



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

**Ministère de la Santé et des Soins  
de longue durée**

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

**Rapport d'inspection prévu par la  
*Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée***

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

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

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

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

## **Copie destinée au public**

---

|                          |                        |                                       |   |
|--------------------------|------------------------|---------------------------------------|---|
| <b>Date du rapport :</b> | <b>N° d'inspection</b> | <b>N° de registre :</b>               | <b>Type d'inspection :</b>                  |
| 3 mai 2019               | 2019_520622_0007       | 031599-18,<br>005202-19,<br>005358-19 | Système de rapport<br>d'incidents critiques |

---

### **Titulaire de permis :**

CVH (n° 6) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 6) LP  
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge Care Home Inc. CAMBRIDGE,  
ON N3H 5L8

---

### **Foyer de soins de longue durée :**

The Palace  
92, rue Centre, ALEXANDRIA, ON K0C 1A0

---

### **Nom de l'inspecteur :**

HEATH HEFFERNAN (622)

---

## **Résumé de l'inspection**



**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***

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

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 29 et 30 avril, et 1<sup>er</sup> mai 2019.**

**Les registres suivants ont été inspectés au cours de cette inspection :**

**Registre n° 031599-18/rapport d'incident critique (RIC) n° 2642-000014-18 concernant un incident de chute qui a occasionné à une personne résidente une blessure pour laquelle elle a été transportée à l'hôpital, et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.**

**Registre n° 005202-19/RIC n° 2642-000003-19,  
et registre n° 005358-19/RIC n° 2642-000004-19 concernant une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire.**

**Au cours de l'inspection, l'inspecteur a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), directrice adjointe ou directeur adjoint des soins infirmiers (DASI)/coordonnatrice ou coordonnateur du RAI, infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), et personnes résidentes.**

**Également au cours de l'inspection, l'inspecteur a examiné ce qui suit : copie papier et copie électronique de dossiers médicaux, rapports du Système de rapport d'incidents critiques, rapports d'enquête pertinents du foyer, rapports d'incidents liés à des médicaments, procès-verbaux de réunions de gestion des médicaments et de réunions du personnel infirmier autorisé, politiques et marches à suivre du titulaire de permis relatives au programme de prévention et de gestion des chutes, et à la gestion des narcotiques et des substances désignées.**

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

**Prévention des chutes**

**Médicaments**

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

**2 AE**

**1 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.

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 titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers**

**En particulier concernant les 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).**

### **Constatations :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé, 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 une politique, à ce que le titulaire de permis soit tenu de veiller à ce que la politique soit respectée.



Le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (2) prévoit que 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.

(3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

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

Le 30 avril 2019 à 12 h 37, l'inspecteur 622 a examiné la politique du titulaire de permis n° RC-01-13 qui a été mise à jour en février 2017. La politique prévoyait, à la page 3 de 7 concernant les narcotiques manquants ou altérés, que le foyer informe l'organisme de réglementation, l'ordre professionnel ou l'association professionnelle en matière de santé et la police conformément à la loi provinciale, aux exigences et aux directives applicables.

Le rapport d'incident critique (RIC) n° 2642-000003-19 comportant une date et une heure déterminées, mentionnait que pendant le dénombrement des narcotiques lors du changement de poste, deux membres du personnel infirmier autorisé avaient remarqué qu'il manquait un demi-comprimé d'un narcotique sur la fiche des narcotiques de la personne résidente 002 pour la dose de la date suivante. Le RIC n'indiquait pas si la police avait été avisée.

Le 30 avril 2019, à 14 h 51, l'inspecteur 622 a examiné le rapport d'incident lié à des médicaments ou d'événement évité de justesse comportant une date déterminée et concernant la personne résidente 002. Le rapport indiquait que l'on avait remarqué qu'il manquait un demi-comprimé de narcotique pendant le dénombrement des narcotiques lors du changement de poste entre les infirmières autorisées ou les infirmiers autorisés (IA) 106 et 109. Le rapport d'incident lié à des médicaments ou d'événement évité de justesse n'indiquait pas si la police avait été avisée.

Le 30 avril 2019 à 11 h 8, l'inspecteur 622 a examiné les documents d'enquête du foyer concernant les narcotiques manquants, rapport comportant une date déterminée et concernant le demi-comprimé de narcotique manquant pour la personne résidente 002. Le document d'enquête du foyer n'indiquait pas si la police avait été avisée.



