

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Rapport public

Date d'émission du rapport : 25 mars 2025

Numéro d'inspection : 2025-1101-0002

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : 955464 Ontario Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Crescent Park Lodge, Fort Érié

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 au 21 mars ainsi que 24 et 25 mars 2025

L'inspection concernait les incidents critiques suivants :

- Dossier n° 00132711/incident critique n° 2587-000019-24 – Dossier en lien avec la prévention et le contrôle des infections
- Dossier n° 00133771/incident critique n° 2587-000020-24 – Dossier en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Dossier n° 00134752/incident critique n° 2587-000021-24 – Dossier en lien avec la gestion des médicaments

On a mené à bonne fin le dossier suivant au cours de cette inspection :

- Dossier n° 00138719/incident critique n° 2587-000003-25 – Dossier en lien avec la prévention et le contrôle des infections

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

- Soins de la peau et prévention des plaies
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 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).

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Non-respect du : paragraphe 24(1) de la LRSLD

Obligation de protéger

Paragraphe 24(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel ne fassent pas preuve de négligence à l'endroit d'une personne résidente au foyer.

Aux termes de l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, on entend par « négligence » le « défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents ».

À une date donnée, un membre du personnel a omis d'aider une personne résidente pour ce qui est de ses soins personnels, ce qui a entraîné une altération de l'intégrité épidermique chez cette personne. La direction a indiqué que les actions du membre du personnel constituaient de la négligence.

Sources : Notes d'enquête du foyer; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect du : sous-alinéa 55(2)b)(ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente fasse l'objet immédiatement d'un traitement et d'interventions pour réduire la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection de la zone présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

À une date donnée, un membre du personnel a remarqué qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique sur une partie de son corps. Lors de l'enquête interne du foyer, on a établi que le membre du personnel était conscient de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente à cette date, mais qu'il ne l'a pas signalée aux membres du personnel autorisé. La direction a reconnu que le membre du personnel n'avait pas respecté la politique du foyer en matière de soins de la peau et des plaies, ce qui a retardé le traitement et les interventions dont la personne résidente devait faire l'objet dès le départ.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente; notes d'enquête; politique en matière de soins de la peau et des plaies; entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 104(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Paragraphe 104(2) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on informe immédiatement le mandataire spécial d'une personne résidente des résultats de l'enquête interne du foyer à propos de la négligence présumée à l'endroit de cette personne.

Lorsqu'il a terminé son enquête interne, le foyer a omis de donner l'information requise au mandataire spécial de la personne résidente.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente; notes d'enquête; entretien avec la direction.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de : l'alinéa 115(3)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) :

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on avise la directrice ou le directeur d'un incident concernant une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire à cet égard au plus tard un jour ouvrable auprès que le foyer eut pris connaissance de l'incident. C'est à une date ultérieure qu'on a signalé l'incident à la directrice ou au directeur.

La direction a reconnu qu'elle aurait dû faire part de l'incident à la directrice ou au directeur dès que le personnel l'en a informé, mais qu'elle ne l'a pas fait.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC); politique de signalement des incidents critiques du foyer; entretiens avec des membres du personnel et de la direction.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 005 – 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 que les membres du personnel autorisé procèdent au comptage des médicaments désignés dans l'aire concernée entre les quarts de travail, ce qu'exigent pourtant la politique et la procédure applicables du foyer.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte le programme de gestion des médicaments.

Plus précisément, les membres du personnel autorisé n'ont pas respecté la politique ou la procédure applicable du foyer, ce qui a donné lieu à une documentation incorrecte et à une anomalie dans le décompte des médicaments, à savoir qu'on a omis de désigner un stupéfiant et de le documenter au moment de l'incident.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente; notes d'enquête; formulaires de comptage des stupéfiants et des médicaments désignés de l'aire concernée; politique de comptage des stupéfiants et des médicaments désignés ainsi que de comptage de l'ensemble des médicaments de l'aire concernée; règles de comptage et d'élimination des médicaments désignés applicables aux membres du personnel autorisé; entretiens avec des membres du personnel et de la direction; rapport du SIC.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments

Problème de conformité n° 006 – 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

Paragraphe 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.

Lors de l'examen des vérifications mensuelles des stupéfiants du foyer, on a constaté qu'aucune vérification n'avait été effectuée en mars, en juin, en octobre, en novembre et en décembre 2024. La direction n'a pas été en mesure de fournir des vérifications pour les mois en question.

Sources : Vérifications mensuelles des stupéfiants du foyer Crescent Park Lodge de janvier 2024 à décembre 2024; entretien avec la direction.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

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

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

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 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 a omis de veiller à ce qu'on documente un incident lié à un médicament dans le cadre duquel un stupéfiant destiné à une personne résidente était manquant et à ce qu'on évalue l'état de cette personne à la suite de l'incident.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

À une date donnée, on a constaté qu'une substance désignée était manquante lors du décompte des médicaments désignés destinés à une personne résidente. Le foyer n'a pas été en mesure de déterminer ce qu'il était advenu du médicament en question. Lors de l'examen des dossiers cliniques de la personne résidente, on n'a trouvé aucun document à propos de cet incident lié à un médicament. De même, ce n'est qu'à une date ultérieure qu'on a produit un rapport sur cet incident.

La direction a indiqué qu'elle aurait dû produire un document pour faire part de l'incident en question et s'assurer que les dossiers médicaux de la personne résidente étaient à jour.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente; rapport à propos de l'incident lié à un médicament; rapport du SIC; entretien avec la direction.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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 sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :

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 qui traite le résident et, le cas échéant, au prescripteur du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 66/23, article 30

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel autorisé fassent part à la directrice ou au directeur des soins infirmiers (DSI), dès qu'ils en ont pris connaissance, d'un incident lié à un médicament dans le cadre duquel un stupéfiant destiné à une personne résidente était manquant.

Un membre du personnel autorisé a indiqué avoir remarqué qu'à une date donnée, le décompte des stupéfiants destinés à une personne résidente était incorrect. Un autre membre du personnel autorisé a déclaré avoir été informé par une autre personne membre de ce personnel d'une anomalie dans le décompte des stupéfiants; il a

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

également fait savoir qu'il n'avait appelé la ou le DSI qu'à une date ultérieure pour signaler l'incident, ce qui a été confirmé dans un rapport à propos d'un incident lié à un médicament.

La direction a déclaré qu'en cas d'incident lié à un médicament, tel qu'un stupéfiant manquant ou non comptabilisé, les membres du personnel étaient tenus de le signaler immédiatement. La direction a reconnu que l'incident ne lui a été signalé que quelques jours plus tard.

Sources : Politique du foyer à propos du signalement des incidents critiques; notes d'enquête du foyer; formation donnée au personnel à la suite de l'incident au sujet des règles de comptage et d'élimination des médicaments désignés applicables aux membres du personnel autorisé; entretiens avec des membres du personnel et la direction.