

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 15 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1147-0002

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : CVH (No. 6) LP par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Hope Street Terrace, Port Hope

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 10 au 12 juillet et du 15 au 19 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- trois demandes liées à des chutes ayant entraîné une blessure;
- deux demandes liées à des mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes;
- une demande liée à une allégation d'acte illégal de la part du personnel ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour une personne résidente;
- une demande liée à l'utilisation d'un médicament pour une personne résidente qui a entraîné le transfert de cette dernière à l'hôpital.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, indiquant que la glycémie d'une personne résidente était basse. La personne résidente a reçu un médicament et sa glycémie a été vérifiée à nouveau. Cependant, en l'absence d'amélioration de la glycémie, une deuxième dose de médicament a été administrée. Après deux doses de médicaments et en l'absence d'amélioration de l'état de la personne résidente, les services d'urgence ont été appelés et la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

L'examen du dossier clinique de la personne résidente a révélé que le médecin avait émis une ordonnance pour la reprise des médicaments d'une personne résidente et la vérification de sa glycémie. La glycémie de la personne résidente a été vérifiée pendant sept jours, et le médecin a augmenté la dose de médicament de la personne résidente. Au bout de sept jours, les tests de glycémie ont pris fin. Les dossiers cliniques de la personne résidente ont indiqué que quelques semaines plus tard, l'infirmière praticienne avait évalué la personne résidente et avait demandé des tests de glycémie deux fois par jour pendant sept jours.

L'infirmière autorisée (IA) a confirmé que lorsque les ordonnances du médecin ont pris fin, après sept jours, le personnel infirmier aurait dû communiquer avec le médecin pour obtenir d'autres ordonnances.

L'infirmière praticienne a indiqué que lorsque les tests de glycémie des personnes résidentes prenaient fin après sept jours, c'était le personnel infirmier qui en informait le médecin traitant et que si ce dernier n'était pas disponible, l'infirmière praticienne de garde était contactée pour obtenir d'autres ordonnances.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La personne résidente a pu être exposée à un risque accru d'hypoglycémie en l'absence de communication du personnel infirmier au médecin indiquant que les tests de glycémie étaient terminés.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec l'IA et l'infirmière praticienne.

AVIS ÉCRIT : TEMPÉRATURE AMBIANTE

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

Non-respect : de l'alinéa 24 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (4) Outre les exigences prévues au paragraphe (2), le titulaire de permis veille à ce que, en ce qui concerne chaque chambre à coucher de résidents non dotée d'une climatisation opérationnelle et en bon état, la température soit mesurée et consignée une fois par jour, l'après-midi, entre 12 et 17 heures :

a) tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour chaque chambre de personne résidente dans laquelle la climatisation ne fonctionnait pas, la température soit mesurée et consignée par écrit une fois par jour dans l'après-midi entre 12 h et 17 h, tous les jours pendant la période du 15 mai au 15 septembre.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, il a été observé que plusieurs chambres de personnes résidentes étaient équipées de climatiseurs de fenêtre, mais qu'ils n'étaient pas opérationnels en raison des préférences personnelles des personnes résidentes, 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

comme indiqué dans le programme de soins des personnes résidentes qui occupaient les chambres identifiées.

Un examen des registres de température du 2^e étage a révélé que seules les températures suivantes avaient été enregistrées pour les chambres identifiées entre le 15 mai et le 11 juillet 2024 :

Une chambre – la température du 11 juin a été prise à 14 h.

Une chambre – température prise à 17 h le 10 juin, température prise à 17 h le 13 juin, température prise à 14 h le 14 juin, température prise à 17 h le 1^{er} juillet, température prise à 17 h le 2 juillet

Une chambre – les températures n'ont pas été prises

L'administratrice et le directeur des soins ont reconnu que les températures de plusieurs chambres n'avaient pas été prises du 15 mai au 11 juillet 2024 et qu'ils s'attendaient à ce que le personnel complète et documente une fois par jour l'après-midi entre 12 h et 17 h tous les jours pendant la période du 15 mai au 15 septembre 2024.

Il y a eu une augmentation du risque de maladies liées à la chaleur pour les personnes résidentes lorsque la température des chambres n'a pas été surveillée.

Sources : Entretiens avec l'administratrice, le directeur des soins, registre des températures de l'air.

AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel autorisé évalue la peau d'une personne résidente à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, indiquant qu'une personne résidente était tombée, s'était blessée et avait été transférée à l'hôpital.

Une personne résidente a subi une intervention chirurgicale pour réparer sa blessure et est revenue de l'hôpital au foyer avec une incision. Le dossier clinique de la personne résidente a révélé qu'une évaluation de la tête aux pieds avait été effectuée à son retour, mais l'évaluation n'indiquait pas que la plaie de la personne résidente avait été évaluée à l'aide de l'outil approprié sur le plan clinique du foyer pour l'évaluation des plaies.

La politique du foyer en matière de peau et de plaies prévoit qu'une personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique, ce qui peut inclure,

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mais sans s'y limiter, une rupture de l'épiderme et des plaies, doit faire l'objet d'une évaluation de la peau par une infirmière à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique et expressément conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Une infirmière auxiliaire autorisée a confirmé qu'une personne résidente présentant une plaie chirurgicale devait faire l'objet d'une évaluation hebdomadaire par le personnel autorisé à l'aide de l'outil approprié sur le plan clinique et conçu pour l'évaluation des plaies.

L'inspectrice ou l'inspecteur et le directeur de l'informatique ont examiné la politique en matière de peau et de plaies ainsi que les évaluations de l'intégrité épidermique de la personne résidente. Le directeur de l'informatique a indiqué qu'au retour de la personne résidente de l'hôpital, l'outil approprié sur le plan clinique aurait dû être utilisé pour évaluer la plaie chirurgicale de la personne résidente et l'évaluation hebdomadaire de l'altération de l'intégrité épidermique. Le directeur de l'informatique a reconnu que l'évaluation n'avait pas été effectuée comme il se doit pour la plaie chirurgicale de la personne résidente.

Le directeur des soins a également reconnu qu'au retour de la personne résidente de l'hôpital avec une plaie chirurgicale, le personnel autorisé n'avait pas utilisé chaque semaine l'outil approprié sur le plan clinique, qui était expressément conçu pour l'évaluation de l'altération de l'intégrité épidermique.

Le fait que la plaie chirurgicale de la personne résidente n'ait pas été évaluée à son retour de l'hôpital à l'aide de l'outil approprié sur le plan clinique n'a pas permis au personnel autorisé de se référer à l'évaluation initiale de la plaie pour déterminer si elle s'aggravait ou se cicatrisait.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Rapport d'incident critique, politique du foyer, entretiens avec le personnel, le directeur de l'informatique et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

(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 que la personne résidente soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'imposait sur le plan clinique.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, indiquant qu'une personne résidente était tombée, s'était blessée et avait été transférée à l'hôpital.

L'examen de l'évaluation hebdomadaire de l'intégrité épidermique de la plaie chirurgicale de la personne résidente a révélé que le personnel autorisé n'avait pas procédé à une réévaluation hebdomadaire.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), le directeur des soins et le directeur de l'informatique ont reconnu que le personnel autorisé aurait dû procéder à une réévaluation hebdomadaire de la plaie d'incision de la personne résidente, en utilisant l'outil approprié sur le plan clinique du foyer.

La personne résidente aurait pu être exposée à un risque accru de détérioration de la plaie lorsque la plaie n'a pas été réévaluée chaque semaine.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec personnel, le directeur de l'informatique et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une affection cutanée pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, soit évaluée par un diététiste professionnel qui fait partie du personnel du foyer, et à ce que soit mise en œuvre toute modification au programme de soins de la personne résidente que le diététiste professionnel recommande, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, indiquant qu'une personne résidente était tombée, s'était blessée et avait été transférée à l'hôpital. La personne résidente est revenue au foyer quelques jours plus tard avec une incision chirurgicale.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a indiqué qu'aucune recommandation du diététiste professionnel n'avait été envoyée.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente a montré que le diététiste professionnel avait rédigé une note nutritionnelle indiquant que la personne résidente n'avait pas de problème de peau.

Le directeur des soins et le directeur de l'informatique ont reconnu que lorsque la personne résidente est revenue du foyer avec une plaie chirurgicale, il aurait fallu l'aiguiller vers un diététiste professionnel et procéder à une évaluation.

La politique du foyer en matière de peau et de plaies prévoyait l'aiguillage de la personne résidente vers le diététiste professionnel en ce qui concerne les plaies chirurgicales. Le diététiste professionnel doit effectuer une évaluation, documenter et communiquer à l'équipe interdisciplinaire toute intervention nutritionnelle à

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mettre en œuvre, et mettre à jour le programme de soins de la personne résidente au besoin.

