecin. Les notes d'évolution indiquaient de plus que la personne résidente avait été admise à un hôpital identifié.

Le rapport d'incident critique du foyer soumis au directeur, trois jours après que la personne résidente avait été envoyée à l'hôpital, indiquait que l'hôpital avait contacté le foyer ce jour-là pour l'avertir d'une erreur d'administration de médicament concernant la personne résidente n° 001. Le rapport d'incident critique indiquait que, depuis l'admission de la personne résidente n° 001 au foyer, on lui avait administré une dose quotidienne d'un médicament déterminé, pendant huit jours consécutifs. Les ordres du médecin datés du jour où la personne résidente avait été admise au foyer indiquaient d'administrer le médicament déterminé une fois toutes les trois semaines. La dose suivante devait être administrée un jour déterminé.

Lors d'un examen des dossiers d'administration des médicaments (MAR) fournis électroniquement par la pharmacie du foyer pour la personne résidente n° 001, le document électronique (eMAR) indiquait que le personnel infirmier autorisé avait signé pour attester que le médicament avait été administré une fois par jour pendant neuf jours consécutifs.

Bien que le rapport d'incident critique indiquât que l'on avait administré huit doses à la personne résidente, néanmoins, lors de l'inspection l'inspecteur/l'inspectrice n° 592 a remarqué qu'il y avait neuf dosages documentés qui figuraient dans l'eMAR comme ayant été administrés.

Le 10 mars 2017 au cours d'une entrevue, l'IA n° 100 responsable de l'unité a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que, quand une personne résidente est admise au foyer, l'infirmier praticien/l'infirmière praticienne ou l'infirmier/l'infirmière autorisé(e) effectue le rapprochement des médicaments et les fait autoriser par le médecin. L'IA a de plus indiqué qu'une fois que les médicaments sont autorisés par le médecin, les ordres sont envoyés au pharmacien/à la

**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***

pharmacienne sur un formulaire déterminé, et que l'on utilise un dossier d'administration des médicaments (MAR) temporaire pour le personnel infirmier autorisé, jusqu'à ce que le MAR permanent soit mis à jour par la pharmacie et accessible en version électronique. L'IA n° 100 a de plus indiqué qu'une fois que l'on reçoit les médicaments au foyer, on en vérifie l'exactitude et l'on inscrit qu'on les a reçus dans le dossier des médicaments.

Lors d'une entrevue, l'IA n° 100 a montré à l'inspecteur/l'inspectrice un formulaire intitulé « *New admission order* » (ordre de nouvelle admission) daté du jour où la personne résidente n° 001 a été admise au foyer. Le formulaire, indiquant que la personne résidente n° 001 devait recevoir un médicament déterminé toutes les trois semaines, était autorisé et signé par l'infirmier praticien/l'infirmière praticienne et le médecin, et spécifiait que la prochaine dose devrait être administrée un jour déterminé. Ce formulaire a été télécopié à la pharmacie du foyer. L'IA a de plus indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que le médicament déterminé n'avait pas été fourni par la pharmacie du foyer, mais par une pharmacie extérieure afin qu'il soit couvert. L'IA a dit de plus à l'inspecteur/l'inspectrice que c'était le seul médicament fourni au foyer par cette pharmacie extérieure. L'IA n° 100 a de plus indiqué que tous les autres médicaments de la personne résidente étaient fournis par la pharmacie habituelle du foyer. L'IA n° 100 a de plus indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il/elle avait été mis(e) au courant par l'hôpital identifié, trois jours après avoir envoyé la personne résidente à l'hôpital, que celle-ci avait reçu une dose quotidienne du médicament déterminé. À la suite de l'enquête interne du foyer, le foyer a découvert que les MAR reçus de la pharmacie du foyer par voie électronique n'étaient pas exacts. Ils ne correspondaient pas à l'ordre télécopié pour le médicament déterminé.

