



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection des FSLD**

Ottawa Service Area Office 347 Bureau régional de services d'Ottawa
Preston St., Suite 420 347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4 OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone : 613 569-5602 Téléphone : 613 569-5602
Facsimile : 613 569-9670 Télécopieur : 613 569-9670

Public Copy/Copie du public

Report Date(s)	Inspection No	Log #	Type of Inspection
Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Genre d'inspection
14 septembre 2017	2017_597655_0013	013378-17	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Licensee/Titulaire de permis

Chartwell Master Care LP
100, rue Milverton, bureau 700, MISSISSAUGA ON L5R 4H1

Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée

Établissement de soins de longue durée Chartwell Lancaster
105, CHEMIN MILITARY NORD, C.P. 429, LANCASTER ON K0C 1N0

Noms des inspectrices

MICHELLE EDWARDS (655), MEGAN MACPHAIL (551)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection



Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 26 et 27 juillet 2017.

Les incidents critiques suivants ont été inspectés en même temps :

- Registre n° 006274-17 relativement à une allégation de négligence du personnel à l'égard d'une personne résidente;**
- Registre n° 009821-17, relativement à une chute.**

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membres de familles, membres du personnel des services de soutien à la personne (PSSP), infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), infirmières et infirmiers autorisés (IA), diététiste, conseillère/conseiller en soins infirmiers, et administratrice/administrateur.

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont également observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et des marches à suivre et de la documentation relative aux évaluations des systèmes de lit.

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

Services d'hébergement — entretien ménager

Dignité, choix et respect de la vie privée

Prévention des chutes

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Soins alimentaires et hydratation

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Conseil des résidents

Foyer sûr et sécuritaire

Soins de la peau et des plaies

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

8 AE

4 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA



NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE	— Avis écrit
PRV	— Plan de redressement volontaire
OC	— Ordre de conformité
RD	— Renvoi de la question au directeur
OTA	— Ordres, travaux et activités

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect de la disposition 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 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. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente 005, tel que le précise le programme.

La personne résidente 005 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de multiples diagnostics.

D'après son dossier médical, la personne résidente 005 nécessitait l'utilisation d'une aide pour changer de position. L'aide pour changer de position figurait dans le programme de soins de la personne résidente, qui comportait des instructions précises concernant son utilisation pour la personne résidente 005.

À une certaine date, on avait trouvé la personne résidente 005 sur le sol, et elle avait subi une blessure après une chute.



Dans une évaluation qui avait eu lieu le même jour, on mentionnait que l'aide pour changer de position n'avait pas été fournie à la personne résidente 005 au moment de l'incident, comme on le précisait dans son programme de soins.

Lors d'une entrevue, la/le PSSP 119 a indiqué à l'inspectrice 551 que le jour de la chute de la personne résidente 005, on l'avait laissée seule pendant que le personnel s'occupait de prodiguer des soins à une autre personne résidente. D'après la/le PSSP 119, l'aide pour changer de position n'avait pas été fournie à la personne résidente 005 comme le précisait le programme de soins quand le personnel avait laissé la personne résidente 005 à ce moment-là. La/le PSSP 119 n'était pas au courant, au moment de l'incident, que l'aide pour changer de position était une exigence en matière de sécurité pour la personne résidente 005.

Au moment de la chute de la personne résidente n° 005 à une certaine date, on l'avait laissée sans surveillance et sans une certaine aide pour changer de position, bien que l'aide fût spécifiée dans le programme de soins. [Paragraphe 6 (7)]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente 022, tel que le précise le programme.

Un rapport d'incident critique a été soumis à une certaine date au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, aux termes des paragraphes 107 (3) et (4) du Règl. de l'Ont. 79/10 (incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé).

La personne résidente 022 a été admise au foyer à une certaine date. D'après son dossier médical, elle nécessitait l'utilisation d'aides à la mobilité pour se déplacer. De plus, on avait déterminé qu'elle présentait un risque de faire des chutes.

Plusieurs interventions relativement à la prévention des chutes et à la sécurité figuraient dans le programme de soins de la personne résidente.

À une certaine date, on avait trouvé la personne résidente 022 sur le sol, et elle avait subi une blessure après une chute.

Lors d'une entrevue, l'IA 118 a indiqué à l'inspectrice 551 avoir évalué la personne résidente après la chute à la date indiquée. D'après l'IA, une des interventions figurant dans le programme de soins de la personne résidente relativement à la prévention des chutes et à la sécurité, n'avait pas été mise en place quand la personne résidente 022 avait fait la chute à la date indiquée.



Quand la personne résidente 022 avait fait une chute à une date indiquée, une certaine intervention n'était pas en place comme le précisait son programme de soins.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins des personnes résidentes 005 et 022 leur soient fournis, tel que le précise le programme. [Paragraphe 6 (7)]

Autres mesures requises :

PRV — Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les soins prévus dans le programme de soins des personnes résidentes 005 et 022 leur soient fournis tel que le précise le programme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 du Règl. de l'Ont. 79/10. Côtés de lit

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 15. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes :

- a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**
- b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**
- c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, le système de lit de la personne résidente fût évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente.



Le 21 août 2012, la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié un avis à l'intention des administratrices et administrateurs de foyers de soins de longue durée mentionnant un document produit par Santé Canada (SC) et intitulé « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques, 2008 » (ligne directrice de SC). Dans l'avis, on mentionne que cette ligne directrice de SC devrait servir de « document présentant des pratiques exemplaires ».

La ligne directrice de SC définit, lorsque des côtés de lit sont utilisés, les parties du corps présentant un risque de piégeage pouvant avoir des conséquences mortelles (tête, cou, thorax). Ce document identifie l'emplacement des ouvertures des lits d'hôpital qui présentent un risque potentiel de piégeage (zones 1 à 7), recommande des limites pour les dimensions de certaines zones de piégeage potentielles (zones 1 à 4), et prescrit des outils de test (cône et cylindre) et des méthodes pour mesurer et évaluer les espaces de certaines des zones qui présentent un risque potentiel de piégeage (zones 1 à 4).

