

## Rapport public modifié

### Page couverture (M1)

Date de publication du rapport modifié : 19 juillet 2024

Date de publication du rapport initial : 29 avril 2024

**Numéro d'inspection** : 2024-1551-0001 (M1)

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Corporation de la Ville de Cornwall

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen-Stor-Dun Lodge, Cornwall

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour annuler d'une part l'avis écrit du problème de conformité n° 005 et l'APA lié au paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021), et d'autre part l'avis écrit du problème de conformité n° 008 lié au sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22. Veuillez vous référer au rapport d'inspection n° 2024-1551-0003 dans lequel sont publiées les constatations modifiées.

## Rapport public modifié

Date de publication du rapport modifié : 19 juillet 2024

Date de publication du rapport initial : 29 avril 2024

**Numéro d'inspection** : 2024-1551-0001 (M1)

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Corporation de la Ville de Cornwall

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen-Stor-Dun Lodge, Cornwall

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour annuler d'une part l'avis écrit du problème de conformité n° 005 et l'APA lié au paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021), et d'autre part l'avis écrit du problème de conformité n° 008 lié au sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22. Veuillez vous référer au rapport d'inspection n° 2024-1551-0003 dans lequel sont publiées les constatations modifiées.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : 22 et 23 février 2024, 26 au 29 févr. 2024, 1<sup>er</sup> mars 2024, 4 au 8 mars 2024 et 11 au 15 mars 2024.

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte n° 00103049 liée à des mauvais traitements allégués.

L'inspection sur les incidents critiques concernait :

- Plainte n° 00097527/IC n° M529-000053-23 relative à une substance désignée manquante/non comptabilisée.
- Plainte n° 00102671/IC n° M529-000064-23 relative à une personne résidente manquante, moins de 3 heures.
- Plainte n° 00102700/IN n° M529-000065-23 relative à de la négligence alléguée.
- Plainte n° 00103452/IC n° M529-000070-23 relative au traitement inadéquat après une chute.
- Plainte n° 00103619/IC n° M529-000072-23 relative à la prévention et à la gestion des chutes.
- Plainte n° 00106275/IC n° M529-000002-24 et plainte n° 00110169/M529-000016-24 impliquant la même personne résidente et relatives à la prévention et gestion des chutes.

L'inspection de suivi concernait :

- Plainte n° 00015538/Ordre n° 003 de l'inspection n° 2022-1551-0002 relative à la disposition 114(3)a) sur la gestion des médicaments du Règl. de l'Ont. 79/10.
- Plainte n° 00100660/Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1551-0004 relative à la disposition 27(1)a)(ii) sur la négligence de la LRSLD (2021).
- Plainte n° 00100658/Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1551-0004 relative à la disposition 55(2)b)(ii) sur la peau et les plaies du Règl. de l'Ont. 246/22.
- Plainte n° 00100659/Ordre n° 003 de l'inspection n° 2023-1551-0004 relative à la disposition 55(2)b)(iv) sur la peau et les plaies du Règl. de l'Ont. 246/22.

L'inspection effectuée concernait : plainte n° 00102848, IC n° M529-000069-23 relative à la prévention et gestion des chutes.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2022-1551-0002 relativement à la disposition 114(3)a) du Règl. de l'Ont. 79/10.

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1551-0004 relativement à la disposition 27(1)a)(ii) de la LRSLD (2021).

L'inspection n'a PAS permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1551-0004 relativement à la disposition 55(2)b)(ii) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n 003 de l'inspection n° 2023-1551-0004 relativement à la disposition 55(2)b)(iv) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

- Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis à se conformer au programme de soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : LRSLD, par. 6(7)

Programme de soins

par. 6(7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins relatifs à la prévention des chutes prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

Justification et résumé :

On a identifié une personne résidente comme étant à risque élevé de chutes en mars 2024, étant donné qu'elle a un historique de chute causant des blessures, et qu'elle oubliait de faire appel à l'aide du personnel pour se déplacer et déambuler. Selon son programme de soins sur PointClickCare (PCC), la personne résidente avait plusieurs interventions de prévention des chutes en place.

