

**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 du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901**Rapport public initial****Date d'émission du rapport :** 20 août 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1315-0003**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** 2063414 Ontario Limited en tant qu'associé commandité de  
2063414 Investment LP**Foyer de soins de longue durée et ville :** Barnswallow Place Community, Elmira**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 25 au 28 juin 2024, ainsi que du 2 au 5 et du 8 au 10 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00114451 – Plainte portant sur la gestion des médicaments, la gestion de la douleur, les droits et les choix des personnes résidentes, la prévention des mauvais traitements et de la négligence et les rapports et plaintes.
- Demande n° 00116079 – Plainte portant sur la gestion des médicaments et la prévention et la gestion relatives aux soins de la peau et des plaies.
- Demande n° 00114879, liée à la prévention et la gestion des chutes.

L'inspection a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00116162, liée à la prévention et la gestion des chutes.

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Droits et choix des personnes résidentes
- Rapports et plaintes
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de l'alinéa 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel participant aux soins d'une personne résidente collabore à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins en ce qui concerne la prévention des chutes, de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

#### **Justification et résumé**

Lors de son admission au foyer, la personne résidente présentait un risque de chute. La personne résidente a subi une chute. Il n'a pas été possible de déterminer à quel moment certaines mesures de prévention des chutes ont été mises en place ni

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

quand elles ont cessé d'être appliquées, en raison du manque de communication avec le physiothérapeute et le responsable des mesures de prévention des chutes du foyer.

Le physiothérapeute avait recommandé plusieurs mesures de prévention pour réduire les blessures liées aux chutes, mais ces recommandations n'ont pas été mises en œuvre.

Après une nouvelle chute, la personne résidente a fait l'objet d'une évaluation postérieure. De l'équipement de prévention des chutes était à proximité de la personne résidente. Le physiothérapeute ignorait quand cet équipement avait été installé pour la personne résidente, et l'ergothérapeute n'avait pas reçu de demande de consultation pour évaluer cet équipement.

La personne résidente a de nouveau fait une chute. Le physiothérapeute n'a pas pu effectuer l'évaluation après la chute auprès de la personne résidente, car la demande de consultation n'a pas été remplie correctement et il n'a pas été informé de l'incident. La personne résidente a par la suite fait une autre chute et s'est blessée.

La directrice des soins a reconnu des lacunes dans la communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire responsables des soins à la personne résidente. Elle a affirmé que les demandes de consultation nécessaires n'avaient pas été correctement effectuées.

Le manque de collaboration du personnel à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente pour la prévention et la gestion des chutes a conduit à une mise en œuvre inadéquate des interventions, à des évaluations manquées et à des demandes de consultation non réalisées. Cela pourrait avoir contribué à la persistance des chutes et des blessures chez la personne résidente.

**Sources**

Rapport d'incident critique, programme de soins de la personne résidente, notes d'évolution, évaluations de physiothérapie, évaluation du risque de chute et entretiens avec le personnel, le responsable des mesures de prévention des chutes,

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

le physiothérapeute et la directrice des soins du foyer.  
[758]

### **AVIS ÉCRIT : Rapports d'enquête**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : du paragraphe 27 (2) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir  
Paragraphe 27 (2) Le titulaire de permis présente au directeur un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats d'une enquête et les mesures prises à la suite d'une plainte verbale portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente soient communiqués au directeur.

#### **Justification et résumé**

Le foyer a reçu une plainte verbale portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

Le foyer a mené une enquête sur ces allégations, mais les résultats de l'enquête et les actions entreprises n'ont pas été communiqués au directeur.

Le fait de ne pas avoir immédiatement informé le directeur des résultats de l'enquête et des mesures prises en réponse aux allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente a limité la capacité du directeur à réagir rapidement à l'incident, si nécessaire.

#### **Sources**

Dossiers de plainte du foyer, notes d'évolution de la personne résidente, politique du foyer en matière de gestion des plaintes n° XXIII-E-10.00, révisée pour la dernière fois en décembre 2023, et entretien avec la directrice des soins.

[758]

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente en ce qui a trait à la prévention et gestion des chutes et ses réactions aux interventions soient documentées.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a subi plusieurs chutes, dont l'une a entraîné une blessure.

i) Lors d'une première chute, il a été noté que des mesures spécifiques pour la prévention des chutes étaient en place. Il n'y avait pas de documents dans le programme de soins de la personne résidente qui indiquaient à quel moment ces interventions avaient été mises en place ou arrêtées, ni la réaction de la personne résidente à ces interventions.

La personne résidente a de nouveau fait une chute. Selon l'évaluation après la chute, une mesure de prévention des chutes était en place, mais elle n'était pas mentionnée dans le programme de soins de la personne résidente.

