

de longue durée

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Bay, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public initial

**Date de publication du rapport :** 4 septembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1485-0003

**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Belmont House

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Belmont House, Toronto

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 14-16, 20-22 août 2024

Le rapport suivant a fait l'objet d'une inspection de suivi :

- Rapport : n° 00117625 – Prévention et contrôle des infections (PCI)

Les rapports suivants ont été examinés dans le cadre de l'inspection de l'incident critique (IC) :

- Rapport : 00107596 [IC : 2985-000001-24] - lié à une éclosion de maladie
- Rapports : n° 00119805 [IC : 2985-000004-24] et n° 00120395 [IC : 2985-000005-24] - liés à une blessure de cause inconnue

## Ordres de conformité émis précédemment

Les ordres de conformité suivants qui ont été émis précédemment ont été jugés conformes :

L'ordre n° 001 suite à l'inspection n° 2024-1485-0002 conformément à l'al. 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été appliqués pendant l'inspection :

de longue durée

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Bay, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Soins aux résidents et services de soutien  
Prévention et contrôle des infections

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

**Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-al. 55 (2) b) (i)**

Soins de la peau et des plaies

Par. 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 :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit réévaluée au moins une fois par semaine lorsque cette personne présentait une altération de l'intégrité épidermique.

#### Justification et résumé

L'intégrité épidermique d'une personne résidente a été altérée par l'utilisation d'un appareil. L'intégrité épidermique altérée de la personne résidente n'a pas été évaluée à une date spécifiée. De plus, les évaluations effectuées avant et après la date spécifiée indiquaient que l'intégrité épidermique altérée s'était étendue.

Un superviseur en soins infirmiers a indiqué que le personnel devait effectuer une évaluation des plaies au moins une fois par semaine et qu'un rappel au personnel pour effectuer l'évaluation était prévu dans le Registre d'administration du traitement (RAT). Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé qu'elle avait

de longue durée

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Bay, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

signé le rappel hebdomadaire prévu pour la personne résidente dans le RAT à la date précisée, mais a constaté que le besoin d'évaluation avait été manqué.

Le fait de ne pas réévaluer la personne résidente au moins une fois par semaine lorsque cette personne présentait une altération de l'intégrité épidermique augmentait le risque que le personnel ne soit pas en mesure de suivre les progrès et de déterminer si d'autres interventions étaient nécessaires.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente; entrevues avec une IAA et un superviseur des soins infirmiers.

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

Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

### **Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2)**

Administration des médicaments

Par. 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 le médicament prévu ait été administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

### **Justification et résumé**

Une IAA a reçu du médecin une ordonnance pour qu'un médicament soit administré à une heure et à des dates précises en raison de l'état d'une personne résidente. L'ordonnance a été entrée dans le Registre d'administration des médicaments (RAM) tout en prévoyant l'administration du médicament à une heure et à une date différentes de celles de l'ordonnance du médecin. Le lendemain, l'IAA a corrigé l'ordonnance figurant dans la RAM pour que l'administration du médicament se fasse à l'heure et aux dates correctes qui figuraient dans l'ordonnance du médecin. Toutefois, un examen du RAM de la personne résidente a révélé que deux doses

*de longue durée*

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

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

5700, rue Bay, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

n'avaient pas été administrées, car au moment de la transcription initiale de l'ordonnance, le moment de l'administration entré était incorrect.

Une IAA a confirmé que deux doses avaient été omises, car initialement, l'ordonnance n'était pas accompagnée du rappel indiquant l'heure d'administration du médicament. Le directeur des soins (DDC) a reconnu que le médicament n'avait pas été administré à la personne résidente conformément aux directives en raison de l'erreur de transcription.

L'erreur de transcription au moment de la saisie de l'ordonnance du médecin dans la RAM du résident a entraîné l'omission de l'administration de deux doses prévues.

**Sources :** Dossiers cliniques d'un résident; entrevues avec une IAA et un DSI.