On reconnaît dans la ligne directrice de SC que les dimensions des lits installés peuvent changer au fil du temps en raison de l'usure ou du remplacement de leurs composantes. On indique de plus que les établissements devraient veiller à ce que les côtés de lit et autres composantes soient entretenus et remplacés au besoin; et qu'après un tel changement, les nouveaux systèmes de lit qui en résultent continuent d'être conformes aux recommandations de SC.

Selon la ligne directrice de SC, un système de lit peut nécessiter une réévaluation lorsqu'il y a lieu de croire qu'une composante du système de lit est usée (par exemple, les rails sont branlants ou lâches). Comme on l'indique dans la ligne directrice de SC, un déplacement latéral ou un degré de jeu attribuable à un côté de lit desserré peut agrandir l'espace des zones présentant un risque potentiel de piégeage : zones 2 (sous le côté de lit, entre les montants), 3 (entre le côté de lit et le matelas), et 4 (sous le côté de lit et aux extrémités du côté de lit).

On recommande également dans la ligne directrice de SC lorsqu'une composante de système de lit est modifiée ou remplacée (par exemple, nouveaux côtés de lit ou matelas), d'évaluer le nouveau système de lit qui en résulte, conformément aux pratiques couramment admises qui sont décrites dans la ligne directrice de SC.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a observé le système de lit de la personne résidente 012. À ce moment-là, on remarquait que deux côtés de lit de $\frac{1}{4}$ de longueur étaient en position élevée. On remarquait que le côté de lit gauche était desserré à partir du pied du lit. En même temps, on remarquait que le côté de lit droit penchait vers l'extérieur hors du système de lit. Le même jour et pendant la durée de l'inspection, on a remarqué que six autres systèmes de lit avaient des côtés de lit desserrés; il s'agissait notamment des systèmes de lit des personnes résidentes 011, 014, 010, 019, 007 et 009.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a informé l'administratrice/l'administrateur de l'inquiétude suscitée par la prévalence des côtés de lit desserrés que l'on avait remarquée dans le foyer. En réaction, l'administratrice/l'administrateur a effectué une vérification.

En effectuant la vérification, l'administratrice/l'administrateur a observé la totalité des systèmes de lit du foyer et repéré ceux qui avaient un ou plusieurs côtés de lit desserrés. L'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que les résultats de la vérification avaient été fournis au personnel d'entretien aux fins de vérification et de suivi. Une copie des résultats de la vérification des lits avait également été fournie à l'inspectrice 655.

Lors de l'examen du document de vérification des côtés de lit daté du 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué que l'administratrice/l'administrateur avait indiqué qu'un total de 30 systèmes de lit (sur 61), soit 49 % de la totalité d'entre eux, avaient un ou plusieurs côtés de lit desserrés au moment de l'inspection, notamment le système de lit de la personne résidente 012 pour lequel l'administratrice/l'administrateur a indiqué qu'il avait deux côtés de lit desserrés à ce moment-là.

Lors d'une entrevue le 20 juillet 2017, l'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 qu'à la suite de la vérification, des mesures correctrices avaient été prises pour remédier aux côtés de lit desserrés du système de lit de la personne résidente 012. Le côté de lit droit avait été resserré à partir du pied du lit, et le côté de lit gauche avait été enlevé et remplacé par un neuf.

L'inspectrice 655 a examiné le document intitulé « *Bed Entrapment Log - Master Bed-Mattress Audits* » (journal des incidents de piégeage – vérifications des lits et des matelas) (le journal) que la conseillère/le conseiller en soins infirmiers avait fourni à l'inspectrice le 18 juillet 2017.

D'après le journal, le système de lit de la personne résidente 012 avait été évalué pour la dernière fois il y avait plus d'un an pour détecter le risque de piégeage conformément aux méthodes décrites dans la ligne directrice de SC. À la suite du processus d'évaluation du système de lit (test de piégeage) qui avait eu lieu il y avait plus d'un an, le système de lit de la personne résidente 012 avait obtenu une note de passage, car les zones de piégeage potentielles avaient été jugées conformes aux limites dimensionnelles prescrites à ce moment-là (zones 1 à 4).

L'inspectrice 655 n'a pas pu localiser de document pour prouver que l'on avait contrôlé le système de lit afin de détecter des signes d'usure; ou pour prouver qu'il avait été réévalué à un moment quelconque depuis le test de piégeage qui avait eu lieu plus d'un an auparavant, lorsque les composantes du système de lit étaient usées (c'est-à-dire que les côtés de lit étaient desserrés). En outre, il n'y avait aucun document pour prouver que le nouveau système de lit qui en résultait avait été évalué conformément aux pratiques couramment admises qui sont décrites dans la ligne directrice de SC, après le remplacement du côté de lit gauche pendant l'inspection.



Lors d'une entrevue le 27 juillet 2017, l'administratrice/l'administrateur a été incapable de dire si le nouveau système de lit de la personne résidente 012 qui résultait des modifications avait été évalué conformément aux pratiques couramment admises qui sont décrites dans la ligne directrice de SC, après le remplacement du côté de lit gauche pendant l'inspection. L'administratrice/l'administrateur a également été incapable de localiser un document pour le prouver.

Pendant l'inspection on a également déterminé, grâce aux examens des dossiers et aux discussions avec l'administratrice/l'administrateur, que l'on avait aussi remplacé un côté de lit du système de lit de la personne résidente 003.

Selon le journal, le système de lit de la personne résidente 003 avait été évalué pour la dernière fois il y avait plus d'un an pour détecter le risque de piégeage conformément aux méthodes décrites dans la ligne directrice de SC. À la suite du processus d'évaluation du système de lit qui avait eu lieu il y a plus d'un an, le système de lit de la personne résidente 003 avait obtenu une note de passage, car les zones de piégeage potentielles avaient été jugées conformes aux limites dimensionnelles prescrites à ce moment-là (zones 1 à 4).

