

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de London**130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 4 avril 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1028-0002**Type d'inspection :**

Plainte

Titulaire de permis : Maplewood Nursing Home Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Maple Manor Nursing Home,
Tillsonburg**RÉSUMÉ D'INSPECTION**L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 27 et le 31 mars ainsi que du 1^{er} au 4 avril 2025

L'inspection concernait :

- Demande n° 00137795 – Plainte portant sur les services de soins et de soutien aux personnes résidentes, la gestion des médicaments et la prévention et la gestion des chutes.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention et gestion des chutes**RÉSULTATS DE L'INSPECTION**

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 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 n'a pas mis en œuvre le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer lorsqu'une personne résidente a fait une chute. Plus précisément, le personnel n'a pas procédé à une évaluation de la tête aux pieds et à une évaluation postérieure à une chute après avoir été informé de la chute, et n'a pas appelé le médecin comme il aurait dû le faire.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, politique du programme de prévention et de gestion des chutes, entretien avec la directrice adjointe des soins.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

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

Non-respect : de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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 ce que le système de gestion des médicaments du foyer soit mis en œuvre lorsque le membre du personnel qui a découvert un incident lié à un médicament d'une personne résidente a omis de remplir un rapport d'incident lié à un médicament, comme il était tenu de le faire.

Sources : Notes d'évolution et registre d'administration des médicaments de la personne résidente, aperçu de la politique en matière d'incidents liés à un médicament (*Medication Incident Policy Overview*), entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne reçoive pas un médicament qui ne lui a pas été prescrit. La personne résidente s'est vu administrer le médicament par erreur, le personnel n'ayant pas suivi les étapes requises lorsque l'utilisation du médicament a cessé.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, ordonnances, registre d'administration des médicaments, rapport d'incident lié à un médicament et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 004 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments prescrits soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur à deux occasions distinctes.

Tout d'abord, le personnel n'a pas suivi les étapes requises lorsque le prescripteur a modifié une ordonnance et le médicament a donc commencé à être administré à la personne résidente à la mauvaise date.

De plus, le personnel n'a pas géré la situation comme prévu lorsqu'il a été incapable de trouver un médicament devant être administré, ce qui a entraîné l'omission d'une dose de médicament pour la personne résidente.

Sources : Registre d'administration des médicaments de la personne résidente, rapport d'incident lié à un médicament, entretien avec la directrice des 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London ON N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

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 147 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments
Paragraphe 147 (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis
veille à ce qui suit :

c) tous les éléments exigés aux alinéas a) et b) sont consignés dans un dossier.
Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'analyse et les mesures correctives
prises à la suite d'un incident lié à un médicament d'une personne résidente soient
consignées dans un dossier.

De plus, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures correctives prises à
la suite d'un autre incident lié à un médicament de la même personne résidente
soient consignées dans un dossier.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, rapports d'incident lié à un
médicament, entretiens avec la directrice des soins.