

Rapport public

Date d'émission du rapport : 13 mai 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1428-0002**Type d'inspection :**

Incident critique

Titulaire de permis : Mon Sheong Foundation**Foyer de soins de longue durée et ville :** Mon Sheong Scarborough Long Term Care Centre, Scarborough

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 5 au 9 mai, puis les 12 et 13 mai 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à un incident de substance désignée qui manque ou pour laquelle il existe une différence d'inventaire (substance pour une personne résidente).

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

Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

3. Une substance désignée manque ou il existe une différence d'inventaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser le directeur ou la directrice d'une substance désignée manquante ou de la différence d'inventaire d'une substance désignée au plus tard un jour ouvrable après l'incident.

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur ou à la directrice, confirmant de multiples incidents distincts au cours desquels une substance désignée manquait pendant une période de dix mois. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers aux personnes résidentes a confirmé que les incidents n'avaient été constatés que récemment et que ceux-ci n'avaient donc pas fait précédemment l'objet d'un rapport auprès du directeur ou de la directrice.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, rapport d'incidents critiques et entretien avec le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE GESTION DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

(a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits du foyer et propres au système de gestion des médicaments soient mis en œuvre, les rapports d'incidents liés aux médicaments n'ayant pas été produits au sujet d'une personne résidente pour qui les substances désignées manquaient ou lorsqu'il y avait une différence d'inventaire de ces substances.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites établies pour le système de gestion des médicaments soient respectées. Plus précisément, le manuel des politiques et des marches à suivre du foyer fourni par Medisystem précise que, lorsqu'un incident lié aux médicaments est découvert, les membres du personnel doivent le signaler immédiatement au directeur ou à la directrice des soins aux personnes résidentes et un rapport d'incident lié aux médicaments doit être produit avant la fin du quart de travail.

Selon les dossiers, la substance désignée pour une personne résidente a manqué à plusieurs reprises distinctes sur une période de dix mois. L'examen des rapports d'incidents liés aux médicaments du foyer ainsi que des procès-verbaux des réunions du comité consultatif médical a révélé qu'aucun rapport d'incident lié aux médicaments n'avait été produit pour l'un des incidents liés à la substance désignée manquante ou associée à une différence d'inventaire qui devait être donnée à la personne résidente. Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes ont confirmé qu'un rapport d'incident lié aux médicaments aurait dû être produit dès la découverte de chaque incident.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, manuel des politiques et des marches à suivre relatives aux foyers bénéficiant des services MediSystem (Policy & Procedures: Manual for Medisystem Serviced Homes), rapports d'incidents liés aux médicaments du foyer, procès-verbaux des réunions du comité consultatif médical du foyer et entretiens avec un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits du foyer et propres au système de gestion des médicaments soient mis en œuvre lors de la réception des médicaments à base de substances désignées pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques écrites établies pour le système de gestion des médicaments soient respectées. Plus précisément, le manuel des politiques et des marches à suivre du foyer fourni par MediSystem indiquait que, lors de la livraison et de la réception des médicaments à base de substances désignées, deux membres du personnel autorisé devaient signer la réception des médicaments et inscrire la quantité reçue dans le coin supérieur droit de la feuille de dénombrement.

Selon les dossiers d'une personne résidente, un seul infirmier ou une seule infirmière a signé la réception et a inscrit la quantité reçue sur la feuille de dénombrement des substances désignées, et ce, à plusieurs reprises. Un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes ont confirmé qu'un seul infirmier ou qu'une seule infirmière signait pour la réception et la quantité des substances désignées livrées.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, manuel des politiques et des marches à suivre relatives aux foyers bénéficiant des services MediSystem (Policy & Procedures: Manual for Medisystem Serviced Homes) et entretiens avec un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Problème de non-conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Par. 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient 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.

L'examen des vérifications ou examens trimestriels réalisés par la pharmacie a montré que les seaux de destruction des médicaments n'étaient pas scellés sur toutes les unités. Un ou une IAA et un ou une IA ont confirmé que, lors de l'élimination des substances désignées pour une personne résidente, les substances étaient entreposées dans la poubelle de destruction des médicaments sans que soit suivi le processus de destruction et de dénaturation approprié.

Sources : manuel des politiques et des marches à suivre relatives aux foyers bénéficiant des services MediSystem (Policy & Procedures: Manual for Medisystem Serviced Homes), examens d'amélioration de la qualité des pharmacies Medisystem (Medisystem Pharmacy Quality Improvement Reviews) et entretiens avec un ou une IAA et un ou une IA.

AVIS ÉCRIT : INCIDENTS LIÉS À DES MÉDICAMENTS ET RÉACTIONS INDÉSIRABLES À DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 147 (1) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :

a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente soit documenté et à ce que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente soient consignées dans un dossier.