Pendant une entrevue avec les membres du personnel, ceux-ci ont confirmé que la personne résidente avait besoin de plusieurs interventions de prévention des chutes lorsqu'elle est dans son lit.

Le 11 mars 2024, l'inspectrice a observé la personne résidente qui dormait dans son lit. Deux des interventions pour la prévention des chutes n'étaient pas en place.

Le 11 mars 2024, des membres du personnel ont observé la personne résidente dans son lit et ont affirmé qu'elle devait avoir plusieurs interventions pour la prévention des chutes lorsqu'elle est au lit.

Le fait de ne pas s'assurer que les interventions pour la prévention des chutes sont en place peut augmenter le risque qu'une personne résidente subisse des blessures postérieures à une chute.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente sur PCC; programme de soins de la

personne résidente; observation d'une inspectrice; et entrevues avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Documents

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, al. 6(1)1.

Programme de soins

par. 6(9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les documents sur les vérifications de sécurité toutes les trente minutes pour une personne résidente soient remplis.

Justification et résumé :

En avril 2023, une personne résidente a fui du foyer et a été retrouvée immédiatement à l'extérieur des portes à l'avant du foyer. Les notes d'évolution de cette personne résidente indiquent qu'elle était placée sur des vérifications de sécurité chaque heure à ce moment-là. En novembre 2023, la personne résidente a fui du foyer pendant 15 à 30 minutes. La personne résidente a été redirigée sans blessure dans le foyer par un membre du personnel. Selon les notes d'évolution sur PointClickCare (PCC), les membres du personnel ont été informés que la personne résidente devait être gardée en observation et que les vérifications de sécurité étaient augmentées à 30 minutes.

Un examen des vérifications de sécurité toutes les 30 minutes sur Point of Care (POC), en décembre 2023, indiquait que les documents n'avaient pas été remplis pour la personne résidente à plusieurs dates.

Pendant une entrevue avec les membres du personnel, ceux-ci ont déclaré qu'il leur arrive souvent de ne pas documenter à temps les vérifications de sécurité toutes les 30 minutes.

Pendant une entrevue avec un superviseur, celui-ci a confirmé que les documents pour la vérification de sécurité toutes les 30 minutes devraient être remplis et qu'il ne devrait pas y avoir de lacune.

Le défaut de veiller à documenter des vérifications accrues peut augmenter le risque d'incertitude à savoir si la sécurité de la personne résidente a été vérifiée ou non.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente sur PCC; vérifications aux 30 minutes sur POC pour la personne résidente; et entrevues avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 25(1)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

par. 25(1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel se conforme à sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'il existe une procédure en place pour signaler les allégations de mauvais traitements et qui doit être respectée.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du titulaire de permis n° RC-02-01-02 – Tolérance zéro concernant le signalement des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes et intervention, dernière mise à jour : janvier 2024, qui était comprise dans le programme de prévention des mauvais traitements

et de la négligence du titulaire de permis.

#### Justification et résumé

La politique n° RC-02-01-02 du titulaire de permis indiquait que tout individu qui est témoin d'un mauvais traitement ou de négligence d'une personne résidente ou qui en a le soupçon doit au minimum aviser immédiatement la direction; les membres du personnel doivent aviser leur superviseur.

Un examen des courriels envoyés par des membres du personnel à l'équipe de direction pour signaler deux allégations distinctes de mauvais traitements d'une personne résidente par le personnel indiquait que le signalement n'avait pas été immédiat.

Pendant une entrevue, un membre du personnel a affirmé ne pas avoir signalé immédiatement les allégations de mauvais traitement d'une personne résidente par le personnel à ses supérieurs.

