

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-Est  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 3 octobre 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1157-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Tendercare Nursing Homes Limited	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Tendercare Living Centre, Scarborough	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> L'inspecteur/l'inspectrice	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)</b> L'inspecteur/l'inspectrice	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 20 septembre et du 23 au 26 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- Une plainte relative à l'administration de médicaments, à des soins inadéquats et à la documentation.
- Une plainte relative à une allégation de soins administrés de manière inadéquate ou incompétente à une personne résidente.

L'inspection sur cet incident critique concernait :

- Trois plaintes relatives à des allégations de mauvais traitement de la part du personnel envers des personnes résidentes.
- Une plainte relative à une erreur médicamenteuse.

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-Est  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- Une plainte relative à une allégation de soins inadéquats administrés à une personne résidente.
- Deux plaintes relatives à une éclosion de maladie importante sur le plan de la santé publique.
- Une plainte relative à une chute entraînant une blessure.

Les inspections effectuées concernaient :

- Une plainte relative à une chute entraînant une blessure.
- Une plainte relative à des problèmes de sécurité et de respect de la vie privée, ainsi qu'au déplacement de personnes résidentes.
- Une plainte relative à une allégation de soins inadéquats administrés à une personne résidente.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Gestion des médicaments (Medication Management)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021).**

Obligation de protéger

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 n'a pas protégé une personne résidente contre la négligence du personnel infirmier.

La « négligence » est définie à l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 comme étant le défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. Il peut s'agir en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident médicamenteux à l'égard d'une personne résidente a été soumis par le foyer de soins de longue durée (FSLD). Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu une plainte concernant le même incident.

La personne résidente devait recevoir un médicament dans le cadre de son plan de traitement. Un membre du personnel infirmier a administré le médicament à la fin de son quart de travail, mais n'a pas consigné le fait que la personne résidente avait reçu le médicament. Un autre membre du personnel infirmier a administré le même médicament environ une heure plus tard.

L'incident médicamenteux a été relevé par deux membres du personnel infirmier immédiatement après l'administration du médicament. Le membre du personnel infirmier a déclaré avoir évalué la personne résidente et avoir prévenu le médecin et la famille de celle-ci. Cela s'est produit environ une heure et demie après la découverte de l'incident. Le même membre du personnel infirmier a indiqué, plus tard dans la journée, qu'il avait réévalué la 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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

L'enquête du foyer a révélé que le membre du personnel infirmier n'avait pas procédé à une réévaluation de la personne résidente et qu'il avait falsifié son dossier. Le membre du personnel infirmier a admis qu'il n'avait pas surveillé la personne résidente pendant tout son quart de travail après l'incident et qu'il avait consigné de fausses informations.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) intérimaire ont reconnu que le personnel infirmier avait négligé la personne résidente en ne procédant pas à une réévaluation après l'incident et en falsifiant la documentation.

Le bien-être de la personne résidente a été compromis lorsque le personnel infirmier a négligé de l'évaluer après un incident médicamenteux.

**Sources** : dossier clinique de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec le personnel et le ou la DSI intérimaire.

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

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 : 25 (1) de la LRSLD (2021).**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 a omis de veiller au respect de la politique du foyer visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligences pour une 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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

### **Justification et résumé**

Un RIC a été remis au directeur ou à la directrice, alléguant que la personne résidente avait été frappée par un membre du personnel infirmier.

Un examen du dossier électronique de la personne résidente a montré que celle-ci avait informé un visiteur qu'elle avait été frappée par un membre du personnel infirmier et que le visiteur avait demandé à remplir un formulaire de plainte. Après le départ du visiteur, le personnel a ouvert l'enquête et a conclu que l'allégation n'était pas fondée.

Conformément à la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes, tout employé ayant connaissance d'une allégation de mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente devait immédiatement signaler le problème à son supérieur hiérarchique ou au superviseur le plus ancien en poste à ce moment-là.

