

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 31 octobre 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1252-0007

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Omni Quality Living (East), une société en commandite, par son partenaire général, Omni Quality Living (East) GP Ltd.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Pleasant Meadow Manor, Norwood

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15 au 17, 20 au 24 ainsi que 27 au 31 octobre 2025

L'inspection concernait :

- Suivi n° 1 de l'ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection n° 2025-1252-0005 – LRSLD – Paragraphe 24 (1) – Obligation de protéger. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 26 septembre 2025.
- Suivi n° 1 de l'OC n° 001 de l'inspection n° 2025-1252-0005 – LRSLD – Alinéa 6 (4) a – Programme de soins. Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 26 septembre 2025.
- Un signalement en lien avec des allégations de négligence envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel.
- Un signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre affectif envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel.
- Un signalement en lien avec des allégations de négligence envers une personne résidente.
- Un signalement en lien avec des allégations de négligence envers une personne résidente.

- Un signalement en lien avec une plainte concernant des allégations de soins fournis de façon inappropriée à une personne résidente.
- Un signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Un signalement en lien avec le décès inattendu d'une personne résidente.
- Un signalement en lien avec une plainte anonyme concernant des allégations de soins fournis de façon inappropriée à une personne résidente.
- Un signalement en lien avec une plainte concernant les soins fournis à une personne résidente.
- Un signalement en lien avec le décès inattendu d'une personne résidente.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1252-0005 en lien avec le paragraphe 24 (1) de la LRSLD

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1252-0005 en lien avec l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Soins liés à l'incontinence
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

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 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD**

Programme de soins

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

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on adopte, pour une personne résidente, un programme de soins écrit qui établisse des directives claires à l'égard des membres du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à cette personne résidente.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu une plainte anonyme concernant un transfert inapproprié de la personne résidente. Lors de démarches d'observation menées dans la chambre à coucher de la personne résidente, on a vu un harnais pour les soins d'hygiène qui ne portait pas d'étiquette. En revanche, le programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas de taille de harnais pour celle-ci. De plus, la ou le gestionnaire de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a mentionné que tous les harnais devaient avoir une étiquette indiquant le nom de la personne résidente pour laquelle on les utilisait. Selon la politique correspondante du foyer, les membres du personnel autorisé devaient consigner le type de transfert ou de lève-personne utilisé et les aides au transfert appropriées dans le programme de soins de la personne concernée et faire part de ces renseignements dans le rapport de changement de quart. Toutefois, le rapport de changement de quart

de l'unité n'indiquait pas la taille du harnais pour la personne résidente.

**Sources** : Programme de soins d'une personne résidente; démarches d'observation dans la chambre à coucher d'une personne résidente; rapport de changement de quart de l'unité; politique correspondante; entretien avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Programme fondé sur l'évaluation du résident**

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD**

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente en ce qui concerne le niveau d'aide requis pour les repas soient fondés sur une évaluation des besoins de cette personne. En effet, la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel a confirmé que l'on avait omis de mettre à jour le programme de soins de la personne résidente en y indiquant le niveau d'aide requis selon son évaluation.

**Sources** : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : paragraphe 6 (5) de la LRSLD**

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial d'une personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente. En effet, des membres du personnel ont omis d'informer la mandataire spéciale ou le mandataire spécial que la personne résidente avait communiqué avec une ressource extérieure. La mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a indiqué qu'elle ou il aurait rendu visite à la personne résidente pour lui apporter un soutien émotionnel si on lui avait dit que la personne résidente avait fait appel à une ressource extérieure. La directrice générale ou le directeur général a confirmé que les membres du personnel autorisé auraient dû avertir la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation; dossiers d'enquête interne; entretiens avec la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente et la directrice générale ou le directeur général.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller au respect du programme de soins d'une personne résidente. En effet, des membres du personnel autorisé ont omis de répondre à la demande d'aide de la personne résidente. L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) n° 122 a indiqué que l'IA n° 123 lui avait dit que la personne résidente avait demandé de l'aide, mais qu'elle ou il avait omis de répondre à son appel pour évaluer les besoins de la personne résidente.

**Sources** : Programme de soins; notes sur l'évolution de la situation; dossiers d'enquête interne; entretiens avec des membres du personnel.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller au respect du programme de soins d'une personne résidente dont les mesures des signes vitaux ont donné des résultats élevés à plusieurs reprises. En effet, selon le programme de soins de cette personne résidente, les membres du personnel devaient surveiller ses signes vitaux et informer le médecin de toute mesure anormale.

**Sources** : Programme de soins; mesures des signes vitaux; notes sur l'évolution de la situation; entretiens avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Documentation**

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD**

Programme de soins

Paragraphe 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.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les dossiers reflètent fidèlement les soins liés à l'incontinence fournis à une personne résidente et à ce que ces soins lui soient fournis, conformément à son programme de soins. En effet, lors de l'enquête interne du foyer, on a constaté que, lors du quart de nuit, on avait consigné des renseignements inexacts en ce qui concerne les soins liés à l'incontinence fournis à cette personne résidente ainsi que le retournement et le changement de position de celle-ci.