Lors d'une troisième chute, une mesure d'intervention et un équipement liés à la prévention et à la gestion des chutes ont été identifiés comme étant présents pendant l'évaluation après la chute. Là encore, le programme de soins ne précisait ni le début des interventions ni si la personne résidente avait été évaluée dans le cadre de ces interventions.

La directrice des soins et le responsable des mesures de prévention des chutes du foyer ont mentionné que les interventions fournies à la personne résidente et leur efficacité devraient être documentées dans son programme de soins.

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

ii) Réalisées à plusieurs dates, les évaluations effectuées après la chute de la personne résidente ne mentionnaient pas les résultats des discussions interdisciplinaires après la chute, contrairement aux exigences selon la directrice des soins.

iii) La personne résidente a fait l'objet d'une intervention particulière de prévention des chutes. À de nombreuses occasions, cette intervention n'a pas été documentée comme ayant été réalisée.

Comme les mesures d'intervention en matière de prévention des chutes fournies à la personne résidente et ses réactions n'avaient pas été documentées, il a été difficile d'évaluer leur efficacité.

**Sources**

Notes d'évolution de la personne résidente, programme de soins, évaluations après la chute, contrôles de sécurité toutes les 30 minutes et entretiens avec le responsable des mesures de prévention des chutes et la directrice des soins du foyer.

[758]

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Traitement des plaintes

Paragraphe 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,

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse à la personne qui a déposé des plaintes portant sur les soins à une personne résidente comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère 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*.

**Justification et résumé**

Le foyer a reçu cinq plaintes verbales portant sur les soins prodigués à une personne résidente.

La réponse fournie à la personne qui a déposé ces plaintes ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients.

Le défaut de fournir les renseignements requis à la personne qui a déposé les plaintes a entravé sa capacité de signaler ses préoccupations à d'autres parties si elle le souhaitait.

**Sources**

Notes d'évolution de la personne résidente, dossiers de plainte et entretiens avec le coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille et la directrice des soins.

[758]

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 108 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier d'une plainte de mauvais traitements infligés à une personne résidente contienne chaque date à laquelle

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse.

**Justification et résumé**

Le foyer a reçu une plainte verbale portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

La directrice des soins a reconnu que le dossier de plainte ne comprenait pas la date à laquelle une réponse avait été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse.

En ne consignait pas les renseignements ci-dessus dans le dossier de plainte, il y avait un risque qu'ils ne soient pas pris en considération lors de l'examen et de l'analyse de la plainte afin de déterminer les améliorations à apporter au foyer.

**Sources**

Dossiers de plainte du foyer et entretien avec la directrice des soins.  
[758]

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 108 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier de deux plaintes portant sur les soins prodigués à une personne résidente et d'une plainte portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à une autre personne résidente comprenne la réponse formulée à l'auteur de la plainte.

**Justification et résumé**

Le foyer a reçu deux plaintes verbales portant sur une personne résidente et une plainte verbale portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à une autre personne résidente.



**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

La directrice des soins et le coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille ont reconnu que ces dossiers de plainte ne comprenaient pas la réponse formulée à l'auteur de la plainte, comme il se doit.

En ne consignait pas la réponse formulée à l'auteur de la plainte, il y avait un risque que ses commentaires ne soient pas pris en considération lors de l'examen et de l'analyse des dossiers de plainte.

**Sources**

Dossiers de plainte du foyer et entretiens avec la directrice des soins et le coordonnateur de l'expérience des personnes résidentes et de la famille.  
[758]

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Problème de conformité avec le paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des médicaments soient administrés à deux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

**A) Justification et résumé**

Une personne résidente a reçu une nouvelle ordonnance de médicaments. Selon le mode d'emploi précisé, il devait être administré quatre fois par jour.

La personne résidente a reçu la moitié de la dose prescrite à six reprises.

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le défaut de suivre les directives du prescripteur en ce qui concerne l'administration d'un nouveau médicament pourrait avoir des conséquences sur la santé de la personne résidente.

**Sources**

Dossiers cliniques de la personne résidente, ordonnances médicales de la personne résidente, notes d'évolution, entretiens avec le personnel.  
[000690]

**B) Justification et résumé**

La personne résidente avait une ordonnance de médicaments. Les notes d'évolution indiquent que, à deux reprises, le médicament lui avait été mal administré.

Le non-respect du mode d'emploi précisé par le prescripteur pour l'administration du médicament a pu exposer la personne résidente à un risque d'effets indésirables.

**Sources**

Dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'évolution de la personne résidente, incidents liés aux médicaments, entretien avec la directrice des soins.  
[000690]

**C) Justification et résumé**

Une nouvelle ordonnance a été prescrite pour gérer l'état de santé de la personne résidente.

Le médicament était administré quotidiennement, mais il n'y avait aucune indication que la personne résidente avait été évaluée avant son administration.