Lors de l'entretien, le membre du personnel autorisé en question comprenait que toute allégation de mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente devait être immédiatement signalée au directeur adjoint ou à la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI), mais il a déclaré qu'il n'y avait aucune preuve de l'existence d'un tel mauvais traitement. Le membre du personnel n'a donc pas signalé l'affaire à son supérieur.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) intérimaire a affirmé que le membre du personnel autorisé était censé informer immédiatement son supérieur hiérarchique dès qu'il avait connaissance d'une allégation.

Il y avait un risque de préjudice pour la personne résidente, car l'allégation pouvait avoir des conséquences sur sa qualité de vie et retarder la mise en œuvre de mesures appropriées par le foyer.

**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources** : dossier électronique de la personne résidente, politique du foyer sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes, et entretiens avec le personnel autorisé et le ou la DSI intérimaire.

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

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 : 28 (1) 2 de la *LRSLD (2021)*.**

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 le directeur ou la directrice soit immédiatement informé(e) lorsqu'il y a eu soupçon que la personne résidente était négligée par le personnel.

### **Justification et résumé**

Un RIC a été remis au directeur ou à la directrice, alléguant que le personnel infirmier avait négligé de prodiguer des soins personnels à une personne résidente.

Selon les notes d'enquête interne du foyer, la personne résidente a été trouvée souillée de substances corporelles au cours d'un après-midi. L'affaire a été signalée au ou à la DASI du soir le même jour. Toutefois, le directeur ou la directrice n'a été avisé(e) de l'allégation que quelques semaines plus tard, lorsque le ou la DASI du soir a repris le travail après son congé.

**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Lorsqu'il ou elle a été interrogé(e), le ou la DASI de jour a affirmé que le ou la DASI du soir aurait dû communiquer immédiatement avec la directrice ou le directeur après avoir pris connaissance de l'allégation.

Il y avait un risque de préjudice pour la personne résidente, car le foyer n'a peut-être pas mis en œuvre les mesures d'intervention de soins les plus appropriées pour mieux soutenir la personne résidente et ses soins.

**Sources** : notes d'enquête interne du foyer et entretien du personnel avec la ou le DASI de jour.

## **AVIS ÉCRIT : Formation**

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 : 82 (4) de la LRSLD (2021).**

Formation

Par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux membres du personnel de soins directs qui avaient reçu une formation en vertu du paragraphe (2) suivent chaque année un recyclage dans les domaines visés à ce paragraphe, en particulier la facilitation des selles et les soins liés à l'incontinence.

### **Justification et résumé**

Un RIC a été remis au directeur ou à la directrice, alléguant que le personnel infirmier avait négligé de prodiguer des soins personnels à une personne résidente.

Un examen des dossiers de formation de 2023 a montré que deux membres du personnel de soins directs n'avaient pas suivi la formation sur la facilitation des selles et les soins liés à l'incontinence avant 2024.

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-Est  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un examen plus approfondi des dossiers d'employés a révélé que les deux employés avaient effectué plusieurs quarts de travail en décembre 2023.

Interrogé(e), le ou la DASI a confirmé que les deux employés auraient dû suivre la formation dont il est question avant décembre 2023.

Il y a eu un risque et des conséquences pour les personnes résidentes, car le personnel de soins directs a pu ne pas leur avoir fourni les soins liés à l'incontinence et à la facilitation des selles conformément au matériel de formation de 2023.

**Sources** : registres de formation de 2023, dossiers d'employés et entretien avec le ou la DASI.

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

Problème de conformité n° 005 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la *LRSLD (2021)*

**Non-respect de la disposition : 56 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**  
Facilitation des selles et les soins liés à l'incontinence.

Par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit : c) chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoit du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui n'était pas en mesure d'aller seule aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoive du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence.

### **Justification et résumé**

Un RIC a été remis au directeur ou à la directrice, alléguant que le personnel infirmier avait négligé de prodiguer des soins personnels à une 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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un examen du programme de soins électronique de la personne résidente a montré que celle-ci avait besoin de l'aide du personnel pour aller aux toilettes en raison de son état de santé. En outre, le personnel devait vérifier toutes les deux heures si la personne résidente avait besoin d'aller aux toilettes.