Selon le formulaire de demande d'entretien, l'un des côtés de lit du système de lit de la personne résidente 003 avait été enlevé et remplacé par un neuf à une certaine date, parce qu'il était desserré. L'inspectrice 655 a été incapable de trouver un document pour prouver que le nouveau système de lit qui en résultait avait été évalué conformément aux méthodes décrites dans la ligne directrice de SC.

L'inspectrice 655 a examiné la politique intitulée « Bed Systems » (systèmes de lit) (LTC-CA-ON-100-05-16, révisée pour la dernière fois en juillet 2016), que lui avait fournie l'administratrice/l'administrateur le 27 juillet 2017. Selon la politique de la ou du titulaire de permis intitulée « systèmes de lit », chaque système de lit du foyer doit être évalué conformément aux normes définies par Santé Canada. En outre, chaque système de lit doit être évalué chaque fois que l'on en change une composante — notamment quand on remplace un côté de lit. Dans la politique intitulée « systèmes de lit » on mentionne de plus que le personnel des services d'entretien ménager, lors de chaque nettoyage à fond, et les PSSP lors du changement du linge de lit, inspectent le matelas et les oreillers pour y déceler toute usure. Lors de l'examen de la politique, l'inspectrice 655 n'a pu identifier aucune exigence énoncée pour le contrôle de l'usure de toute autre composante des systèmes de lit, comme les côtés de lit.



Lors d'une entrevue le 27 juillet 2017, l'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 qu'il est prévu, lorsque toute composante d'un système de lit a été modifiée ou remplacée (notamment un côté de lit), que le nouveau système de lit qui en résulte soit évalué conformément aux pratiques couramment admises. En même temps, l'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que les systèmes de lit étaient aussi censés être réévalués pour détecter un risque de piégeage lorsqu'il y avait lieu de croire qu'une composante comme un côté de lit était usée (c'est-à-dire desserrée) et pouvait présenter un risque pour la personne résidente.

Lors de l'examen du journal, l'inspectrice 655 a également remarqué que quatre des six autres systèmes de lit (ceux des personnes résidentes 011, 014, 010 et 007) dont elle avait remarqué qu'ils avaient des côtés de lit desserrés, avaient également été évalués pour la dernière fois conformément aux pratiques couramment admises qui sont décrites dans la ligne directrice de SC il y avait plus d'un an. D'après un formulaire de demande d'entretien, un membre du personnel avait indiqué, plus de trois mois avant l'inspection, que le système de lit de la personne résidente 010 avait un côté de lit desserré.

De plus, il n'y avait aucune indication du fait que les systèmes de lit identifiés, à la suite de la vérification faite par l'administratrice/l'administrateur le 12 juillet 2017, comme ayant un ou plusieurs côtés de lit desserrés avaient été réévalués pendant les deux semaines entre les 12 et 27 juillet 2017. On a remarqué que l'outil de cône et de cylindre utilisé pour les essais des zones de piégeage était dans le foyer au moment de l'inspection.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, le système de lit de la personne résidente soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente. [Alinéa 15 (1) a)]

Autres mesures requises :

PRV — Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les systèmes de lit soient évalués conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, art. 15. Services d'hébergement

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 15. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel des personnes résidentes, y compris les côtés de lit et les systèmes de lit soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Les 12 et 13 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué que le ou les côtés de lit des systèmes de lit des personnes résidentes 011, 012, 014, 010, 019, 007 et 009, étaient desserrés – ou branlants, car le ou les côtés de lit bougeaient latéralement quand l'inspectrice les saisissait et les soumettait à une légère pression; et dans un cas, le côté de lit s'abaissait légèrement vers le sol. L'inspectrice a déterminé que les côtés de lit identifiés présentaient un risque potentiel pour les personnes résidentes si on les utilisait comme aide pour les transferts, ou un risque de piégeage lié à d'éventuels changements de dimensions associés à l'usure.

Le 13 juillet 2017, l'inspectrice 655 a également observé que le matelas et/ou le sommier du lit sur le système de lit de la personne résidente 003 avaient une surface inégale. Au même moment, la personne résidente 003 a décrit le système de lit comme étant inconfortable, et ayant une « bosse ». Lors de l'observation du système de lit, l'inspectrice a remarqué la « bosse » située mi-chemin entre le pied et le milieu du lit. La personne résidente 003 a en outre indiqué à l'inspectrice 655 que le pied du lit était toujours plus bas que le reste du lit, et que cela a été ainsi « tout le temps ». Elle a indiqué à l'inspectrice 655 que le problème avait été signalé récemment au membre du personnel qui assiste la personne résidente au lit le soir, et qu'on l'avait de nouveau signalé le 12 juillet 2017 à l'administratrice/l'administrateur. Il n'y avait aucune indication que l'on eût remédié au problème du matelas ou du sommier du système de lit de la personne résidente 003 ou qu'on les eût réparés pendant l'inspection qui a duré deux semaines.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a informé l'administratrice/l'administrateur de l'inquiétude suscitée par la prévalence des côtés de lit desserrés dans le foyer.

Lors d'une entrevue, la/le PSSP 110 a indiqué à l'inspectrice 655 que le personnel utilise un journal de bord pour documenter tout problème d'entretien identifié et pour en faire part au personnel du service d'entretien. Selon la/le PSSP 110, on utilise ce processus pour les problèmes identifiés qui concernent le matériel des personnes résidentes, notamment les systèmes de lit et les côtés de lit. La/le PSSP 110 a indiqué à l'inspectrice 655 que le personnel du service d'entretien est disponible au foyer cinq jours par semaine. La/le PSSP 110 a expliqué à l'inspectrice 655 que, lorsque la préposée ou le préposé au service d'entretien n'est pas au foyer, on ne répare généralement pas un problème d'entretien comme un côté de lit desserré avant le retour du membre du personnel du service d'entretien au foyer.