Un membre du personnel a déclaré qu'il n'était pas au courant des instructions relatives à l'administration du médicament et qu'il n'avait pas évalué la personne résidente avant de lui administrer le médicament.

Le directeur adjoint des soins a déclaré que l'ordonnance de médicaments avait été mal traitée. Ce n'est qu'après l'entretien de l'inspecteur des foyers de soins 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 durée**District du Centre-Ouest**609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

longue durée que le mode d'emploi du médicament a été mis à jour pour inclure l'évaluation de la personne résidente.

**Sources**

Ordonnances médicales de la personne résidente, registre électronique d'administration des médicaments (RAME), notes d'évolution, dossiers sur le poids et les signes vitaux, entretiens avec le personnel.

[758]

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 140 (3) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (3) Sous réserve des paragraphes (4) et (6), le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne n'administre un médicament à un résident au foyer, sauf si, selon le cas :

b) dans le cas de l'administration d'un médicament sans accomplissement d'un acte autorisé dans le cadre du paragraphe 27 (2) de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, la personne est, selon le cas :

(ii) un préposé aux services de soutien personnel qui : a reçu une formation en matière d'administration de médicaments conformément aux politiques et protocoles écrits élaborés dans le cadre du paragraphe 123 (2); de l'avis raisonnable du titulaire de permis, possède les compétences, les connaissances et l'expérience appropriées pour administrer des médicaments dans un foyer de soins de longue durée; a été chargé d'administrer le médicament par un membre du personnel infirmier autorisé du foyer de soins de longue durée et agit sous la surveillance de ce membre conformément aux normes d'exercice et aux lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et, selon le cas :

(A) satisfait aux exigences du paragraphe 52 (1) ou est visé au paragraphe 52 (3),

(B) est une infirmière ou un infirmier formé à l'étranger qui travaille comme préposé aux services de soutien personnel. Règl. de l'Ont. 66/23, par. 28 (1).

Non-respect du sous-alinéa 140 (3) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22.

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ait reçu une formation en matière d'administration des médicaments conformément à la politique du foyer en matière d'aide à la médication.

**Justification et résumé**

Selon la politique du foyer en matière d'aide à la médication, les PSSP peuvent administrer des médicaments à une personne résidente sous certaines conditions. Ces conditions incluent que chaque PSSP ait reçu une formation en matière d'administration de médicament et soit assignée à cette tâche sous la supervision d'un membre de l'équipe infirmière autorisée.

La personne résidente avait une ordonnance spécifique précisant le moment où il fallait administrer et arrêter le médicament.

Une PSSP participait au retrait du médicament et le rapportait à un membre du personnel pour que ce dernier remplisse la documentation dans le RAME.

Selon les dossiers de formation et d'éducation de la PSSP, elle n'avait pas suivi la formation requise en matière d'administration des médicaments.

Le fait que le foyer n'ait pas veillé à ce que la PSSP ait reçu une formation en matière d'administration des médicaments conformément aux politiques et protocoles écrits a accru les risques associés à une mauvaise utilisation des médicaments.

**Sources**

Dossiers cliniques de la personne résidente, programme d'aide à la médication, VIII-E-20.00, en date d'avril 2024, entretiens avec le personnel.  
[000690]

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

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 147 (1) 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;  
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, art. 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié à un médicament et mettant en cause une personne résidente soit documenté, accompagné d'un registre des mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente, signalé au médecin, à la directrice des soins et au fournisseur de services pharmaceutiques.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a signalé à un membre du personnel qu'un comprimé de ses médicaments se trouvait sur la table de nuit dans sa chambre à coucher.

Le membre du personnel a trouvé le comprimé sur le sol près du lit de la personne résidente et a déterminé plus tard qu'il s'agissait d'un médicament précis que la personne résidente devait recevoir régulièrement.

L'incident n'a été documenté qu'après la discussion de l'inspecteur avec le foyer. De plus, il n'y avait aucune documentation sur les mesures immédiates prises pour évaluer la personne résidente, et le médecin de la personne résidente, la directrice des soins et le fournisseur de services pharmaceutiques n'ont pas été avisés.

Le personnel a déclaré qu'un incident lié à un médicament aurait dû être signalé

**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 du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

en raison de l'omission d'une dose de médicament pour une personne résidente et que le médecin, la directrice des soins et la pharmacie auraient dû être avisés.

Le défaut de documenter et de signaler un incident lié à l'omission du médicament de la personne résidente, l'incident n'a pas pu être examiné et analysé, et les mesures correctives visant à prévenir la récurrence n'ont pas pu être mises en œuvre en temps opportun.

**Sources**

Notes d'évolution de la personne résidente, RAME, ordonnances médicales, politique CareRX n° 9.2 en matière de déclaration des incidents liés à un médicament, révisée pour la dernière fois le 30 juin 2023, et entretiens avec le personnel.

[758]