Selon les dossiers, la substance désignée pour une personne résidente a manqué ou il y a eu une différence d'inventaire pour cette substance à plusieurs reprises distinctes sur une période de dix mois. Les dossiers cliniques d'une personne résidente révèlent qu'il n'y a eu aucun suivi ni aucune évaluation supplémentaire après la découverte de chaque incident lié à des médicaments. En outre, l'examen des rapports d'incidents liés aux médicaments du foyer ainsi que des procès-verbaux des réunions du comité consultatif médical indique qu'aucun rapport d'incidents liés aux médicaments n'a été produit pour l'un des incidents liés à la substance désignée manquante ou associée à une différence d'inventaire qui devait être donnée à la personne résidente. Un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes ont confirmé qu'un rapport sur les incidents liés aux médicaments aurait dû être produit, de même qu'il aurait fallu effectuer un suivi et l'évaluation de la personne résidente après la découverte de chaque incident.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, manuel des politiques et des marches à suivre relatives aux foyers bénéficiant des services MediSystem (Policy & Procedures: Manual for Medisystem Serviced Homes), rapports d'incidents liés aux médicaments du foyer, procès-verbaux des réunions du comité consultatif médical du foyer et entretiens avec un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : INCIDENTS LIÉS À DES MÉDICAMENTS ET RÉACTIONS INDÉSIRABLES À DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 147 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments
Paragraphe 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie grave et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient :

(b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et, le cas échéant, au prescripteur et au fournisseur de services pharmaceutiques. Article 30 du Règl. de l'Ont. 66/23

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à des médicaments mettant en cause une personne résidente soit signalé à la personne résidente, à son mandataire spécial, au directeur ou à la directrice des soins aux personnes résidentes, au directeur médical ou à la directrice médicale, au médecin traitant, à l'IA de la catégorie supérieure ou au fournisseur de services pharmaceutiques.

Selon les dossiers, la substance désignée pour une personne résidente a manqué ou il y a eu une différence d'inventaire pour cette substance à plusieurs reprises distinctes sur une période de dix mois. Les dossiers cliniques d'une personne résidente révèlent qu'il n'y a eu aucun rapport ni aucune communication auprès des personnes susmentionnées à la découverte de chaque incident lié à des médicaments. En outre, l'examen des rapports d'incidents liés aux médicaments du foyer ainsi que des procès-verbaux des réunions du comité consultatif médical indique qu'aucun rapport d'incidents liés aux médicaments n'a été produit pour l'un des incidents liés à la substance désignée manquante ou associée à une différence d'inventaire qui devait être donnée à la personne résidente. Un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes ont confirmé qu'un rapport d'incident lié aux médicaments aurait dû être produit, de même qu'il aurait fallu effectuer un suivi et aviser les parties concernées après la découverte de chaque incident.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente, manuel des politiques et des marches à suivre relatives aux foyers bénéficiant des services MediSystem (Policy & Procedures: Manual for Medisystem Serviced Homes), rapports d'incidents liés aux médicaments du foyer, procès-verbaux des réunions du comité consultatif médical du foyer et entretiens avec un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : DESTRUCTION ET ÉLIMINATION DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 148 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Destruction et élimination des médicaments

Par. 148 (4) Si 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 était 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. Le mode de destruction du médicament. Paragraphe 148 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un médicament devant être détruit est une substance désignée, les renseignements suivants soient consignés dans le dossier des médicaments : la date de retrait du médicament de l'endroit où sont entreposés les médicaments, le nom de la personne résidente à qui le médicament était prescrit, le numéro de l'ordonnance du médicament, le nom, la concentration et la quantité du médicament, le motif de la destruction, la date à laquelle le médicament a été détruit, le nom des membres de l'équipe qui ont détruit le médicament et le mode de destruction du médicament.

L'examen des formulaires d'inscription de l'excédent de stupéfiants et de médicaments désignés du foyer pour une année a montré qu'une substance

désignée précise n'avait été consignée comme une substance ayant été retirée pour destruction que récemment. Un ou une IAA, un ou une IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes ont confirmé que les médicaments avaient été retirés pour être détruits immédiatement après leur retrait, mais qu'ils n'avaient pas été consignés dans le bon dossier, conformément aux exigences susmentionnées.

Sources : formulaires d'inscription de l'excédent de stupéfiants et de médicaments désignés du foyer et entretiens avec l'IAA, l'IA et le directeur ou la directrice des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : DESTRUCTION ET ÉLIMINATION DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 148 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Destruction et élimination des drogues

Par. 148 (6) Pour l'application du présent article, un médicament est considéré comme étant détruit s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable. Paragraphe 148 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, aux fins de la destruction et de l'élimination des médicaments, un médicament soit considéré comme étant détruit s'il a été modifié et dénaturé à un tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable.

L'examen des formulaires d'inscription de l'excédent de stupéfiants et de médicaments désignés du foyer pour une année a montré qu'une substance désignée précise n'avait été consignée comme une substance ayant été retirée pour être détruite que récemment, tout comme la méthode par laquelle le médicament a été modifié ou dénaturé. Un ou une IAA et un ou une IA ont confirmé que les substances désignées qui ont été retirées pour être détruites et éliminées ont été placées dans la poubelle de destruction des médicaments, le seau blanc entier et entièrement intact, sans qu'il y ait eu modification ou dénaturation.

Sources : formulaires d'inscription de l'excédent de stupéfiants et de médicaments désignés du foyer et entretiens avec un ou une IAA et l'IA n° 103.