En ne signalant pas immédiatement une allégation de mauvais traitement ou de négligence au supérieur, comme indiqué dans la politique du titulaire de permis, cela place la personne résidente à risque de potentiellement subir d'autres mauvais traitements et retarde l'enquête.

Sources : Examen des dossiers de courriels; politique n° RC-02-01-02 – Tolérance zéro concernant le signalement des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes et intervention, dernière mise à jour : janvier 2024; et entrevue avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, al. 28(1)2.

Faire rapport au directeur dans certains cas

par. 28(1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux allégations distinctes de mauvais traitements d'une personne résidente par le personnel soient signalées immédiatement à la directrice.

Justification et résumé

Un examen des courriels envoyés à la direction par les membres du personnel révélait des allégations de mauvais traitements d'une personne résidente par le personnel pour deux incidents distincts.

Il n'y a pas eu de rapports d'incident critique sur le site Web du ministère des Soins de longue durée (ltchomes.net) concernant l'une ou l'autre de ces allégations de mauvais traitements d'une personne résidente par le personnel.

Pendant une entrevue le 7 mars 2024, la direction a affirmé que les plaintes pour les mauvais traitements allégués d'une personne résidente par le personnel n'avaient pas été signalées à la directrice.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements ou de négligence à la directrice réduit la transparence requise entre le titulaire de permis et le ministère des Soins de longue durée, et augmente le risque que d'autres mauvais traitements au sein du foyer demeurent sans intervention.

Sources : Examen des documents de courriels; site Web du ministère des Soins de longue durée; entrevues avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : **Règl. de l'Ont. 246/22, sous**-alinéa 53(1) 1.

Programmes obligatoires

par. 53(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à sa politique écrite relative à la prévention et à la gestion des chutes pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que sa politique écrite de prévention et de gestion des chutes pour une personne résidente est respectée.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer (n° RC-15-01-01, révisée en janvier 2024) : pendant les 72 heures postérieures une chute, d'aviser le médecin ou l'IA s'il y avait un changement soudain des signes vitaux ou de l'évaluation neurologique, ou si la personne résidente ne pouvait pas être réveillée facilement.

*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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## Justification et résumé :

En décembre 2023, un membre du personnel a entendu l'intervention de prévention des chutes d'une personne résidente et a trouvé celle-ci sur le plancher, à côté de son lit. La personne résidente n'a pas subi de blessure, mais une routine de surveillance pour traumatisme crânien a été amorcée. En décembre 2023, le personnel a signalé à l'infirmière de l'unité que la personne résidente était inconsciente dans la salle à manger. La personne résidente a continué d'être suivie pour traumatisme crânien. L'IA responsable a évalué la personne résidente et a noté que ses pupilles étaient fixes, il y avait présence d'un affaissement facial, ses bras tombaient lorsqu'ils étaient soulevés et elle était incapable de suivre une consigne. En décembre 2023, le médecin a été informé de l'état de santé de la personne résidente et a conseillé de l'envoyer à l'hôpital. Le mandataire spécial de la personne résidente a refusé le transfert à l'hôpital en demandant de se concentrer sur les mesures de confort.

À la révision des notes d'enquête du foyer, une IAA a indiqué à un superviseur en décembre 2023 que le médecin n'avait jamais été informé de l'épisode d'inconscience de la personne résidente qui s'était produit ce même mois. Les notes d'enquête indiquaient que l'IA responsable qui avait évalué la personne résidente en décembre 2023 avait affirmé avoir composé le numéro du médecin, mais raccroché avant d'obtenir la ligne en raison d'une intervention sur un autre problème. Les notes de l'enquête indiquent qu'il n'y a pas eu d'autres tentatives pour appeler le médecin.

Pendant une entrevue avec le superviseur, celui-ci a confirmé que l'IA responsable n'a pas suivi la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer pour ce qui est d'aviser le médecin lorsque la personne résidente était inconsciente dans la période de 72 heures après la chute. Il a affirmé qu'il est attendu que l'IA responsable avise le médecin lorsque la personne résidente est inconsciente, ou qu'elle délègue la tâche à l'infirmière travaillant sur l'unité, mais il n'y a pas d'indication que la tâche a été déléguée.