La personne résidente aurait pu être exposée à un risque accru de retard de cicatrisation des plaies lorsqu'elle n'a pas été évaluée par le diététiste professionnel.

Sources : Politique du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le directeur de l'informatique et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : GESTION DE LA DOULEUR

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la surveillance des réactions de la personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la surveillance des réactions de la personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et à l'efficacité de ces stratégies.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, indiquant qu'une personne résidente était tombée, s'était blessée et avait été transférée à l'hôpital. La personne résidente est retournée au foyer quelques jours plus tard.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La politique du foyer indiquait qu'il fallait procéder à une évaluation de la douleur pendant soixante-douze heures le jour, le soir et la nuit seulement si la personne résidente était réveillée pour les raisons suivantes : lorsqu'un nouveau médicament contre la douleur est administré.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'à son retour de l'hôpital, on lui avait prescrit un nouvel analgésique pour soulager sa douleur. La personne résidente a reçu l'analgésique, mais aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée, conformément à la politique du foyer.

Cinq jours plus tard, la douleur de la personne résidente s'est intensifiée, l'infirmière praticienne a évalué la personne résidente et a modifié l'ordonnance des médicaments contre la douleur de la personne résidente afin de gérer sa douleur.

L'examen de l'évaluation de la douleur de la personne résidente a révélé qu'aucune évaluation de la douleur n'avait été effectuée lorsque la personne résidente avait de nouvelles douleurs et que celles-ci s'intensifiaient.

Le directeur de l'informatique et le directeur des soins ont reconnu qu'une évaluation de la douleur aurait dû être effectuée après 72 heures, lorsque la personne résidente a été transférée de l'hôpital au foyer, et qu'une nouvelle ordonnance de médicaments contre la douleur avait été émise pour gérer la douleur. Le directeur de l'informatique et le directeur des soins ont également reconnu qu'aucune évaluation de la douleur n'avait été réalisée alors que la personne résidente souffrait de douleurs plus intenses, et que cette évaluation aurait dû être réalisée.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'absence d'évaluation de la douleur par le personnel autorisé a pu empêcher d'évaluer l'efficacité des médicaments contre la douleur, la réaction de la personne résidente à ces médicaments et la mise en œuvre d'autres stratégies et orientations pour gérer la douleur.

Sources : Politique du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec le directeur de l'informatique et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 58 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

4. Des protocoles permettant de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les protocoles d'aiguillage des personnes résidentes vers des ressources spécialisées soient élaborés de manière à répondre aux besoins des personnes résidentes en matière de comportements réactifs.

Justification et résumé

Un incident critique est survenu, au cours duquel une personne résidente a frappé une autre personne résidente et a été transférée à l'hôpital.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La politique du foyer en matière de comportement prévoyait que le foyer devait établir des liens avec la communauté pour soutenir les soins des personnes résidentes et aiguiller la personne résidente vers une ressource psychogériatrique pour une évaluation plus approfondie et une planification des soins si le comportement de la personne résidente s'aggravait malgré les interventions mises en œuvre, et si le comportement de la personne résidente était imprévisible et mettait les autres personnes résidentes ou d'autres personnes en danger.

En février 2024, le foyer avait aiguillé la personne résidente vers un programme d'intervention offrant des services psychogériatriques, mais ce dossier n'avait pas encore été examiné lorsque l'incident s'est produit. À la suite de l'incident survenu en mars 2024, la personne résidente a été transférée à l'hôpital, et le médecin de l'hôpital a recommandé de transférer la personne résidente dans un programme en milieu hospitalier. En mai 2024, un deuxième incident impliquant les mêmes personnes résidentes s'est produit.

Les entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et le directeur des soins ont confirmé qu'après la réadmission de la personne résidente au foyer, qui a immédiatement commencé à manifester des comportements réactifs, le foyer n'a pas refait de demande auprès d'un programme d'intervention, alors qu'il aurait dû le faire. Au cours de l'inspection, le foyer a fait une demande d'inscription au programme d'intervention.