L'inspectrice 655 a examiné les « formulaires de demande d'entretien » 2017 figurant dans le journal d'entretien décrit par la/le PSSP 110. On remarquait que des sept systèmes de lit dont on avait déterminé pendant l'inspection qu'ils avaient un côté de lit desserré, deux avaient été signalés par écrit à un certain moment dans le journal du service d'entretien : il s'agissait des côtés de lit du système de lit des personnes résidentes 010 et 009. Selon le journal du service d'entretien, les côtés de lit de ces systèmes de lit avaient été réparés respectivement le 25 avril et le 4 juillet 2017. Selon le journal du service d'entretien d'alors, le côté de lit du système de lit de la personne résidente 009 avait été réparé huit jours seulement avant que l'inspectrice 655 remarque qu'il était desserré, le 12 juillet 2017. On n'a trouvé aucune documentation dans le journal du service d'entretien relativement à l'état des côtés de lit de tout autre système de lit dont on avait remarqué les côtés de lit desserrés; et il n'y avait pas non plus de documentation relative à l'état du système de lit de la personne résidente 003 tel que celle-ci l'a signalé à un membre du personnel.

Lors d'une entrevue avec l'administratrice/l'administrateur, l'inspectrice 655 a reçu une copie de la vérification des côtés de lit qui a été faite par l'administratrice/l'administrateur le 12 juillet 2017. La vérification a été effectuée en réaction à une préoccupation dont l'inspectrice 655 avait fait état auparavant (le 12 juillet 2017) à l'administratrice/l'administrateur concernant la prévalence des côtés de lit desserrés dans le foyer. En effectuant la vérification, l'administratrice/l'administrateur a observé la totalité des systèmes de lit du foyer et a identifié ceux qui avaient un ou plusieurs côtés de lit desserrés. L'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que les résultats de la vérification avaient été fournis au personnel du service d'entretien aux fins de vérification et de suivi.

Lors de l'examen des documents de la vérification, l'administratrice/l'administrateur a constaté que plusieurs systèmes de lit avaient un ou plusieurs côtés de lit en place qui étaient desserrés au moment de l'inspection, et notamment :

- le système de lit de la personne résidente 011 que l'administratrice/l'administrateur avait identifié comme ayant un côté de lit desserré;
- le système de lit de la personne résidente 012 que l'administratrice/l'administrateur avait identifié comme ayant deux côtés de lit desserrés;
- le système de lit de la personne résidente 014 que l'administratrice/l'administrateur avait identifié comme ayant un côté de lit desserré;
- le système de lit de la personne résidente 019 que l'administratrice/l'administrateur avait identifié

comme ayant un côté de lit desserré;

- le système de lit de la personne résidente 009 que l'administratrice/l'administrateur avait identifié comme ayant deux côtés de lit desserrés en place.

Lors de l'examen du document de la vérification des côtés de lit daté du 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué en outre que l'administratrice/l'administrateur avait identifié qu'un total de 30 systèmes de lit (sur 61), soit 49 % de la totalité des systèmes de lit avaient un ou plusieurs côtés de lit desserrés au moment de l'inspection.

Le 17 juillet, et de nouveau le 27 juillet 2017, l'inspectrice 655 avait observé les systèmes de lit des personnes résidentes 009 et 019. Lors de chaque observation, on remarquait que chaque système de lit avait toujours un côté de lit desserré, sans changement depuis les observations initiales de l'inspectrice.

Selon l'administratrice/l'administrateur, le personnel du service d'entretien n'avait pas pu serrer les côtés de lit de la personne résidente 019. L'administratrice/l'administrateur avait également noté que quatre autres systèmes de lit identifiés lors de la vérification des côtés de lit du 12 juillet 2017 comme ayant deux côtés de lit desserrés, avaient des côtés de lit que le personnel du service d'entretien ne pouvait pas serrer. L'inspectrice 655 a observé ces quatre systèmes de lit le 27 juillet 2017, et a alors remarqué que trois d'entre eux avaient toujours des côtés de lit desserrés.

On remarquait que chacun des systèmes de lit observés par l'inspectrice 655 avait une étiquette sur le côté de lit. Sur l'étiquette de chacun des côtés de lit, on indiquait qu'il s'agissait d'un type de côté de lit d'une marque ou d'un fabricant particuliers. Selon l'administratrice/l'administrateur, tous les côtés de lit utilisés dans le foyer étaient du même type et de la même marque.

L'inspectrice 655 a examiné le « guide d'installation » du type et de la marque de côté de lit identifiés (dans une section du manuel des lits du même fabricant) que l'administratrice/l'administrateur lui avait fourni. Selon ce document, le type de côté de lit devrait être sécuritaire une fois installé. Dans la ligne directrice de SC, on recommande d'effectuer une vérification annuelle d'entretien pour s'assurer que les côtés de lit s'enclenchent et se verrouillent correctement; afin que toute pièce desserrée ou présentant des signes d'usure soit serrée, ajustée ou remplacée.

Lors d'une entrevue, l'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que le service d'entretien est censé effectuer une « vérification d'entretien » pour toutes les chambres de personnes résidentes deux fois par an. Selon l'administratrice/l'administrateur et le modèle de vérification de l'entretien, la vérification d'entretien semestrielle devrait comprendre une inspection de tous les côtés de lit afin d'inspecter le serrement de chaque côté de lit, et pour veiller à ce que le côté de lit soit bien fixé au lit et se verrouille en place. Dans le cadre de la même vérification d'entretien, le service d'entretien est censé inspecter tous les lits deux fois par an pour s'assurer que chaque système de lit est fonctionnel et en bon état. L'administratrice/l'administrateur n'a pas été en mesure de déterminer quand la dernière vérification d'entretien avait eu lieu, ni de fournir à l'inspectrice 655 de la documentation qui permettrait de prouver que l'on avait effectué une vérification d'entretien.



Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel des personnes résidentes, y compris les côtés de lit utilisés par les personnes résidentes 009 et 019, et le système de lit de la personne résidente 003, soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. [Alinéa 15 (2) c)]

Autres mesures requises :

PRV — Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les systèmes de lit des personnes résidentes, y compris les côtés de lit soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 130 du Règl. de l'Ont. 79/10. Sécurité de la réserve de médicaments

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.
 2. Seuls ont accès à ces endroits :
 - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,
 - ii. l'administrateur du foyer.
 3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant.
- Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les endroits où sont entreposés des médicaments soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice 655 a observé l'IAA 101 administrer à la personne résidente 021 ses médicaments lors de la distribution des médicaments de midi. L'inspectrice 655 a accompagné l'IAA 101 dans la chambre de la personne résidente 021 pour observer l'administration des médicaments, et a ensuite accompagné l'IAA 101 pour continuer l'observation en revenant au chariot de médicaments. À ce moment-là, l'inspectrice 655 a remarqué que le chariot de médicaments – qui ne se verrouille pas automatiquement, mais qu'il faut verrouiller manuellement – était déjà déverrouillé. L'IAA 101 a été en mesure d'ouvrir les tiroirs du chariot de médicaments sans utiliser de

clé ou de carte d'accès. Quand l'IAA 101 administrait les médicaments à la personne résidente 021 dans sa chambre, le chariot de médicaments n'était pas dans son champ de vision. L'inspectrice 655 a remarqué que l'on n'avait pas laissé de médicaments sans surveillance sur le dessus du chariot de médicaments pendant la distribution de médicaments à la personne résidente 021.

Le 18 juillet 2017, l'inspectrice 655 a observé un chariot de médicaments du même type (qu'il faut verrouiller manuellement) que l'on avait laissé déverrouillé et sans surveillance au poste infirmier à 12 h 44. Plusieurs personnes résidentes étaient à cet endroit au moment de l'observation. À son retour au chariot de médicaments à 12 h 51, on remarquait que l'IAA 101 le verrouillait à ce moment-là. Le chariot de médicaments avait été laissé déverrouillé et sans surveillance au poste infirmier pendant environ six minutes. On remarquait que l'on n'avait pas laissé de médicaments sans surveillance sur le dessus du chariot de médicaments.

Le 26 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué un chariot de médicaments qu'on avait laissé déverrouillé et sans surveillance au poste infirmier entre 13 h 27 et 13 h 31, et de nouveau entre 14 h 22 et 14 h 25, pendant que le personnel autorisé faisait la distribution des médicaments. L'inspectrice 655 a été en mesure d'ouvrir les tiroirs du chariot de médicaments pendant la période d'observation, alors que celui-ci était hors du champ de vision du personnel infirmier autorisé. Cinq personnes résidentes étaient assises à cet endroit au moment des observations. On remarquait que l'on n'avait pas laissé de médicaments sans surveillance sur le dessus du chariot de médicaments dans les deux cas.

Au retour de l'IAA 109 au poste infirmier à la suite des observations susmentionnées du 26 juillet 2017, l'inspectrice 655 a posé des questions sur le chariot de médicaments déverrouillé. L'IAA 109 a indiqué à l'inspectrice 655 que les chariots de médicaments sont censés être verrouillés quand ils sont sans surveillance. On a remarqué que l'IAA 109 verrouillait le chariot de médicaments à ce moment-là.

À 16 h 45 le même jour, 26 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué de nouveau deux chariots de médicaments laissés déverrouillés et sans surveillance. L'un d'eux avait été laissé au poste infirmier, et le second dans le hall à côté de la chaufferie située près de la salle à manger.

Lors d'une entrevue, l'IA 117 a indiqué à l'inspectrice 655 avoir laissé le chariot de médicaments déverrouillé et sans surveillance en allant chercher un peu d'insuline.

Lors d'une entrevue le 27 juillet 2017, l'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que les chariots de médicaments sont censés être verrouillés quand ils ne sont pas dans le champ de vision du personnel infirmier autorisé.

En plus des observations susmentionnées, l'inspectrice 655 a remarqué que la porte de la salle de traitement était entrebâillée et déverrouillée le 12 juillet 2017. L'inspectrice 655 a été en mesure d'entrer dans la salle de traitement. À l'intérieur, il y avait un chariot de pansements déverrouillé. Dans le tiroir du bas du chariot de pansements déverrouillé, il y avait deux tubes d'onguents sur ordonnance appartenant à la personne résidente 024.

Lors d'une entrevue le 12 juillet 2017, IAA 109 a indiqué à l'inspectrice 655 que de la salle de traitement est censée être fermée et verrouillée quand elle n'est pas utilisée. Lors d'une entrevue le 27 juillet 2017, l'administratrice/l'administrateur a indiqué la même chose.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les endroits où sont entreposés des médicaments soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés. [Disposition 130. 1]

Autres mesures requises :

PRV — Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les endroits où sont entreposés des médicaments, y compris la salle de traitement et les chariots de médicaments, soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 9 du Règl. de l'Ont. 79/10. Portes.

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9. Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.



Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué que la porte de la salle des ressources ne se fermait pas au loquet quand elle était fermée, ce qui empêchait l'inspectrice de verrouiller la porte. La salle des ressources est une aire non résidentielle où l'on entrepose le matériel pour les soins infirmiers et les soins aux personnes résidentes. Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué que l'on y entreposait le chariot d'urgence du foyer. Il n'y avait pas de sonnette d'appel. Selon le membre du service d'entretien 115, la porte ne fermait pas complètement en raison d'une accumulation de peinture et de l'usure des surfaces de l'entrée de porte. Le matin du 27 juillet 2017, on a remarqué que la même porte était entrebâillée et déverrouillée. Au moment de l'observation, le 27 juillet 2017, la salle des ressources n'était pas utilisée et l'on n'avait pas remarqué que du personnel en assurait la surveillance.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué que la porte de la salle de traitement était entrebâillée et déverrouillée. La salle n'était pas utilisée par le personnel au moment de l'observation. L'inspectrice 655 a été en mesure d'entrer dans la salle de traitement. À l'intérieur, il y avait un chariot de pansements déverrouillé. Sur une étagère ouverte, il y avait un produit de nettoyage dans un bidon étiqueté « Preempt CS20 » avec un descripteur qui se lisait comme suit : « agent stérilisant et désinfectant radical pour appareils et instruments médicaux ». On ne remarquait aucune sonnette d'appel dans la salle de traitement.