En ne s'assurant pas que la politique écrite relative à la prévention et à la gestion des chutes est respectée ni d'aviser le médecin lorsque la personne résidente a présenté un

changement soudain de son état neurologique dans les 72 heures postérieures à une chute, il y avait un risque accru de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente sur PCC; notes d'enquête du foyer; politique de prévention et de gestion des chutes n° RC-15-01-01; entrevue avec le personnel.

## AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : **Règl. de l'Ont.** 246/22, par. 54(2)

Prévention et gestion des chutes

par. 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, à ce qu'une évaluation postérieure à la chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Justification et résumé :

En décembre 2023, une personne résidente a fait une chute et le personnel l'a trouvée. Selon les notes d'évolution, la personne résidente a subi une blessure. La personne résidente était agitée et une IA était incapable d'effectuer une évaluation détaillée et de prendre ses signes vitaux. Le mandataire spécial de la personne résidente a suggéré qu'elle soit envoyée à l'hôpital pour approfondir l'évaluation. La personne résidente est partie du foyer en ambulance.

À la révision de la routine pour traumatisme crânien de la personne résidente, qui a été lancée en décembre 2023 par une IA, un document vierge de deux pages intitulé « Outil de vérification pour la prévention des chutes » était joint.

Lors d'une entrevue avec une IA, celle-ci a affirmé que l'outil de vérification pour la prévention des chutes doit être rempli après chaque chute par l'infirmière, en collaboration avec la PSSP, et comprend de recueillir des informations sur ce qui a conduit à la chute, tout besoin potentiel non satisfait de la personne résidente, ainsi que les stratégies de prévention des chutes, y compris la modification du programme de soins au besoin.

Lors d'une entrevue avec une IA, celle-ci a affirmé avoir envoyé la personne résidente à l'hôpital ce matin-là et ne se souvenait pas si elle avait rempli l'outil. L'IA a confirmé que l'outil de vérification pour la prévention des chutes doit être rempli après chaque chute.

Lors d'une entrevue avec un superviseur, celui-ci a confirmé que l'outil de vérification pour la prévention des chutes aurait dû être rempli pour la personne résidente dans ce cas-ci.

En ne veillant pas à ce que l'outil de vérification postérieure à la chute soit rempli, les stratégies de prévention des chutes ne peuvent pas être évaluées et cela peut occasionner d'autres chutes ou blessures pour la personne résidente.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente sur PCC; routine pour traumatisme crânien de la personne résidente et outil de vérification pour la prévention des chutes; entrevues avec le personnel.

## AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : **Règl. de l'Ont.** 246/22, sous-alinéa 108(1)3.i.

#### Traitement des plaintes

108(1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*.

#### Justification et résumé

Il n'y a pas de dossier indiquant que les réponses du titulaire de permis données à l'auteur d'une plainte concernant des mauvais traitements allégués d'une personne résidente par le personnel comprenaient le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*.

Pendant une entrevue, la direction a affirmé que ses procédures de traitement des plaintes comportaient des lacunes à ce moment-là.

Sources : Examen des courriels; entrevues avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques**

*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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Problème de conformité n° O10 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : **Règl. de l'Ont. 246/22, sous**-alinéa 115(3) 4.

Rapports sur les incidents critiques

par. 115(3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que le directeur soit informé des incidents suivants survenus dans le foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, suivi du rapport exigé en vertu du paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident qui cause à un résident une blessure pour laquelle il est transporté à l'hôpital et qui entraîne un changement important de son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice soit informée, à l'intérieur d'un jour ouvrable après un incident qui a causé une blessure à une personne résidente, après lequel elle a été transportée à l'hôpital et qui a entraîné un changement important de son état de santé.

