Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée
Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto
5700, rue Yonge, 5e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866-311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 15 mai 2025
Numéro d'inspection : 2025-1079-0002
Type d'inspection : Incident critique
Titulaire de permis : CVH (no 1) LP, par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)
Foyer de soins de longue durée et ville : Craiglee Nursing Home, Scarborough

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7 au 9 et 13 au 15 mai 2025

L'inspection concernait les dossiers suivants à propos d'incidents critiques :

- Dossier no 00142749 – Incident critique no 2503-000017-25 – Dossier en lien avec une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire à cet égard
- Dossier no 00144659 – Incident critique no 2503-000023-25 – Dossier en lien avec des allégations de mauvais traitements
- Dossier no 00144898 – Incident critique no 2503-000024-25 – Dossier en lien avec un cas présumé de négligence

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

Gestion des médicaments
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité no 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).
Non-respect de : l'alinéa 6(1)a) de la LRSLD
Programme de soins

Paragraphe 6(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :
a) les soins prévus pour le résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus pour une personne résidente figurent dans le programme de soins écrit de cette personne, plus particulièrement à ce qu'on y indique qu'il ne fallait pas laisser la personne sans surveillance pendant une activité donnée de la vie quotidienne.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé et une personne préposée aux services de soutien personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.
Non-respect du : paragraphe 115(3) du Règl. de l'Ont. 246/22
Rapports : incidents graves
Paragraphe 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) :
1. Un résident qui est porté disparu depuis moins de trois heures et qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.
2. Un risque environnemental qui a une incidence sur la fourniture de soins ou sur la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents pendant une période de plus de six heures, notamment :
i. une panne ou une défaillance du système de sécurité,
ii. une panne d'un équipement important ou d'un système au foyer,
iii. la perte de services essentiels,
iv. une inondation.
3. Une substance désignée manque ou il existe une différence d'inventaire.
4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.
5. Un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital.
6. Une utilisation du glucagon qui nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital.
7. Un incident d'hypoglycémie sévère ou d'hypoglycémie ne répondant pas à un

traitement qui nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 115(3); Règl. de l'Ont. 66/23, article 24.

Lorsqu'on a relevé un cas de substances désignées manquantes ou de différence d'inventaire à cet égard, le titulaire de permis a omis de veiller ce que la directrice ou le directeur en soit informé au plus tard un jour ouvrable après l'incident.

Lors d'une vérification de la boîte à médicaments d'urgence, on a constaté qu'il manquait des substances désignées. On a omis de faire part de cette situation à la directrice ou au directeur dans un délai d'un jour ouvrable.

Sources : Examen du rapport d'incident critique nº 2503-000017-25; examen de l'enquête interne menée par le foyer à propos de l'incident; entretien avec la pharmacienne ou le pharmacien et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité nº 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.
Non-respect du : paragraphe 123(2) du Règl. de l'Ont. 246/22
Système de gestion des médicaments
Paragraphe 123(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 de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on respecte les politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments. En effet, les membres du personnel autorisé ont omis de voir au réapprovisionnement en substances désignées après que des substances de ce type eurent été retirées de la boîte à médicaments d'urgence.

Dans le contexte de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques écrites en lien avec la gestion des médicaments.

Plus précisément, lors d'une vérification, la pharmacienne ou le pharmacien a constaté qu'il manquait des substances désignées dans la boîte à médicaments d'urgence. Les membres du personnel autorisé n'exécutaient pas correctement les tâches pour ce qui est de remplir la liste d'inventaire, de retirer les substances désignées de la boîte et de

voir au réapprovisionnement en substances de ce type.

Sources : Examen du rapport d'incident critique nº 2503-000017-25; examen des documents d'enquête du foyer; examen de la vérification réalisée par la pharmacienne ou le pharmacien; examen de la politique du foyer à propos des stupéfiants et des substances désignées; entretien avec la pharmacienne ou le pharmacien et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments

Problème de conformité nº 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.
Non-respect de : l'alinéa 139 3 du Règl. de l'Ont. 246/22
Sécurité de la réserve de médicaments
Article 139 – 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 :
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. 246/22, article 139; Règl. de l'Ont. 66/23, article 27.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réalise des vérifications mensuelles des feuilles de calcul quotidien des substances désignées.

En examinant l'information consignée sur les vérifications mensuelles des stupéfiants réalisées par le foyer, on a pu voir qu'aucune vérification de la boîte à médicaments d'urgence n'avait été faite d'octobre 2023 à mars 2025. La ou le DSI et la pharmacienne ou le pharmacien ont confirmé que les membres du personnel n'effectuaient pas de vérifications de cette boîte et que le document utilisé par le foyer pour procéder aux vérifications ne permettait pas de garantir l'exactitude du décompte effectué par les membres du personnel infirmier.

Sources : Vérifications mensuelles des stupéfiants réalisées par le foyer; résultats de la vérification faite par la pharmacienne ou le pharmacien nº 102; entretien avec la ou le DSI et la pharmacienne ou le pharmacien.