**Sources** : Dossiers cliniques d'une personne résidente; dossiers d'enquête interne du foyer; rapport d'incident critique (IC); entretiens avec des membres du personnel.

2. Dans le cadre de la prestation des soins, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on consigne dans les dossiers les renseignements sur les contrôles de sécurité, afin de confirmer qu'ils aient bel et bien été effectués, conformément aux directives de la ou du gestionnaire.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation; dossiers d'enquête interne; entretien

avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **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 qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre affectif de la part de qui que ce soit.

En effet, on a signalé dans un rapport que deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) avaient parlé de façon impolie à une personne résidente. Lors de l'enquête menée par le foyer, on a conclu que le ton utilisé par ces deux membres du personnel au cours de l'interaction était impoli. La personne résidente a déclaré s'être sentie contrariée et mal à l'aise après l'incident. La directrice générale ou le directeur général a confirmé que l'enquête avait permis de conclure qu'il s'agissait d'un cas fondé de mauvais traitements d'ordre affectif.

**Sources** : Rapport d'IC; dossiers d'enquête du foyer; entretiens avec une personne résidente et la directrice générale ou le directeur général.

## **AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relatives aux plaintes – titulaires de permis**

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD**

Marche à suivre relatives aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on transmette immédiatement à la directrice ou au directeur une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente soumise par la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de celle-ci. En effet, la directrice générale ou le directeur général a confirmé que l'on avait omis de communiquer immédiatement ces renseignements à la directrice ou au directeur.

**Sources :** Rapport d'IC; lettre de plainte; entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : la disposition 28 (1) 1 de la LRSLD**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on signale immédiatement à la directrice ou au directeur un incident concernant l'administration d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente.

En effet, après qu'un membre du personnel eut procédé au transfert d'une personne résidente d'une façon inappropriée, on a fait part de cet incident allégué de soins

fournis de façon inappropriée à la directrice générale ou au directeur général. Toutefois, la directrice générale ou le directeur général a indiqué que l'on avait omis de communiquer immédiatement ces renseignements à la directrice ou au directeur.

**Sources** : Programme de soins d'une personne résidente; dossiers d'enquête du foyer; entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

## **AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on utilise des techniques de transfert sécuritaires au moment d'aider une personne résidente.

On a procédé au transfert d'une personne résidente à l'aide d'un lève-personne mécanique, d'une façon inappropriée. En effet, selon les dossiers d'enquête du foyer, une PSSP a procédé au transfert de cette personne résidente sans aide. Toutefois, selon le programme de soins de la personne résidente, celle-ci a besoin de l'aide de deux membres du personnel pour les transferts. La directrice générale ou le directeur général a reconnu que la personne résidente avait besoin de l'aide de deux membres du personnel pour les transferts, et que la PSSP avait procédé au transfert de la personne résidente sans aide.

**Sources** : Programme de soins d'une personne résidente; dossiers d'enquête du foyer; entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

## AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (i) 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 :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique fasse l'objet d'une évaluation de la peau à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. En effet, une ou un IA et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que l'on aurait dû utiliser la note résultant de l'évaluation de la peau et des plaies afin de décrire les signes d'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente. De plus, elles ou ils ont reconnu que les membres du personnel infirmier autorisé avaient omis d'indiquer la note résultant de l'évaluation de la peau et des plaies appropriée sur le plan clinique.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation; notes résultant de l'évaluation de la peau et des plaies; entretiens avec des membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la

LRSLD (2021)

**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.

Lorsqu'une personne résidente a présenté des signes d'altération de l'intégrité épidermique, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que celle-ci fasse immédiatement l'objet d'un traitement et de mesures d'intervention pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection. En effet, la personne résidente a présenté des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Toutefois, ce n'est que plusieurs jours après que l'on eut fait part de l'évaluation initiale aux membres du personnel autorisé que le médecin a commandé la crème de traitement médicamenteux prescrite. Une ou un IA et la ou le DSI ont reconnu qu'il y avait eu un retard dans le traitement de la peau de cette personne résidente.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation; dossier électronique de l'administration des traitements; dossiers d'enquête interne; entretiens avec des membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 55 (2) d) 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 :

d) tout résident qui a besoin du personnel pour ses changements de position est changé de position toutes les deux heures ou plus fréquemment au besoin, compte

tenu de son état et de la tolérance de sa charge tissulaire, sauf qu'il ne doit être changé de position pendant qu'il dort que si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente incapable de changer de position dans son lit soit tournée et changée de position toutes les deux heures. En effet, l'enquête interne du foyer a permis de confirmer que l'on avait omis de tourner la personne résidente et de la changer de position, comme l'exigeait pourtant son programme de soins.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente; dossiers d'enquête interne du foyer; rapport d'IC; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence**