Le 10 mars 2017, pendant une entrevue avec le superviseur/la superviseuse/responsable de la pharmacie du foyer, il/elle a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il/elle avait immédiatement lancé une enquête interne dès qu'il/elle avait eu connaissance de l'incident lié au médicament pour la personne résidente n° 001. Il/Elle a de plus indiqué qu'à la suite de l'enquête on avait trouvé qu'un technicien/une technicienne en pharmacie avait entré dans le MAR, avec le mauvais dosage, les ordres reçus par le foyer pour le médicament déterminé. Il/Elle a de plus indiqué que la saisie dans le MAR du foyer des données du médicament déterminé ne faisait pas partie de la tâche du technicien/de la technicienne, car il n'incombait pas à la pharmacie de faire la saisie de renseignements concernant un médicament qui n'était pas dispensé par elle.

Lors d'un examen du MAR fourni électroniquement par la pharmacie du foyer pour la personne résidente n° 001, l'inspecteur/l'inspectrice n° 592 a remarqué qu'il y avait un espace au bas des feuilles pour indiquer le nom/la signature des 1^{er}, 2^e et 3^e membres du personnel infirmier autorisé qui avaient fait la vérification. On ne remarquait aucune signature dans cet espace.

Le 14 mars 2017, au cours d'une entrevue, l'IA n° 106 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 592 qu'il n'y avait pas de signature pour attester de la vérification dans le MAR de la personne résidente. Le personnel infirmier ne fait plus la vérification du MAR depuis que le foyer a changé les systèmes de la pharmacie en optant pour un MAR électronique. Il/Elle a de plus indiqué que dans le passé, avant que l'on introduise pour la première fois le MAR électronique au foyer, le processus en place consistait à faire vérifier par deux membres du personnel infirmier l'exactitude de tous les renseignements imprimés. Une fois vérifiée l'exactitude, les deux membres du personnel infirmier signaient le MAR au bas des feuilles ou avisaient la pharmacie de toute erreur détectée. L'IA n° 106 a de plus indiqué, qu'à

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*

sa connaissance, on avait opté pour le MAR électronique afin d'éliminer cette tâche de vérification par le personnel infirmier, et que la pharmacie était responsable de l'exactitude des données du MAR électronique. L'IA n° 106 a indiqué que le personnel infirmier autorisé ne fait pas la vérification des MAR depuis qu'il y a l'eMAR.

Lors d'une discussion avec le directeur général/la directrice générale, il/elle a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 592 que le MAR électronique a fait son apparition au foyer en février 2016.

Le foyer ne s'est donc pas conformé à sa politique écrite d'administration des médicaments relative à la distribution et à la livraison des médicaments, à leur réception, ainsi que sur les dossiers numériques d'administration des médicaments et des traitements (Digital MAR/TAR), et les systèmes électroniques d'administration des médicaments et des traitements. [Alinéa 8 (1)b]

2. L'inspecteur/L'inspectrice n° 592 a examiné la politique du foyer relative à l'administration des médicaments, intitulée « *Medication Incidents-Definition & Policy* » (incidents liés à des médicaments – définition et politique) datée d'octobre 2012 et révisée en janvier 2017, et il/elle a observé les mentions suivantes en application de la politique :

Sous l'onglet :

1. Tous les incidents liés à des médicaments, notamment les événements évités de justesse ou les quasi-accidents qui sont repérés, sont immédiatement signalés à l'infirmier/l'infirmière ou à son remplaçant désigné/sa remplaçante désignée et au directeur/à la directrice des soins infirmiers ou des soins, ou bien au/à la responsable des services aux personnes résidentes.

Huit jours après l'admission de la personne résidente n° 001 au foyer, les notes d'évolution la concernant indiquaient que son état de santé s'était détérioré et que l'on remarquait qu'elle avait une faiblesse généralisée, une faible ingestion d'aliments et de liquides persistante, avec une faible pression artérielle et un pouls lent. Les notes d'évolution indiquaient de plus que le personnel infirmier autorisé avait contacté le médecin, et qu'à la demande d'un membre de la famille de la personne résidente, on n'enverrait pas celle-ci à l'hôpital. On avait donné des ordres au personnel infirmier autorisé pour suspendre l'administration de plusieurs médicaments antihypertenseurs identifiés si la plage de la pression artérielle et des pulsations cardiaques de la personne résidente n° 001 était inférieure à des paramètres spécifiques.

Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente n° 001 indiquaient qu'à un moment déterminé la pression artérielle de la personne résidente n° 001 était inférieure à la plage recommandée spécifiée par le médecin. L'infirmier/L'infirmière autorisé(e) avait contacté l'hôpital identifié et reçu comme directives de s'assurer que l'administration des médicaments antihypertenseurs était toujours suspendue, et que l'hôpital identifié devait rappeler plus tard pour faire une réévaluation de la personne résidente n° 001.

**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***

Environ cinq heures plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente n° 001 indiquaient que le foyer de soins de longue durée l'avait envoyée à l'hôpital, car elle était somnolente et ne réagissait à aucun stimulus. On mentionnait que sa pression artérielle et son pouls à ce moment-là étaient inférieurs à la plage spécifiée recommandée par le médecin. Les notes d'évolution indiquaient de plus que la personne résidente avait été admise le même jour à un hôpital identifié.

Le 10 mars 2017, lors de l'inspection, le directeur général/la directrice générale du foyer a informé l'inspecteur/l'inspectrice n° 592 qu'au cours d'une discussion avec le médecin traitant du foyer et le médecin de l'hôpital, on avait fait état de préoccupations concernant plusieurs médicaments identifiés, qui avaient été administrés le jour où l'on avait envoyé à l'hôpital la personne résidente n° 001 quand sa pression artérielle et son pouls étaient en dehors des paramètres, et que ces médicaments ne devaient pas être administrés conformément aux ordres du médecin.

Lors d'un examen des ordres du médecin datés de la veille du jour où l'on avait envoyé la personne résidente n° 001 à l'hôpital, on indiquait de suspendre l'administration de plusieurs médicaments antihypertenseurs identifiés si la pression artérielle systolique et la plage des pulsations cardiaques étaient inférieures à des paramètres spécifiques.

Lors d'un examen des MAR de la personne résidente n° 001 fournis électroniquement par la pharmacie du foyer, on indiquait le jour où la personne résidente n° 001 avait été envoyée à l'hôpital, de prendre la pression artérielle et le pouls avant d'administrer les médicaments antihypertenseurs identifiés, et de ne pas administrer les médicaments si la pression systolique et le pouls étaient inférieurs à des paramètres spécifiques. Les MAR indiquaient que l'on avait documenté l'administration des médicaments antihypertenseurs identifiés environ cinq heures avant d'envoyer la personne résidente n° 001 à l'hôpital, et ces MAR étaient revêtus de la signature digitale de l'IAA n° 102. Les MAR indiquaient de plus que l'IAA n° 102 avait documenté que la pression artérielle au même moment était inférieure aux paramètres normaux que le médecin avait spécifiés.

Le 13 mars 2017, lors d'une entrevue avec l'IAA n° 102 en présence du directeur général/de la directrice générale, il/elle a indiqué être l'infirmier/l'infirmière en charge de la personne résidente n° 001, le jour où on l'avait envoyée à l'hôpital. L'IAA n° 102 a dit de plus ne pas être au courant des nouveaux ordres du médecin concernant les médicaments antihypertenseurs pour la personne résidente n° 001 parce qu'il/elle n'avait pas lu toute la prescription. L'IAA n° 102 a de plus indiqué avoir pris la pression artérielle et le pouls de la personne résidente après avoir administré les médicaments du matin dans le cadre de la routine pour la personne résidente n° 001. L'IAA n° 102 a indiqué que quand l'état de la personne résidente s'était détérioré et que l'on avait contacté le/la paramédical(e), l'IAA n° 102 avait réalisé, en examinant les MAR et la totalité de l'ordre, que l'on n'aurait pas dû administrer les médicaments antihypertenseurs identifiés si la pression artérielle et le pouls étaient en dehors des paramètres, conformément aux ordres du médecin. Quand le directeur général/la directrice générale a demandé à l'IAA n° 102 à quel membre du personnel il/elle avait fait rapport de l'incident lié aux médicaments, l'IAA a indiqué qu'il/elle n'avait fait rapport de l'incident à personne et qu'il/elle pensait que le/la paramédical(e) et le membre du personnel infirmier autorisé présents auraient remarqué l'erreur d'administration des médicaments et auraient pris des mesures pour remédier aux résultats de la réaction indésirable.