Le fait de ne pas avoir aiguillé une personne résidente vers un programme spécialisé en santé mentale gériatrique a exposé la personne résidente et d'autres personnes à un risque de mauvais traitements.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Rapport d'incident critique, la politique du foyer, le dossier médical électronique d'une personne résidente, entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS ET ALTERCATIONS

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements de personnes résidentes, notamment des comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents.

Justification et résumé

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un incident critique est survenu en mai 2024, au cours duquel une personne résidente a frappé une autre personne résidente qui s'est ensuite vengée, les deux personnes résidentes ayant été blessées.

Un examen des dossiers a révélé ce qui suit :

- Le personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement surveillait une personne résidente depuis son admission, car elle avait des tendances à essayer de sortir.
- Les deux personnes résidentes avaient déjà eu une altercation en mars 2024 et l'une d'entre elles avait été transférée dans un programme en milieu hospitalier.
- Une personne résidente a été réadmise au foyer et une fiche d'observation de la démence (DOS) a été créée. Le programme de soins a été mis à jour pour inclure toutes les interventions mises en place au cours du programme en milieu hospitalier, comme l'utilisation de médicaments pour l'agitation et la nervosité.
- Le programme de soins des deux personnes résidentes n'incluait pas l'autre personne résidente en tant que déclencheur potentiel.
- En mai 2024, la fiche d'observation de la démence indiquait qu'une personne résidente avait manifesté un comportement de recherche de sortie à deux reprises. Les notes d'évolution de ce jour-là indiquent quatre entrées documentées d'agitation et de nervosité.
- En mai 2024, une note d'évolution faisait état de comportements colériques concernant le bruit du cochambreur d'une personne résidente. Plus tard, une personne résidente est entrée dans la chambre d'une autre personne résidente, une altercation a eu lieu et des médicaments ont été administrés pour l'agitation et les comportements colériques.

Au cours d'un entretien avec l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, celle-ci a confirmé qu'elle ne

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

savait pas si l'une ou l'autre des interventions visant à réduire l'agitation et les comportements colériques avait été utilisée, comme l'administration de médicaments pour les comportements colériques et expressifs.

Lors d'un entretien avec l'IAA du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et le directeur des soins, ceux-ci ont confirmé que le foyer aurait dû utiliser les interventions indiquées dans le programme de soins d'une personne résidente, comme l'utilisation de médicaments pour les comportements colériques et expressifs et l'augmentation de la présence du personnel lorsque la personne résidente commençait à montrer des signes d'agitation et de troubles du comportement, ce qui n'a pas été le cas. De nouvelles interventions ont été mises en œuvre à la suite de l'incident, et une personne résidente a bénéficié d'une personne préposée aux services de soutien personnel pour la surveiller vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

La gestion inefficace du comportement d'une personne résidente a conduit à un risque accru de récurrence d'incidents de préjudice physique à l'encontre d'une autre personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique, dossier médical clinique d'une personne résidente, entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Entreposage sécuritaire des médicaments

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
 - (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sûr et verrouillé.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, à l'étage 2, il a été observé que les chariots de médicaments et de traitement n'étaient pas verrouillés et que la porte de l'entrepôt des médicaments était ouverte sans qu'aucun membre du personnel ne soit présent dans l'entrepôt des médicaments.

Les entretiens avec deux infirmières auxiliaires autorisées (IAA) ont confirmé que les chariots de médicaments et de traitement n'étaient pas verrouillés et qu'ils devraient l'être, et que la porte de l'entrepôt des médicaments devrait également être verrouillée lorsque le personnel autorisé ne travaille pas dans l'entrepôt des médicaments.

Le fait de ne pas veiller à ce que les chariots de médicaments et de traitement soient sûrs et verrouillés a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 RÉGIMES MÉDICAMENTEUX DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 146 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Régimes médicamenteux des résidents

Article 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 des incidents liés à un médicament mettant en cause un résident, des incidents d'hypoglycémie sévère et d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement, et des réactions indésirables à un médicament ou à un mélange de médicaments, y compris des médicaments psychotropes;

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Le directeur des soins réalisera des entretiens séparés avec les deux employés autorisés au sujet de l'épisode d'hypoglycémie d'une personne résidente. Un registre documenté comprenant les détails de la rencontre sera conservé et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.
2. Après l'entretien avec le personnel autorisé, le directeur des soins demandera à chaque membre du personnel de fournir une réflexion écrite sur ce qui aurait pu être fait différemment, afin de garantir que la personne résidente bénéficie d'interventions et d'une surveillance appropriées.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

3. Le directeur des soins devra offrir une formation en personne à l'infirmière responsable concernant son rôle et ses responsabilités en tant qu'infirmière responsable, afin de soutenir le personnel et d'évaluer les personnes résidentes lorsque leur état de santé se détériore. Conserver un registre documenté de la formation avec la signature de l'IA et la date indiquant la nature de la formation donnée.