D'après les notes d'enquête du foyer, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) devait s'occuper de la personne résidente pendant son quart de travail. Des soins liés à l'incontinence ont été prodigués à la personne résidente avant l'heure du dîner, mais aucun soin ni aucune vérification de l'incontinence n'a été réalisé entre le dîner et la fin du quart de travail. Les soins liés à l'incontinence n'ont été prodigués à la personne résidente qu'au début du quart de travail suivant.

Interrogée, la PSSP a déclaré qu'elle avait oublié de s'occuper de la personne résidente après le dîner, car le personnel s'occupait d'autres personnes résidentes dont il avait la charge. Le ou la DASI a affirmé que le personnel infirmier était tenu de vérifier toutes les deux heures si la personne résidente avait besoin d'aller aux toilettes, conformément à son programme de soins électronique.

Il y a eu un risque et des conséquences pour la personne résidente puisqu'elle n'a pas reçu les soins liés à l'incontinence nécessaires, ce qui a pu nuire à sa qualité de vie.

**Sources** : dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer et entretiens avec la PSSP et la ou le DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

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** : 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.  
Système de gestion des médicaments  
par. 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et

**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier suive les politiques et protocoles écrits pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer l'administration adéquate de tous les médicaments utilisés au foyer.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de gestion des médicaments soit respecté. Plus précisément, un membre du personnel infirmier n'a pas respecté la politique relative aux médicaments de niveau d'alerte élevé en omettant de faire une double vérification indépendante des tâches avant d'administrer un médicament de niveau d'alerte élevée.

#### **Justification et résumé**

Un RIC concernant un incident médicamenteux à l'égard d'une personne résidente a été soumis par le FSLD. Le MSLD a reçu une plainte concernant le même incident.

Il y a eu incident concernant une personne résidente et un médicament de niveau d'alerte élevé. La politique du FSLD concernant les médicaments de niveau d'alerte élevé exige une double vérification indépendante par deux membres du personnel infirmier. Chaque infirmière et infirmier doit s'assurer que toutes les étapes sont suivies pour préparer les médicaments en toute sécurité, y compris les huit éléments suivants : la personne résidente, le médicament, la dose, le moment, la voie d'administration, la raison, la réaction et la documentation. En outre, premier membre du personnel infirmier ne doit pas communiquer ses attentes au second.

Un membre du personnel infirmier a préparé le médicament de niveau d'alerte élevé pour une personne résidente et a demandé à un deuxième

**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

membre du personnel infirmier de procéder à une seconde vérification, notamment de vérifier la dose sans préciser la personne résidente concernée. La personne effectuant la deuxième vérification s'est rendu compte par la suite que le médicament avait déjà été administré par le personnel infirmier de l'équipe précédente, ce qui fait que la personne résidente a reçu deux doses.

Plusieurs membres du personnel, y compris le ou la DASI et le ou la DSI intérimaire, ont confirmé qu'une deuxième vérification indépendante par deux membres du personnel infirmier est nécessaire pour les médicaments de niveau d'alerte élevé. Le ou la DASI a reconnu que le personnel n'avait pas effectué une seconde vérification indépendante requise pour la personne résidente.

Le fait que le personnel infirmier n'ait pas procédé à une seconde vérification indépendante lors de l'administration d'un médicament de niveau d'alerte élevé a exposé la personne résidente à un risque de surdose

**Sources** : dossier clinique de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du foyer en matière de gestion des médicaments, entretiens avec le personnel infirmier et d'autres personnes.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier suive les politiques et protocoles écrits pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer l'administration adéquate de tous les médicaments utilisés dans le foyer.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de gestion des médicaments soit respecté. Plus précisément, le personnel infirmier n'a pas suivi la politique de gestion des médicaments pour s'assurer que la documentation a été remplie après la distribution des médicaments.

**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

### **Justification et résumé**

Un RIC concernant un incident médicamenteux à l'égard d'une personne résidente a été soumis par le FSLD. Le MSLD a reçu une plainte concernant le même incident.