Le 13 mars 2017, lors d'une entrevue avec le directeur général/la directrice générale, il/elle a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 592 que le membre du personnel aurait dû faire immédiatement rapport à l'infirmier/l'infirmière autorisé(e) quand il/elle a pris conscience ce jour-là de l'incident lié à des médicaments, par conséquent, le membre du personnel n'a pas suivi la politique du foyer relative aux incidents liés à des médicaments. [Alinéa 8 (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il/elle veille à ce que le foyer se conforme à ses politiques et à ses protocoles écrits relatifs à son système de gestion des médicaments. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le/La titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 114 du Règl. de l'Ont. 79/10

Système de gestion des médicaments

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 114 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (2).

Faits saillants :

1. Le/La titulaire de permis n'a pas veillé à avoir élaboré des politiques et des protocoles pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que les médicaments soient acquis de façon rigoureuse auprès d'autres pharmacies et administrés de façon rigoureuse.

Aux termes de la LFSLD, le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur à une date déterminée pour un incident concernant la personne résidente n° 001 et un incident lié à des médicaments.

L'inspecteur/L'inspectrice n° 592 a effectué un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 001.

Comme l'indique l'AE n° 1, on avait administré à la personne résidente n° 001 une dose d'un médicament déterminé tous les jours pour un total de neuf doses consécutives, alors que les ordres et le mode d'emploi donnés par le médecin indiquaient d'administrer le médicament déterminé une fois toutes les trois semaines. On avait également administré à la personne résidente n° 001 plusieurs médicaments antihypertenseurs identifiés que l'on ne devait pas administrer quand la pression artérielle et le pouls étaient en dehors de paramètres déterminés.

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*

Le 10 mars 2017 au cours d'une entrevue, l'IA n° 100 responsable de l'unité a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que, quand une personne résidente est admise au foyer, l'infirmier praticien/l'infirmière praticienne ou l'infirmier/l'infirmière autorisé(e) effectue le rapprochement des médicaments et les fait autoriser par le médecin. L'IA a de plus indiqué qu'une fois que les médicaments sont autorisés par le médecin, les ordres sont envoyés au pharmacien/à la pharmacienne sur un formulaire déterminé, et que l'on utilise un dossier d'administration des médicaments (MAR) temporaire pour le personnel infirmier autorisé jusqu'à ce que le MAR permanent soit mis à jour par la pharmacie et accessible en version électronique. L'IA n° 100 a de plus indiqué qu'une fois que l'on reçoit les médicaments au foyer, on en vérifie l'exactitude et l'on inscrit qu'on les a reçus dans le dossier des médicaments. L'IA a de plus indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que le médicament déterminé n'avait pas été fourni par la pharmacie du foyer, mais par une pharmacie extérieure afin qu'il soit couvert. Il/Elle a dit de plus à l'inspecteur/l'inspectrice que c'était le seul médicament fourni au foyer par une pharmacie extérieure. L'IA n° 100 a de plus indiqué que tous les autres médicaments de la personne résidente étaient fournis par la pharmacie habituelle du foyer. Il/Elle a de plus mentionné qu'il n'y avait pas de marche à suivre en place pour vérifier l'exactitude du médicament déterminé une fois qu'on l'avait livré au foyer. Ce médicament est livré par la pharmacie extérieure et donné à l'IA qui le rend accessible au personnel infirmier autorisé. On n'est pas tenu de documenter dans le registre des médicaments que l'on a reçu le médicament, car il n'est pas préparé par la pharmacie du foyer.

Lors d'une entrevue le 14 mars 2017, le directeur général/la directrice générale a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que le foyer n'a pas de politiques écrites relatives à la livraison et à la réception des médicaments qui sont préparés par une pharmacie extérieure. Il/Elle a de plus indiqué que le foyer a une politique en place intitulée « *Patients' Own Medication* » (médicaments personnels des patients) qui s'applique pour les hôpitaux, mais qu'il/elle devra en élaborer une pour les soins de longue durée.