Lors d'une entrevue le même jour, l'IAA 109 a indiqué à l'inspectrice 655 que la salle de traitement est censée être fermée et verrouillée quand elle n'est pas utilisée. On a ensuite remarqué que l'IAA 109 verrouillait la porte de la salle de traitement.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué que la porte de la salle d'entreposage du matériel et des fournitures pour les activités était fermée, mais déverrouillée. On n'y remarquait aucune sonnette d'appel. Peu après, un membre du personnel s'est approché et a informé l'inspectrice 655 qu'il/elle venait juste d'accéder à cette salle, et avait laissé la porte déverrouillée.

Le 26 juillet 2017, l'inspectrice 655 a remarqué que la porte de la salle du personnel était ouverte et déverrouillée. Au moment de l'observation, la salle du personnel n'était pas utilisée; et l'on n'avait pas remarqué que le personnel en assurait la surveillance. L'inspectrice 655 a été en mesure d'entrer dans la salle du personnel. Elle se composait de trois pièces : une cuisinette, une salle de bains et un coin salon. On ne remarquait pas de sonnette d'appel dans la cuisinette, ni dans le coin salon. L'inspectrice 655 a fermé la porte de la salle du personnel en sortant, en enclenchant le mécanisme de verrouillage.

Lors d'une entrevue le 27 juillet 2017, l'administratrice/l'administrateur a indiqué que la salle des ressources, la salle de traitement, la salle d'entreposage du matériel et des fournitures pour les activités et la salle du personnel étaient des aires non résidentielles. L'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que les portes de la salle de traitement et de la salle d'entreposage du matériel et des fournitures pour les activités et de la salle du personnel étaient censées être fermées et verrouillées quand on ne les utilisait pas. L'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que, bien que la salle des ressources soit destinée à être utilisée par le personnel, elle n'est généralement pas verrouillée. Lors de la même entrevue, l'administratrice/l'administrateur a confirmé qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la salle des ressources.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

[Disposition 9 (1) 2]

**AE n° 6 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 17 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Système de communication bilatérale**

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit disponible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes.

Le 12 juillet 2017, on a remarqué que la porte de la salle de soutien en cas de troubles du comportement était ouverte et déverrouillée. L'inspectrice 655 a été en mesure d'y entrer, et a été incapable de localiser une sonnette d'appel à l'intérieur. Le 26 juillet, et de nouveau le 27 juillet 2017, on a remarqué que la même porte de la salle de soutien en cas de troubles du comportement était ouverte et déverrouillée. Lors de chaque observation, cette salle n'était pas utilisée ni surveillée par du personnel.

Lors d'une entrevue le 27 juillet 2017, la/le PSSP 114 a indiqué à l'inspectrice 655 qu'on laissait de temps en temps des personnes résidentes sans surveillance dans la salle de soutien en cas de troubles du comportement. La/le PSSP 114 a expliqué à l'inspectrice 655 que les personnes résidentes qui manifestent certains comportements sont amenées dans la salle de soutien en cas de troubles du comportement où on leur propose une distraction, ou bien la personne résidente participera à une activité comme écouter de la musique.

Lors d'une entrevue le même jour, la/le PSSP 110 a également indiqué à l'inspectrice 655 que la salle de soutien en cas de troubles du comportement est utilisée par des personnes résidentes que l'on ne surveille pas nécessairement. La/le PSSP 110 a expliqué à l'inspectrice 655 que quand un membre du personnel de soutien en cas de troubles du comportement est présent au foyer, on laisse régulièrement ouverte et déverrouillée la porte de la salle de soutien en cas de troubles du comportement. La/le PSSP 110 a été incapable de localiser une sonnette d'appel dans la salle de soutien en cas de troubles de comportement.

Lors d'une entrevue, le 27 juillet 2017, l'administratrice/administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que la salle de soutien en cas de troubles du comportement était destinée à être utilisée par les personnes résidentes. Après observation de la salle de soutien en cas de troubles du comportement, l'administratrice/l'administrateur a confirmé qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans cette salle. Selon l'administratrice/l'administrateur, en l'absence d'un système d'appel, il y a une clochette en argent à la disposition des personnes résidentes qui pourraient avoir besoin d'assistance lors de l'utilisation de la salle de soutien en cas de troubles du comportement.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit disponible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes. [Alinéa 7 (1) e)]

AE n° 7 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 69 du Règl. de l'Ont. 79/10. Changements de poids.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

- 1. Un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois.**
- 2. Un changement d'au moins 7,5 pour cent du poids corporel survenu sur trois mois.**
- 3. Un changement d'au moins 10 pour cent du poids corporel survenu sur six mois.**
- 4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'un résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 69.**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes dont le poids a subi les changements suivants fussent évaluées en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures fussent prises et les résultats évalués :

1. Un changement d'au moins cinq (5) pour cent (%) du poids corporel survenu sur un (1) mois.
2. Un changement d'au moins sept et demi (7,5) pour cent (%) du poids corporel survenu sur trois (3) mois.
3. Un changement d'au moins dix (10) pour cent (%) du poids corporel survenu sur six (6) mois.
4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'une personne résidente.

La personne résidente 018 a résidé au foyer pendant une durée déterminée. Elle a fait l'objet de diagnostics multiples, dont un certain état pathologique.

À une certaine date, la/le diététiste agréé a donné une consultation en raison d'une perte de poids non planifiée qui a eu lieu sur une année. Une certaine intervention avait été mise en œuvre.

Après la mise en œuvre de cette intervention, le poids de la personne résidente 018 a continué de diminuer de mois en mois. Son poids a diminué de certaines quantités, de mois en mois sur une période de cinq mois.

Après la mise en place de l'intervention susmentionnée au moment de la consultation susmentionnée de la/du diététiste agréé, aucune autre mesure n'a été prise et l'on n'a pas évalué les résultats en dépit de la perte de poids qui s'est poursuivie jusqu'à quatre mois après l'intervention. Quatre mois plus tard, la/le diététiste du foyer a mis fin à l'intervention qui avait été mise en œuvre au moment de sa première consultation, et a mis en œuvre une nouvelle intervention.