4. Le directeur des soins devra revoir la politique de gestion du diabète du foyer avec l'IAA. Conserver un registre documenté de la politique qui a été examinée avec l'IAA, y compris la signature et la date à laquelle cette formation a été donnée.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures appropriées soient prises à la suite d'un incident lié à des médicaments d'une personne résidente, qui s'est traduit par une hypoglycémie.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, indiquant que la glycémie d'une personne résidente était basse. La personne résidente a reçu un médicament pour augmenter sa glycémie. Après deux doses de médicaments, l'état de la personne résidente ne s'est pas amélioré, les services d'urgence ont été appelés et la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

La politique du foyer en matière de diabète donne au personnel autorisé des indications sur la manière de gérer la glycémie d'une personne résidente en cas d'hypoglycémie.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que son taux de glycémie était bas et que l'IAA a tenté de lui administrer du sucre; la personne résidente a pris deux cuillères pleines par voie orale, puis a refusé d'en prendre davantage. L'IA a été informée de la situation et a conseillé à l'IAA de continuer à essayer d'administrer du glucose par voie orale à la personne résidente. À la fin de son quart de travail, l'IAA a tenté d'offrir à la personne résidente un apport oral, mais la personne résidente n'était pas en mesure d'ingérer quoi que ce soit par voie orale. L'IAA a signalé à l'équipe suivante l'hypoglycémie de la personne résidente et son refus d'ingérer du glucose par voie orale, et l'IA a évalué la personne résidente et lui a administré un médicament pour augmenter sa glycémie. La glycémie de la personne résidente ne s'est pas améliorée après l'administration du médicament et une deuxième dose du même médicament a été administrée. La glycémie de la personne résidente ne s'est pas améliorée après la deuxième dose et la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

L'IAA a reconnu que la glycémie de la personne résidente était basse et qu'elle n'avait pas vérifié à nouveau sa glycémie conformément à la politique du foyer. L'IAA reconnaît que la personne résidente aurait dû recevoir un médicament pour augmenter sa glycémie lorsqu'elle n'était pas en mesure d'ingérer du glucose par voie orale et que sa glycémie était basse. L'IAA a indiqué qu'elle avait parlé à l'IA du fait que la glycémie de la personne résidente était basse et que la personne résidente ne voulait pas prendre de glucose par voie orale. L'IAA a déclaré avoir demandé à l'IA de donner à la personne résidente un médicament pour augmenter sa glycémie, mais l'IA a indiqué qu'il fallait continuer à offrir à la personne résidente du glucose oral. L'IAA a indiqué que l'IA n'était pas venue évaluer la personne résidente et qu'elle ne l'avait pas rappelée avant la fin de son quart de travail; la glycémie de la personne résidente a été vérifiée de nouveau et avait encore chuté.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'IAA ne savait pas qu'elle pouvait administrer un médicament pour augmenter la glycémie de la personne résidente.

L'IA a déclaré qu'elle était l'IA responsable et qu'elle était d'accord pour dire que l'IAA lui avait signalé que la glycémie de la personne résidente était basse. L'IA a indiqué avoir conseillé à l'IAA d'essayer d'administrer à la personne résidente du glucose par voie orale pour améliorer sa glycémie, et de la rappeler si cela n'était pas efficace. L'IA a indiqué que l'IAA l'avait rappelée avant la fin de son quart de travail pour lui signaler que la glycémie de la personne résidente était plus basse et que l'IA qui arrivait s'était rendue sur place pour évaluer la personne résidente. L'IA qui travaillait cette nuit-là avec l'IAA a indiqué qu'elle n'était pas sûre que les IAA puissent administrer des médicaments pour augmenter la glycémie d'une personne résidente et a reconnu qu'elle n'avait pas évalué la personne résidente.

L'IA entrante a reçu un rapport sur l'état de santé de la personne résidente et, après l'avoir évalué, elle lui a administré un médicament pour augmenter son taux de glycémie. Après deux doses de ce médicament et en l'absence d'amélioration de la glycémie, la personne résidente a été envoyée à l'hôpital.