Il convient de remarquer qu'au moment de l'inspection, il y avait un total de sept personnes résidentes qui recevaient le médicament déterminé préparé par la pharmacie extérieure. [Paragraphe 114 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle une politique écrite sera élaborée et mise en œuvre concernant la distribution d'un médicament préparé par une autre pharmacie. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le/La titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 131 du Règl. de l'Ont. 79/10**Administration des médicaments**

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 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).

Faits saillants :

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

Aux termes de la LFSLD, le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur à une date spécifiée pour un incident concernant la personne résidente n° 001 et un incident lié à des médicaments.

Comme l'indique l'AE n° 1, on avait administré une dose d'un médicament déterminé tous les jours pendant un total de neuf jours consécutifs alors que les ordres et le mode d'emploi donnés par le médecin consistaient à administrer le médicament déterminé une fois toutes les trois semaines. On avait également administré à la personne résidente n° 001 plusieurs médicaments antihypertenseurs identifiés que l'on ne devait pas administrer quand la pression artérielle et le pouls étaient en dehors de paramètres précis.

Lors d'une entrevue le 10 mars 2017, l'IAA n° 100 a montré à l'inspecteur/l'inspectrice un formulaire intitulé « *New admission order* » (ordre de nouvelle admission) daté du jour où la personne résidente n° 001 a été admise au foyer. Le formulaire, indiquant que la personne résidente n° 001 devait recevoir un médicament déterminé toutes les trois semaines, était autorisé et signé par l'infirmier praticien/l'infirmière praticienne et le médecin, et spécifiait que la prochaine dose devrait être administré un jour déterminé. Ce formulaire a été télécopié à la pharmacie du foyer. L'IA a de plus indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que le médicament déterminé n'était pas fourni par la pharmacie du foyer, mais par une pharmacie extérieure afin qu'il soit couvert. L'IA n° 100 a dit de plus que c'était le seul médicament fourni au foyer par cette pharmacie extérieure. L'IA n° 100 a de plus mentionné que tous les autres médicaments de la personne résidente sont fournis par la pharmacie habituelle du foyer. L'IA n° 100 a de plus indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il/elle avait été mis(e) au courant par l'hôpital identifié, trois jours après avoir envoyé la personne résidente n° 001 à l'hôpital, que celle-ci avait reçu une dose quotidienne du médicament déterminé. À la suite de l'enquête interne du foyer, le foyer a découvert que les MAR qu'il avait reçus de la pharmacie du foyer par voie électronique n'étaient pas exacts. Ils ne correspondaient pas à l'ordre télécopié pour le médicament déterminé.

**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***

Quand l'inspecteur/l'inspectrice a demandé des renseignements sur les emballages du médicament, l'IA n° 100 a indiqué que l'on avait cessé d'utiliser ce médicament, et qu'on l'avait donc jeté dans la boîte à médicaments. L'IA a de plus indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il y avait une étiquette sur les emballages de médicaments et que l'on s'attendait à ce que l'infirmier/l'infirmière chargé(e) d'administrer le médicament consulte l'étiquette pour vérifier l'exactitude de l'ordre.

Plus tard ce jour-là, après avoir demandé à la pharmacie extérieure l'étiquette originale envoyée avec le médicament déterminé, on a reçu de la pharmacie extérieure, en présence de l'IA n° 100, une télécopie de l'étiquette originale apposée sur l'emballage du médicament déterminé, étiquette qui indiquait d'administrer le médicament tous les 21 jours ou tel que prescrit.

Un examen des MAR pour la personne résidente n° 001, indiquait qu'au cours des neuf jours pendant lesquels on mentionnait le médicament comme ayant été administré, il l'avait été trois fois par l'IAA n° 103 et deux fois par l'IAA n° 102.