Pendant la période de perte de poids de la personne résidente 018, les consultations de diététiste demandées par les membres du personnel autorisé lors de trois autres dates spécifiées en raison de la perte de poids de la personne résidente 018 et de son ingestion sous-optimale n'ont pas eu lieu.

Lors d'une entrevue, la/le diététiste agréé actuel a confirmé à l'inspectrice 551 que, sur une période de quatre mois aucune mesure n'avait été prise, ni aucun résultat évalué en dépit de la perte de poids continue de la personne résidente 018. [Dispositions 69. 1, 69. 2, 69. 3, 69. 4]

AE n° 8 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 135 du Règl. de l'Ont. 79/10. Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 135. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient :

- a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1)**
- b) d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).**

Par. 135. (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments sont documentés, examinés et analysés; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**
- b) les mesures correctrices nécessaires sont prises; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**
- c) est consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**

Par. 135. (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) un examen trimestriel est entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**



**b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen sont mises en œuvre;
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**

**c) est consigné dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a) et b). Règl. de
l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente soit documenté, et à ce que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente soient également consignées dans un dossier.

Au cours de l'inspection, on a déterminé lors de discussions avec la conseillère/le conseiller en soins infirmiers 112 et l'administratrice/l'administrateur qu'aucun incident lié à des médicaments ne s'était produit au cours du trimestre complet le plus récent, entre avril et juin 2017, et qu'un incident lié à des médicaments avait eu lieu au cours d'un certain mois antérieur au trimestre complet le plus récent.

Lors de l'inspection, l'administratrice/l'administrateur a remis à l'inspectrice 655 une copie d'un rapport d'incident lié à des médicaments pour l'incident qui a eu lieu à une certaine date avant le trimestre complet le plus récent. L'incident a eu lieu à une certaine date, et a été découvert par la suite un jour plus tard. Il mettait en cause la personne résidente 024 et était décrit dans le rapport comme une erreur d'omission. D'après le rapport, l'IA 118 et une ou un collègue avaient découvert qu'un certain médicament était resté dans le conditionnement en chapelet de la personne résidente 024 datant de la veille. La documentation figurant dans le dossier électronique d'administration des médicaments du même jour indiquait que le médicament spécifié avait été administré à la personne résidente 024, bien qu'il ne l'eût pas été.

Lors d'une entrevue, l'IA 118 a indiqué à l'inspectrice 655 qu'à la date précisée, la personne résidente 024 n'avait pas pris une dose d'un certain médicament par suite d'une erreur. En même temps, l'inspectrice 655 a examiné, avec l'IA 118, le rapport d'incident lié à des médicaments pour l'incident décrit ci-dessus. Lors de l'examen du rapport, l'inspectrice 655 a remarqué qu'il n'y avait pas de document relatif aux mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente 024 au moment de l'incident, quand on avait trouvé qu'elle n'avait pas reçu une dose d'un certain médicament.

Lors de l'entrevue, l'IA 118 a indiqué à l'inspectrice 655 que, quand on avait découvert l'erreur, on avait pris des mesures immédiates pour évaluer la personne résidente 024. L'IA 118 a reconnu toutefois que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente 024 n'avaient pas été documentées dans le rapport. Lors de l'examen des notes d'évolution de la personne résidente 024, l'IA 118 a également été incapable de localiser tout document relativement à l'incident lié au médicament figurant dans le rapport d'incident lié au médicament.

Lors d'une entrevue, l'administratrice/l'administrateur a également été incapable de localiser dans le rapport toute documentation relative aux mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente 024 après que l'incident lié au médicament se fût produit à une certaine date. D'après l'administratrice/l'administrateur, le formulaire de rapport d'incident lié à des médicaments qui est fourni par l'actuel fournisseur de services pharmaceutiques ne comporte pas d'espace pour que l'infirmière ou l'infirmier documente les mesures immédiates qui sont prises. L'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que, pour cette raison, les mesures immédiates qui sont prises seront documentées dans les notes d'évolution des personnes résidentes. L'administratrice/l'administrateur a de plus indiqué à l'inspectrice 655 que, dans ce cas-là, on s'attend à ce que les notes d'évolution soient imprimées et à ce qu'une copie soit jointe au rapport d'incident lié à des médicaments. L'administratrice/l'administrateur a confirmé lors de la même entrevue qu'aucun document supplémentaire n'accompagnait le rapport original dans le cas présent.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'incident lié à un médicament mettant en cause la personne résidente 024 fût documenté, et à ce que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente fussent également consignées dans un dossier. [Paragraphe 135 (1)]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que : a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments fussent documentés, examinés et analysés; b) les mesures correctrices nécessaires fussent prises; et c) fût consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b).

i. Lors de l'inspection, l'administratrice/l'administrateur a remis à l'inspectrice 655 une copie d'un rapport d'incident lié à des médicaments pour un incident qui avait eu lieu à une certaine date, et qui a été découvert par la suite le lendemain. L'incident mettait en cause la personne résidente 024 et était décrit dans le rapport comme une erreur d'omission. D'après le rapport, l'IA 118 et une ou un collègue avaient découvert, à une certaine date, qu'il restait un certain médicament dans le conditionnement en chapelet de la personne résidente 024 qui datait de la veille. La documentation figurant dans le dossier électronique d'administration des médicaments du même jour indiquait que le médicament indiqué avait été administré à la personne résidente 024, bien qu'il ne l'eût pas été.

Lors d'une entrevue, l'inspectrice 655 a examiné avec l'IA 118 ce rapport d'incident. On remarquait que l'on avait laissé en blanc les sections intitulées « Analysis of incident » (analyse de l'incident) et « Corrective Action Plan » (programme de mesures correctrices) et qu'elles ne contenaient aucune documentation prouvant que l'incident avait été revu ou analysé, et aucune mention pour indiquer si des mesures correctrices étaient requises ou avaient été prises.