Justification et résumé :

En décembre 2023, une personne résidente a fait une chute. Selon les notes d'évolution, la personne résidente a subi une blessure. La personne résidente était agitée et une IA était incapable d'effectuer une évaluation détaillée et de prendre ses signes vitaux. Le mandataire spécial de la personne résidente a suggéré qu'elle soit envoyée à l'hôpital pour approfondir l'évaluation. La personne résidente est partie du foyer en ambulance et est revenue plus tard de l'hôpital, avec un changement dans son état de santé.

La directrice a été informée de cet incident critique en décembre 2023.

Lors d'une entrevue avec un superviseur, celui-ci a confirmé que cet incident critique avait été signalé tardivement à la directrice et aurait dû être signalé à l'intérieur d'un jour ouvrable pour un incident causant une blessure à une personne résidente et entraînant un

changement considérable de l'état de santé. Il a confirmé que le foyer aurait dû être mis au courant qu'il y avait un changement considérable pour la personne résidente plusieurs jours avant le moment où l'incident a été signalé.

Le défaut d'aviser la directrice à l'intérieur d'un jour ouvrable d'un incident causant une blessure pour une personne résidente qui a entraîné un changement considérable de son état de santé peut empêcher le suivi opportun.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente sur PCC; entrevue avec le personnel.

## AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : **Règl. de l'Ont.** 246/22, alinéa 123(3)a)

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à sa politique écrite concernant la gestion des médicaments pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de s'assurer que la politique sur la gestion des médicaments du foyer était respectée.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé aux politiques et procédures du foyer sur la pharmacie : Manuel pour les foyers desservis par Medisystem (décembre 2023), relatives aux commandes par téléphone, à l'amorce des médicaments administrés dans le cadre du

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

dossier eMAR, l'entrée des médicaments dans eMAR, et le gaspillage des narcotiques.

Justification et résumé :

En septembre 2023, le mandataire spécial d'une personne résidente a discuté avec un supérieur au sujet de l'amorce de mesures de soins et du fait d'avoir des médicaments disponibles au besoin pour la personne résidente. Selon les notes d'évaluation, l'IA responsable a informé le médecin de cette demande et des prescriptions ont été obtenues.

La fiche de prescription indiquait que la commande téléphonique avait été passée par l'IA responsable et envoyée par télécopieur à la pharmacie en septembre 2023. Sur la fiche de prescription, il n'y avait pas de renseignements indiquant de quel médecin la prescription avait été obtenue et la date à laquelle elle avait été obtenue.

Un autre jour de septembre 2023, la personne résidente présentait des signes accrus de douleur et de détresse. Un superviseur a fait une mise à jour au médecin et de nouvelles prescriptions ont été obtenues pour la gestion de la douleur.

La fiche de prescription indiquait que la commande téléphonique avait été passée par un superviseur pour le médecin en septembre 2023.

Aucun des formulaires de prescriptions obtenus pour ces deux jours de septembre 2023 ne comportait la signature du médecin.

Selon le manuel sur les politiques et procédures de Medisystem concernant les commandes téléphoniques, les prescriptions doivent être datées et signées avec les noms de l'infirmière et du prescripteur. Le prescripteur authentifiera ces prescriptions lors de sa prochaine visite ou à la première occasion.

Lors d'une entrevue avec un superviseur, celui-ci a confirmé que le médecin doit signer la fiche de prescription lorsqu'il vient faire sa ronde médicale hebdomadaire et que les deux prescriptions auraient dû présenter la signature du médecin. Il a également confirmé que la

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

prescription obtenue en septembre 2023 aurait dû indiquer de qui la prescription avait été obtenue ainsi que la date à laquelle elle avait été obtenue. Il a confirmé que cela ne respectait pas la politique de Medisystem.