Il y a eu incident médicamenteux concernant une personne résidente et un médicament de niveau d'alerte élevé. La politique du foyer en matière de gestion des médicaments exige que le personnel infirmier s'assure que toutes les personnes résidentes ont reçu leurs médicaments et que la documentation a été remplie à la fin de la distribution des médicaments. Le membre du personnel infirmier a administré un médicament à une personne résidente à la fin de son service, mais n'a pas rempli la documentation. L'ordonnance de médicament est restée comme n'ayant pas été administrée. Un autre membre du personnel infirmier a administré la même ordonnance de médicament à la personne résidente environ une heure plus tard.

Le membre du personnel infirmier ne se souvenait pas s'il avait signé les documents après l'administration, mais il a reconnu qu'il s'agissait d'une exigence de l'administration des médicaments. Le membre du personnel infirmier a indiqué qu'il avait donné à une personne résidente la deuxième dose de médicament parce que la documentation n'était pas remplie.

La personne résidente était exposée à un risque de surdose, car le personnel infirmier n'avait pas documenté l'administration du médicament.

**Sources** : dossier clinique d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, politique du foyer en matière de médicaments de niveau d'alerte élevé, entretiens avec le personnel infirmier, le ou la DASI et d'autres personnes.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier suive les politiques et protocoles écrits pour le système 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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

gestion des médicaments afin d'assurer l'entreposage et l'administration adéquate de tous les médicaments utilisés dans le foyer.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de gestion des médicaments soit respecté. Plus précisément, le personnel infirmier n'a pas suivi la politique de gestion de l'insuline, des narcotiques et des médicaments contrôlés pour s'assurer que le décompte des médicaments est effectué par le personnel infirmier entrant et sortant.

#### **Justification et résumé**

Un RIC concernant un incident médicamenteux à l'égard d'une personne résidente a été soumis par le FSLD. Le MSLD a reçu une plainte concernant le même incident.

Il y a eu incident médicamenteux concernant une personne résidente et un médicament contrôlé. La politique du foyer de soins de longue durée en matière de comptage des médicaments contrôlés exige que deux membres du personnel infirmier, l'un de l'équipe sortante et l'autre de l'équipe entrante, procèdent au comptage et signent la feuille de comptage à chaque changement d'équipe. Le membre du personnel infirmier entrant a admis qu'il ne comptait pas les médicaments contrôlés avec le personnel infirmier sortant. Le membre du personnel infirmier a indiqué qu'il comptait les médicaments contrôlés de manière indépendante. Le membre du personnel infirmier a indiqué que le compte des médicaments était correct, mais il n'a pas vu que le membre du personnel infirmier précédent avait administré les médicaments d'une personne résidente juste avant le changement d'équipe. Une heure plus tard, le membre du personnel infirmier a administré la même dose de médicament à la personne résidente, ce qui a entraîné une erreur de médication.

Le membre du personnel infirmier connaissait la politique du foyer de soins de longue durée en matière de comptage des médicaments contrôlés

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-Est  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

et a confirmé qu'il n'était pas acceptable qu'un seul membre du personnel infirmier compte les médicaments contrôlés. La ou le DASI a reconnu que le personnel n'avait pas effectué correctement le comptage des médicaments contrôlés, ce qui a pu contribuer à l'erreur de médication.

La personne résidente était exposée à un risque de surdose, car le personnel infirmier n'a pas compté les médicaments contrôlés ensemble conformément à la politique du foyer de soins de longue durée.

**Sources** : dossier clinique d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du foyer en matière de gestion de l'insuline, des narcotiques et des médicaments contrôlés, entretiens avec le personnel infirmier, le ou la DASI et d'autres personnes.

## **AVIS ÉCRIT : Régimes médicamenteux des résidents**

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 : 146 b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Régimes médicamenteux des résidents

Art. 146. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des mesures appropriées sont prises à la suite de tout incident lié à un médicament mettant en cause un résident et de toute réaction indésirable à un médicament ou à un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures appropriées soient prises à la suite d'un incident lié aux médicaments d'une 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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

### **Justification et résumé**

Un RIC concernant un incident médicamenteux à l'égard d'une personne résidente a été soumis par le FSLD. Le MSLD a reçu une plainte concernant le même incident.