Lors d'une entrevue le 10 mars 2017, l'IAA n° 103 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'avant d'administrer tout médicament à une personne résidente, il/elle doit vérifier le mode d'emploi figurant sur la feuille du MAR, vérifier le médicament dont on dispose et faire une comparaison pour s'assurer de l'exactitude. Il/Elle a de plus indiqué que lorsque le médicament n'est pas présenté sous forme de doses en chapelet, il/elle doit vérifier l'étiquette qui se trouve sur la boîte ou le contenant de médicament. L'IAA n° 103 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il/elle se souvient effectivement de l'ordre du médicament déterminé pour la personne résidente n° 001, mais qu'il/elle n'avait pas fait attention à l'étiquette sur l'emballage et avait suivi le mode d'emploi dans le MAR, et qu'il/elle pensait qu'il était le même sur l'étiquette. L'IAA a dit de plus à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il/elle s'était posé des questions sur l'administration du médicament déterminé à la personne résidente n° 001, car il n'était pas habituel d'avoir ce médicament prescrit quotidiennement, mais parce qu'il/elle travaillait à temps partiel, il/elle n'avait pas fait part de ses préoccupations.

Le 10 mars 2017, lors d'une entrevue, l'IAA n° 102 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que lorsqu'on administre des médicaments le processus en place consiste à vérifier dans les MAR l'exactitude des médicaments dont on dispose pour le bon dosage, la bonne heure, la bonne voie d'administration, la bonne personne. L'IAA a dit de plus à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il/elle doit faire attention aux directives précises, comme prendre la pression artérielle, le pouls ou le taux de glycémie avant d'administrer certains médicaments. L'IAA n° 102 a indiqué de plus à l'inspecteur/l'inspectrice que si le médicament n'est pas présenté sous forme de doses en chapelet, il/elle doit comparer avec l'étiquette qui se trouve sur le flacon ou la boîte du médicament. Quand l'inspecteur/l'inspectrice a demandé des renseignements concernant le médicament spécifique pour la personne résidente n° 001, l'IAA a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'il/elle aurait dû s'assurer de lire l'étiquette qui se trouve sur la boîte et que la personne résidente recevait le médicament déterminé une fois par jour conformément à ce qui figure dans les MAR. Quand l'inspecteur/l'inspectrice a montré à l'IAA n° 102 l'étiquette fournie par la pharmacie extérieure, l'IAA a dit ne pas se souvenir s'il/si elle avait effectivement lu toute l'étiquette, que c'était une faute, et qu'il/elle aurait dû lire la totalité de l'étiquette et faire plus attention avant d'administrer un médicament.

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*

Le 13 mars 2017, lors d'une entrevue, l'IAA n° 102 a déclaré en présence du directeur général/de la directrice générale qu'il était l'infirmier/l'infirmière responsable de la personne résidente n° 001 le jour où on l'a envoyée à l'hôpital. Il/Elle a indiqué de plus qu'il/elle n'était pas au courant des nouveaux ordres du médecin concernant les médicaments antihypertenseurs pour la personne résidente n° 001 parce qu'il/elle n'avait pas lu la totalité de la prescription. L'IAA n° 102 a de plus indiqué qu'il avait pris la pression artérielle et le pouls de la personne résidente après avoir administré les médicaments du matin dans le cadre de la routine de soins pour la personne résidente n° 001. L'IAA n° 102 a indiqué que quand l'état de la personne résidente s'était détérioré et qu'il/elle avait contacté le/la paramédical(e), il/elle avait réalisé en examinant les MAR et la totalité de l'ordre du médecin que l'on n'aurait pas dû administrer les médicaments antihypertenseurs identifiés si la pression artérielle et le pouls étaient en dehors des paramètres, conformément aux ordres du médecin. Quand on a demandé à l'IAA n° 102 à qui il/elle avait fait rapport de l'erreur de médicaments, l'IAA a indiqué n'avoir fait rapport de l'incident à personne, et qu'il/elle pensait que le/la paramédical(e) et le membre du personnel infirmier autorisé présents auraient remarqué l'erreur d'administration de médicaments et s'en seraient occupés. En conséquence, on n'a pas administré à la personne résidente n° 001 ses médicaments conformément au mode d'emploi spécifié par le médecin prescripteur.
[Paragraphe 131 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il/elle veille à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi spécifié par le médecin prescripteur. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 6 avril 2017

Signature de l'inspecteur/l'inspectrice ou des inspecteurs/inspectrices

Original du rapport signé par l'inspecteur/l'inspectrice.