Selon les notes d'évolution, les nouvelles prescriptions obtenues en septembre 2023 ont été envoyées par télécopieur à la pharmacie à ce moment-là. La nouvelle prescription n'a pas été entrée dans le dossier eMAR de la personne résidente avant le lendemain.

Lors d'une entrevue avec une IAA, celle-ci a affirmé que les nouvelles prescriptions de médicaments sont entrées par la pharmacie et les infirmières n'entrent pas les nouvelles prescriptions dans eMAR. Elle a déclaré que si la prescription n'est pas encore dans le dossier eMAR et que la nouvelle prescription doit être administrée, elle écrira une note d'évolution dans PCC pour s'assurer de documenter que le médicament a été donné.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que les infirmières documentaient qu'elles administraient la nouvelle prescription.

Selon le manuel des politiques et procédures de Medisystem relatives à l'entrée des médicaments dans eMAR, si l'équipe infirmière est capable d'administrer la nouvelle dose avec le médicament à portée de main, alors la nouvelle dose devrait être appliquée immédiatement à la prochaine heure d'administration et une nouvelle prescription doit être saisie dans eMAR par l'équipe infirmière pour l'administration. Le manuel indique également que le dossier eMAR doit être paraphé pour chaque médicament donné.

Dans une entrevue avec le pharmacien clinique consultant, celui-ci a déclaré que les infirmières sont capables d'entrer elles-mêmes les nouvelles prescriptions dans le dossier eMAR si la pharmacie ne l'a pas encore fait. Il a aussi confirmé que tout médicament administré à une personne résidente doit être documenté dans le dossier eMAR.

Selon le dossier eMAR de la personne résidente, en septembre 2023, une IAA a administré un médicament selon la prescription de 0,25 ml de façon sous-cutanée toutes les deux heures lorsque nécessaire. Lors de la comparaison avec le dossier d'administration des

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

médicaments désignés et narcotiques sur papier de la personne résidente, l'IAA a inscrit qu'elle avait administré 0,5 ml de médicament. L'IAA a également paraphé la fiche d'administration des médicaments désignés et narcotiques en indiquant que la quantité restante était de 0,5 ml pour les doses administrées plus tôt dans la journée qui ont été gaspillées. La section intitulée « témoin » était vierge.

Selon le manuel des politiques et procédures de Medisystem, les entrées pour les doses gaspillées doivent être inscrites au complet avec une explication et la signature d'un témoin dans le dossier d'administration des médicaments désignés et narcotiques.

Lors d'une entrevue avec un superviseur, celui-ci a affirmé avoir informé l'IAA de la nouvelle dose de routine du médicament pour la personne résidente en septembre 2023, lorsque l'IAA est arrivée pour son quart de travail. Il a déclaré que l'IAA avait administré la nouvelle dose de routine adéquate du médicament, mais que ses documents étaient inexacts, puisque la dose de routine n'aurait pas dû être documentée sous la dose de l'IAA dans le dossier eMAR. Le même superviseur a également confirmé que lors du gaspillage d'un narcotique, deux infirmières doivent remplir cette partie et a affirmé que l'IAA n'avait pas suivi la procédure.

Le fait de ne pas s'assurer que la politique de gestion des médicaments est respectée augmente le risque que les médicaments de la personne résidente soient administrés incorrectement.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente; fiche de prescription de la personne résidente; dossier d'administration des médicaments désignés et narcotiques de la personne résidente; dossier eMAR de la personne résidente, politiques et procédures : Manuel pour les foyers desservis par Medisystem, décembre 2023; entrevues avec le personnel et le pharmacien clinique consultant.

**AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de conformité n° 012 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : **Règl. de l'Ont.** 246/22, al. 138(1)b).

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 qu'une substance désignée soit entreposée dans un endroit distinct verrouillé à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Justification et résumé :

En septembre 2023, une IAA a découvert deux fioles de narcotique ouvertes dans le tiroir du haut du chariot à médicaments, contenant encore le médicament.