Lors d'une entrevue le même jour, l'IA 118 a indiqué à l'inspectrice 655 que normalement la directrice/le directeur des soins remplit les sections susmentionnées et qu'en son absence, la conseillère/le conseiller en soins infirmiers 112 les remplira. Selon l'IA 118, la conseillère/le conseiller en soins infirmiers 112 n'avait pas examiné le rapport d'incident lié à des médicaments pour l'incident qui avait eu lieu à une certaine date.

Quand l'inspectrice 655 s'est entretenue avec la conseillère/le conseiller en soins infirmiers 112, cette personne a été incapable de parler de tout incident lié à des médicaments survenu au foyer pendant la période de l'incident mentionné.

Lors d'une entrevue, l'administratrice/l'administrateur a également indiqué que l'incident lié à des médicaments qui s'était produit à une certaine date n'avait pas encore été examiné ni analysé par la/le DDS ou par sa remplaçante/son remplaçant désigné.

Au cours de l'inspection, à aucun moment il n'y avait d'indication que l'incident lié à des médicaments avait été revu ou analysé, et aucune mention écrite pour indiquer si l'on avait estimé que des mesures correctrices étaient nécessaires et si on les avait prises.

ii. Selon le procès-verbal du plus récent Comité consultatif médical, deux incidents particuliers liés à des médicaments avaient eu lieu au cours d'un certain trimestre (période de trois mois) ou depuis le dernier examen.

L'un des incidents était décrit comme étant une erreur d'administration mettant en cause une personne résidente non identifiée à qui l'on avait donné par erreur une dose supplémentaire d'un certain médicament. Le procès-verbal du Comité consultatif médical ne contenait aucun détail supplémentaire concernant cet incident.

Lors d'entrevues, l'administratrice/l'administrateur a été incapable de fournir des détails supplémentaires concernant cet incident. L'administratrice/l'administrateur a été incapable de localiser d'une part un rapport d'incident lié à des médicaments concernant cet incident, et d'autre part un rapport d'intervention en cas d'incident lié à des médicaments concernant cet incident. On n'avait pas consigné au dossier le nom de la personne résidente ni la date de l'incident. Il n'y avait pas de mention au dossier pour indiquer que l'incident lié à l'administration de médicaments avait été revu ou analysé, et pas de mention que l'on avait pris des mesures correctrices. [Paragraphe 135 (2)]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que : a) un examen trimestriel soit entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence, b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen soient mises en œuvre, et c) soit consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b).

Lors d'une entrevue, la conseillère/le conseiller en soins infirmiers 112 a examiné, avec l'inspectrice 655, le processus de gestion des incidents liés à des médicaments. Selon la conseillère/le conseiller en soins infirmiers 112, il incombe à l'infirmière ou l'infirmier qui découvre l'erreur de remplir un rapport d'incident lié à des médicaments – formulaire qui est fourni au foyer par le fournisseur de services pharmaceutiques. Une fois rempli, le formulaire est remis à la directrice/au directeur des soins aux fins d'examen et d'analyse, et des mesures correctrices seront alors prises, le cas échéant, et documentées dans le rapport à ce moment-là. Le formulaire est également télécopié à la pharmacie aux fins d'examen. Tous les incidents liés à des médicaments sont ensuite examinés lors des réunions du Comité consultatif médical – et avec le directeur médical, puis tous les trimestres. Selon la conseillère/le conseiller en soins infirmiers 112, la plus récente réunion du Comité consultatif médical aurait dû inclure un examen des incidents liés à des médicaments survenus au cours d'un certain trimestre (période de trois mois).

On a remis à l'inspectrice 655 une copie du plus récent procès-verbal du Comité consultatif médical.

Selon le procès-verbal du Comité consultatif médical, deux incidents liés à des médicaments s'étaient produits pendant une certaine période de trois mois. Dans le procès-verbal, une erreur était décrite comme étant une erreur de la pharmacie lors de laquelle on n'avait pas enlevé, du conditionnement en chapelet des médicaments d'une personne résidente, un médicament dont on avait cessé l'administration.

Un document intitulé « Medication Incident Response Report » (rapport d'intervention en cas d'incident lié à des médicaments) accompagnait le procès-verbal de la réunion du Comité consultatif médical. Ce rapport comportait une description de l'incident susmentionné lié à des médicaments qui avait eu lieu à une certaine date, et il n'avait pas été remis à la personne résidente. Ce rapport documentait également l'analyse de l'incident et les mesures correctrices entreprises. La documentation concernait l'incident, et ne comportait pas de considérations relatives à la deuxième erreur que l'on mentionnait dans le procès-verbal du Comité consultatif médical.

La deuxième erreur était décrite dans le procès-verbal du Comité consultatif médical comme étant une erreur mettant en cause une personne résidente non identifiée et au cours de laquelle on avait administré par erreur une dose supplémentaire d'un certain médicament. D'après le procès-verbal, la personne résidente n'avait subi aucune lésion. Le procès-verbal du Comité consultatif médical ne comportait aucun autre renseignement complémentaire pour prouver que l'on avait autrement examiné cet incident dans le cadre du processus d'examen trimestriel.



Lors d'entrevues, l'administratrice/l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 655 que les rapports d'intervention en cas d'incident lié à des médicaments sont utilisés pour l'examen trimestriel de tous les incidents liés à des médicaments. Au cours de l'inspection, l'administratrice/l'administrateur a été incapable de fournir d'autres documents concernant le second incident, comme nous l'avons précédemment mentionné. De plus, l'administratrice/l'administrateur a été incapable d'identifier la personne résidente en cause dans l'incident, et a été incapable de prouver que l'on avait rempli un rapport d'incident lié à des médicaments ou un rapport d'intervention en cas d'incident lié à des médicaments pour la deuxième erreur mettant en cause une personne résidente non identifiée à qui l'on avait administré une dose supplémentaire d'un certain médicament.

Aucune mention ne figurait au dossier pour prouver que l'on avait entrepris un examen trimestriel des deux incidents liés à des médicaments qui étaient survenus au foyer depuis le dernier examen.
[Paragraphe 135 (3)]

Émis le 4 octobre 2017.

Signature des inspectrices

Original signé par l'inspectrice.