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente reçoive assez de produits pour incontinence de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort. En effet, la personne résidente a déclaré n'avoir reçu aucun soin lié à l'incontinence durant le quart de nuit, alors qu'elle s'est avérée incontinente. En outre, l'enquête interne du foyer a permis de confirmer que l'on a omis de vérifier l'état de la personne résidente ou de lui fournir des soins liés à l'élimination, comme l'exigeait pourtant son programme de soins.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente; dossiers d'enquête interne du foyer; rapport d'IC; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 014 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on évalue la douleur d'une personne résidente que les interventions initiales n'avaient pas permis de soulager, et ce, à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique. La personne résidente en question a déjà reçu des analgésiques courants et a eu besoin d'analgésiques selon les besoins à plusieurs reprises. En outre, une PSSP, une ou un IA et une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont indiqué que la personne résidente avait présenté des signes qu'elle ressentait de la douleur, mais qu'elle ne pouvait pas communiquer. Les scores de la personne résidente selon l'échelle du *Pain Assessment in Advanced Dementia* (ou « PAINAD ») étaient généralement de trois. L'IA a confirmé que l'on aurait dû utiliser un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour évaluer la douleur de la personne résidente lorsque cette dernière a eu besoin de recevoir des analgésiques selon les besoins.

**Sources** : Notes sur l'évolution de la situation; dossier électronique d'administration des médicaments; programme de soins; politique du programme de gestion de la douleur (Pain Management Program Policy); entretien avec des membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

Problème de conformité n° 015 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 74 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

b) le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on recense les risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation auprès d'une personne résidente. En effet, on a omis d'effectuer un examen trimestriel des soins alimentaires (Nutritional Care Quarterly Review) au cours d'une période prolongée.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que l'on respecte les politiques écrites élaborées pour le programme de soins alimentaires et d'hydratation.

Plus précisément, selon la politique du titulaire de permis concernant l'examen trimestriel des soins alimentaires (Nutritional Care Quarterly Review), la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel devait faire ce qui suit, chaque trimestre : effectuer une évaluation des risques liés à l'alimentation (Nutritional Risk Assessment) et une évaluation de la nutrition et de l'hydratation (Nutrition and Hydration Assessment), examiner et mettre à jour le programme de soins correspondant et rédiger une brève note sur l'évolution de la situation. Toutefois, selon les dossiers cliniques de la personne résidente, aucune évaluation trimestrielle n'a été réalisée pendant une longue période.

**Sources** : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique concernant l'examen trimestriel des soins alimentaires (Nutritional Care Quarterly Review policy); entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

Problème de conformité n° 016 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 115 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on fasse part immédiatement à la directrice ou au directeur du décès soudain d'une personne résidente, comme cela était pourtant exigé. En effet, la directrice générale ou le directeur général a confirmé que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente avait fait part de préoccupations concernant les circonstances du décès de la personne résidente et a reconnu que l'on aurait dû soumettre un rapport d'IC à la directrice ou au directeur.

**Sources** : Rapport d'IC; entretiens avec la mandataire spéciale ou le mandataire spécial d'une personne résidente et la directrice générale ou le directeur général.

### **AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de conformité n° 017 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(ii) il est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les médicaments d'une personne résidente soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sûr et verrouillé. En effet, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a trouvé le médicament que cette dernière devait prendre le matin. Ce médicament était dans sa chambre à coucher, sans surveillance.

**Sources** : Dossiers d'enquête interne; entretien avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 018 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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, paragraphe 140 (2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente reçoive le médicament oral qui lui avait été prescrit, conformément à son ordonnance. En effet, la ou le DSI a confirmé que l'on avait omis d'administrer le médicament oral à la personne résidente, puisqu'un membre du personnel autorisé avait laissé le médicament de la personne résidente sur sa table de nuit.

**Sources :** Notes sur l'évolution de la situation; dossier électronique d'administration des médicaments; dossiers d'enquête interne; entretien avec la ou le DSI.

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

Problème de conformité n° 019 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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, article 30.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un incident lié à un médicament et mettant en cause une personne résidente soit consigné dans les dossiers, de même

que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente. En effet, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a trouvé le médicament que cette dernière devait prendre le matin dans sa chambre à coucher et l'a signalé à une ou un IAA. L'IAA a omis de prendre d'autres mesures pour évaluer l'état de santé de la personne résidente ou pour consigner dans un dossier le fait que la personne résidente n'avait pas reçu ses médicaments, conformément à son ordonnance. En outre, on a omis de rédiger immédiatement un rapport sur un incident lié à un médicament, et l'IAA a omis d'informer le médecin, la ou le DSI et le fournisseur de services pharmaceutiques de la situation.

**Sources** : Rapport d'enquête interne; notes sur l'évolution de la situation; entretien avec la ou le DSI.