Pendant une entrevue avec l'IAA, celle-ci a affirmé que l'infirmière précédente durant le quart de nuit ne l'avait pas informée de ces fioles partiellement utilisées de narcotiques dans le chariot à médicaments. Elle a confirmé que ces ampoules n'étaient pas entreposées dans un boîtier verrouillé à double tour.

Pendant une entrevue avec un superviseur, celui-ci a affirmé que si l'infirmière du quart de nuit n'avait pas été capable de jeter la substance désignée restante immédiatement avec une autre infirmière, les fioles auraient dû être gardées dans le boîtier verrouillé du chariot à médicaments.

Le fait de ne pas s'assurer que les substances désignées sont entreposées dans un endroit verrouillé distinct dans le chariot à médicament augmente le risque qu'une personne résidente soit capable d'accéder à ces médicaments.

Sources : Rapport d'incident sur les médicaments; entrevues avec le personnel.

## ORDRE DE MISE EN CONFORMITÉ n°001 Programme de soins

Problème de conformité n°013 – ordre de mise en conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : LRSLD (2021), al. 6(10)c)

Programme de soins

par. 6(10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

### **L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité**

[LRSLD (2021), disposition 155(1)a)] :

Le titulaire de permis doit :

1. S'assurer que le programme de soins pour la prévention des chutes d'une personne résidente est examiné et révisé lorsque le programme de soins n'est pas efficace.

En s'assurant que les exigences de l'étape 1 sont respectées, le titulaire de permis doit :

2. Conserver un relevé écrit de toutes les révisions apportées au programme de soins pour la prévention des chutes d'une personne résidente, y compris l'évaluation sur l'efficacité des interventions et toute mesure corrective prise, jusqu'à ce que le ministre des Soins de longue durée juge que le titulaire de permis s'est conformé à cet ordre.

3. S'assurer que le programme de soins concernant la prévention des chutes pour la personne résidente est suivi par tout le personnel.

En s'assurant que les exigences de l'étape 3 sont respectées, le titulaire de permis doit :

4. Élaborer et effectuer une vérification hebdomadaire de la conformité du personnel au programme de soins écrit concernant la prévention des chutes pour la personne résidente. Cette vérification doit être effectuée pour une durée de quatre semaines. Maintenir les

*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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

documents de la vérification, y compris le moment où la vérification a été effectuée, qui a effectué la vérification, les constats, et toute mesure corrective prise si des écarts sont identifiés par rapport au programme de soins sur la prévention des chutes.

Un dossier écrit doit être conservé pour tout ce qui est requis aux étapes 1), 2), 3) et 4) du présent ordre de mise en conformité, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée juge que le titulaire s'est conformé à cet ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la réévaluation d'une personne résidente et à l'examen et révision de son programme de soins pour la prévention des chutes alors que les soins établis dans le programme se sont avérés inefficaces.

**Justification et résumé :**

En janvier 2024, une personne résidente a été trouvée sur le plancher de sa chambre. Selon le plan de soins de la personne résidente, celle-ci avait besoin de recevoir l'aide d'une personne pour se déplacer. Une IAA a évalué la personne résidente et a signalé de l'inconfort, mais une amplitude des mouvements adéquate pour toutes les extrémités et qu'elle pouvait supporter son poids. Ce soir-là, la personne résidente s'est plainte d'une douleur accrue. Le médecin a été avisé et la personne résidente a été transférée à l'hôpital pour être évaluée. Elle avait subi une blessure et une chirurgie a été effectuée; elle est revenue de l'hôpital à une date ultérieure. La personne résidente avait maintenant besoin de l'aide de deux membres du personnel pour se déplacer.

Au moment de la chute, le plan de soins de la personne résidente concernant la prévention des chutes indiquait que celle-ci était à risque de chute et une intervention était en place lorsqu'elle était dans son lit ou assise dans un fauteuil.