La personne résidente devait recevoir un médicament dans le cadre de son plan de traitement. Le membre du personnel infirmier a administré le médicament à la fin de son quart de travail, mais n'a pas consigné le fait que la personne résidente avait reçu le médicament. Un autre membre du personnel infirmier a administré la même dose de médicament à la personne résidente environ une heure plus tard.

L'erreur a été relevée par un membre du personnel infirmier immédiatement après l'administration de la deuxième dose du médicament. Un membre du personnel infirmier et le ou la DASI ont demandé au membre du personnel infirmier d'évaluer et de surveiller la personne résidente et d'appeler le médecin et la famille. Le membre du personnel infirmier a indiqué qu'il avait évalué la personne résidente et appelé le médecin et la famille. Cela s'est produit environ une heure et demie après la découverte de l'incident médicamenteux. Plus tard dans la journée, le membre du personnel infirmier a indiqué qu'il avait réévalué la personne résidente.

Le ou la DASI a indiqué que le personnel est censé évaluer immédiatement la personne résidente et communiquer avec le médecin en cas d'incident médicamenteux. Le membre du personnel infirmier a admis qu'il n'avait pas surveillé la personne résidente après l'incident lié aux médicaments et qu'il avait falsifié des documents indiquant qu'il l'avait fait.

Le bien-être de la personne résidente a été compromis lorsque le personnel infirmier a omis de prendre les mesures nécessaires après un incident médicamenteux.

**Sources** : dossier clinique d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, politique du foyer en matière

**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

d'incident médicamenteux et de signalement, entretiens avec le personnel infirmier et le ou la DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Construction et rénovation de foyers**

Problème de conformité n° 008 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de la disposition : 356 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Construction et rénovation de foyers

par. 356 (5) Le titulaire de permis qui a obtenu l'approbation du directeur visée au paragraphe (3) veille à ce que les travaux soient effectués conformément aux plans ou aux devis et au plan de travail fournis en application du paragraphe (4).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'approbation du directeur ou de la directrice en vertu du paragraphe (3) veille à ce que les travaux soient effectués conformément aux plans ou aux devis et au plan de travail fournis en application du paragraphe (4).

### **Justification et résumé**

Une plainte a été déposée auprès du directeur ou de la directrice, alléguant des problèmes liés à la prévention et au contrôle des infections (PCI) et aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes, affectées par le projet d'installation de gicleurs au foyer.

Selon le plan d'activités soumis, un système de gicleurs devait être installé dans le bâtiment qui compte deux étages où sont prodigués des soins de longue durée (SLD). Chaque étage de SLD comprend deux zones de résidence reliées par un couloir. Le plan prévoyait également que les gicleurs automatiques seraient installés couloir par couloir et que seules 24 personnes résidentes environ seraient déplacées au rez-de-chaussée pendant les travaux réalisés dans leur chambre et dans le couloir. En outre, la construction devait être déplacée dans une unité non touchée par une éclosion de maladie si une éclosion survenait dans la zone de travaux prévue.



**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-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Au début de l'inspection sur place, le troisième étage était en proie à une éclosion de maladie infectieuse.

Un examen des communications électroniques du foyer a permis de constater que le calendrier avait été révisé pour l'installation des gicleurs, indiquant que les travaux devaient commencer dans les résidences et le couloir du deuxième étage au début du mois de septembre, alors que la date de début des travaux du troisième étage avait été reportée à la mi-octobre.

Une visite du deuxième étage a été effectuée pendant les heures de bureau et toutes les personnes résidentes avaient déjà déménagé au rez-de-chaussée à ce moment-là. En outre, plus de 100 lits de personnes résidentes se trouvaient au rez-de-chaussée au moment de l'observation.

Selon le directeur général ou la directrice générale du foyer, le calendrier d'installation des gicleurs a été modifié, car le troisième étage était touché par une éclosion et les travaux devaient commencer au deuxième étage afin de respecter les échéanciers du projet.

Puisque les travaux n'ont pas été réalisés conformément au plan, les résidents du deuxième étage courraient le risque d'être exposés à des maladies infectieuses et de voir leur qualité de vie affectée.

**Sources** : communication électronique du foyer, plan d'activités et calendrier du projet, observations et entretien avec le ou la DG.