Le 1<sup>er</sup> mai 2019 à 11 h 05, l'inspecteur 622 a eu un entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) 102, qui a déclaré avoir rempli les documents sur la conclusion de l'enquête du foyer pour l'incident lié au médicament concernant le narcotique manquant de la personne résidente 002 à la date déterminée. La ou le DASI 102 a déclaré que la mention concernant la mise au courant de la police pour l'incident concernant la personne résidente 002 à la date déterminée n'avait pas été documentée. La ou le DASI a indiqué en outre ne pas avoir fait rapport de l'incident concernant le demi-comprimé de narcotique manquant de la personne résidente 002 à la date indiquée à la police.

Le 1<sup>er</sup> mai 2019, à 11 h 55 l'inspecteur 622 a examiné les rapports du foyer concernant des incidents liés à des médicaments pour deux mois déterminés. Un rapport d'incident lié à des médicaments pour la personne résidente 004, comportant une date et une heure déterminées, mentionnait que l'IA 109 avait remarqué pendant le dénombrement des narcotiques lors de son changement de poste qu'il manquait un demi-comprimé de narcotique dans la case n° 1 de la fiche des narcotiques de la personne résidente 004. Le rapport d'incident lié à des médicaments n'indiquait pas si la police avait été avisée du demi-comprimé de narcotique manquant de la personne résidente 004.

Lors d'un entretien téléphonique avec l'inspecteur 622, le 1<sup>er</sup> mai 2019 à 10 h 30, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) 101 a déclaré que la politique du titulaire de permis relative aux narcotiques et aux médicaments désignés qui sont manquants indiquait que l'on devait aviser le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et la police si un narcotique ou un médicament désigné était manquant. La ou le DSI a déclaré ne pas pouvoir se souvenir s'il ou elle avait avisé la police de l'incident à la date déterminée concernant le demi-comprimé de narcotique manquant de la personne résidente 002. La ou le DSI a également déclaré que si l'on avait signalé l'incident à la police, cela aurait été documenté dans les notes d'enquête. La ou le DSI 101 a déclaré en outre qu'il ou elle ne pensait pas qu'il était justifié d'informer la police pour un incident d'un seul comprimé manquant. Lors d'un entretien téléphonique distinct le 1<sup>er</sup> mai 2019 à 12 h 28, la ou le DSI 101 a déclaré que la police n'avait pas été avisée de l'incident de narcotique manquant pour la personne résidente 004 à la date déterminée.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé, 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 une politique, à ce que le titulaire de permis soit tenu de veiller à ce que la politique soit respectée. [Alinéa 8. (1)b]



***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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller au respect de l'exigence selon laquelle 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 une politique, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que la politique soit respectée. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

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

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :  
3. Une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).**

**Constatations :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé d'une substance désignée manquante ou d'une différence d'inventaire survenue au foyer, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident.

Le 1<sup>er</sup> mai 2019, à 11 h 55 l'inspecteur 622 a examiné les rapports du foyer concernant des incidents liés à des médicaments pour une période déterminée de deux mois. Un incident lié à des médicaments survenu à une date déterminée concernant la personne résidente 004 indiquait que lors d'un changement de poste l'IA 109 avait remarqué qu'il manquait un demi-comprimé d'un narcotique déterminé à la case n° 1 de la fiche des médicaments de la personne résidente 004. Le rapport du foyer concernant l'incident lié à des médicaments n'indiquait pas que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avait été avisé.



**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***

Le 1<sup>er</sup> mai 2019, à 12 h 17, l'inspecteur 622 a examiné les rapports en ligne du Système de rapport d'incidents critiques et remarqué qu'il n'y avait pas, pour le foyer, de rapports d'incidents critiques pour les narcotiques et les substances désignées manquants à la date déterminée.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 622, le 1<sup>er</sup> mai 2019 à 12 h 28, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) 101 a déclaré ne pas avoir avisé le ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant le demi-comprimé de narcotique manquant pour la personne résidente 004 à la date déterminée. [Alinéa 107. (3) 3.]

---

**Émis le 23 mai 2019**

**Signature de l'inspecteur**

**Rapport original signé par l'inspecteur.**