Selon l'outil de vérification pour la prévention des chutes rempli par le personnel, en janvier 2024, la personne résidente devait utiliser la salle de bain, a retiré l'intervention, était confuse et a oublié d'utiliser la sonnette d'appel.

*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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Lors d'une entrevue avec les membres du personnel, ceux-ci ont confirmé que la personne résidente avait besoin de l'assistance d'une personne pour aller aux toilettes à ce moment-là et ont affirmé que la personne résidente avait oublié d'utiliser la sonnette pour obtenir de l'aide. Ils ont affirmé que la personne résidente était capable de retirer son intervention de prévention des chutes.

En février 2024, la personne résidente a été découverte sur le plancher de la salle de bain. Le médecin a été avisé et la personne résidente a été envoyée à l'hôpital en vue d'une évaluation. Les notes de congé de l'hôpital de la personne résidente indiquent qu'elle avait une blessure et qu'elle avait besoin d'une chirurgie pour y remédier. En mars 2024, la personne résidente est revenue de l'hôpital.

Selon l'outil de vérification pour la prévention des chutes rempli par le personnel en février 2024, la personne résidente s'est déplacée par elle-même sans aide du personnel, car elle avait oublié qu'elle avait besoin d'assistance et a retiré son intervention.

Pendant une entrevue avec les membres du personnel, ceux-ci ont affirmé avoir administré des médicaments à la personne résidente 15 minutes avant qu'elle ne chute. À ce moment, la personne résidente se trouvait dans un fauteuil roulant et son intervention de prévention des chutes n'était pas en place. Les membres du personnel n'étaient pas certains si la personne résidente l'avait détachée elle-même, mais ils l'ont rattachée à ce moment-là.

Pendant une entrevue avec un membre personnel, celui-ci a affirmé avoir travaillé de soir un jour de février 2024 et que l'intervention de la personne résidente ne fonctionnait pas. Il a affirmé que la personne résidente avait retiré l'intervention.

Dans une entrevue avec le même membre du personnel, celui-ci a également affirmé que la personne résidente détache son intervention, affirmant que la plupart du temps l'intervention ne fonctionne pas pour la personne résidente.

Pendant une entrevue avec la direction, celle-ci a affirmé que des interventions de

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 duréeDistrict d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

prévention des chutes précises sont utilisées pour les personnes résidentes à risque de chute. La direction a déclaré qu'elle n'était pas au courant que la personne résidente retirait fréquemment son intervention. Elle a reconnu que cela n'était pas une intervention de prévention des chutes efficace et qu'elle devrait examiner d'autres moyens d'être alertée si la personne résidente essaie de se lever. Elle a confirmé que si une intervention contre les chutes n'est pas efficace, elle collaborerait avec l'équipe et trouverait d'autres interventions à essayer. Elle a confirmé que le personnel aurait dû en faire plus avec les informations sur l'outil de vérification pour la prévention des chutes de janvier à février 2024 en ce qui concerne la personne résidente qui retirait l'intervention.

Le fait de ne pas réviser le programme de soins pour la prévention des chutes d'une personne résidente lorsque le programme est inefficace place la personne résidente à risque de faire de nouvelles chutes et de subir des blessures potentielles.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente sur PCC; programme de soins de la personne résidente; dossiers de l'Hôpital communautaire de Cornwall pour la personne résidente; outils de vérification pour la prévention contre les chutes de la personne résidente; entrevues avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 juin 2024

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit **d'APA n° 002**

### **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative (APA) n° 002

**Lié à l'ordre de mise en conformité n° 001**

Aux termes de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100,00 \$, à verser dans les

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de mise en conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

#### Historique de la conformité :

Ordre de mise en conformité (priorité élevée) émis selon l'al. 6(10)c) de la LRSLD (2021). Selon le rapport des antécédents de conformité, dont la date d'émission est 2023-09-25 dans l'inspection n° 2023-1551-0003.

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

## INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous :

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

*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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

**Commission d'appel et de révision** des services de la santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).