Lors d'un entretien avec le directeur des soins, celui-ci a reconnu que l'IAA n'avait pas vérifié la glycémie de la personne résidente comme il se devait. Le directeur des soins a reconnu que la politique du foyer n'avait pas été suivie pour gérer l'hypoglycémie de la personne résidente.

La santé de la personne résidente a été mise en danger par le fait que l'infirmière responsable n'a pas évalué la personne résidente lorsque son taux de glycémie était bas. La santé de la personne résidente a été davantage mise en danger lorsque l'IAA n'a pas suivi la politique du foyer, ce qui a eu des conséquences sur la santé 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

la personne résidente, car il y a eu un retard dans l'administration des médicaments et dans la prise de contact avec les services d'urgences.

Sources : Rapport d'incident critique, politique du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec le personnel et le directeur des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 octobre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N^o INCIDENTS LIÉS À DES
MÉDICAMENTS ET RÉACTIONS INDÉSIRABLES À DES
MÉDICAMENTS**

Problème de conformité n^o 011 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 147 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

b) les mesures correctrices nécessaires sont prises;

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Le directeur des soins ou son représentant devra fournir une formation en personne à tout le personnel autorisé, y compris le personnel d'agence travaillant dans le foyer, sur les points suivants :

a. Comment administrer le glucagon, et si le foyer n'utilise plus le glucagon, comment administrer le baqsimi.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- b. La politique en matière de gestion du diabète et de l'hypoglycémie : RC- 24 -01-02.
- c. La personne responsable de l'administration du glucagon ou du baqsimi.
- d. Les directives médicales pour l'hypoglycémie et la transcription des ordres dans le registre électronique d'administration des médicaments.
- e. Fournir une liste du personnel autorisé et du personnel autorisé de l'agence travaillant actuellement dans le foyer. Tenir un registre documenté de la formation fournie, de la date de la formation et de la signature du personnel indiquant que la formation a été fournie. Fournir cette documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Le directeur des soins ou son représentant doit tenir une liste de toutes les personnes résidentes diabétiques qui vivent actuellement dans le foyer. Le directeur des soins vérifie les directives médicales de toutes ces personnes résidentes pour s'assurer que les ordonnances relatives à l'hypoglycémie ont été transcrites dans le registre électronique d'administration des médicaments. Si la personne résidente diabétique n'a pas de directive médicale dans le registre électronique d'administration des médicaments, en indiquer la raison. Conserver un registre documenté du nom du diabétique et de la date à laquelle on a vérifié que la directive médicale pour l'hypoglycémie a été transcrite sur le registre électronique d'administration des médicaments et fournir la documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

3. Le directeur des soins ou son représentant doit élaborer un processus de vérification des directives médicales relatives à l'hypoglycémie afin de s'assurer qu'elles sont transcrites dans le registre électronique d'administration des médicaments. Conserver un registre documenté de ce processus et le fournir à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque utilisation d'un médicament particulier, chaque incident d'hypoglycémie grave impliquant une personne résidente, fasse l'objet d'une mesure corrective au besoin.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, indiquant que la glycémie d'une personne résidente était basse. La personne résidente a reçu un médicament pour augmenter sa glycémie. Après deux doses de médicaments, l'état de la personne résidente ne s'est pas amélioré, les services d'urgence ont été appelés et la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

Après l'hypoglycémie de la personne résidente, le directeur des soins a soumis un rapport d'incident lié à des médicaments à la pharmacie. Le rapport d'incident lié à des médicaments a révélé que le facteur contribuant à l'hypoglycémie de la personne résidente était un problème de formation du personnel et indiquait qu'il allait fournir une formation au personnel autorisé concernant la politique et les protocoles en matière d'hypoglycémie.

Le directeur des soins a rempli un formulaire de suivi post-événement pour enquêter sur l'hypoglycémie de la personne résidente. Le formulaire indiquait qu'il fallait faire un suivi auprès de chaque personne impliquée pour s'assurer qu'elle comprenait bien son rôle dans l'événement. Le directeur des soins a indiqué sur le formulaire qu'il avait effectué un suivi auprès d'une IAA et d'une IA. L'IA n'a pas été mentionnée sur le formulaire alors qu'elle était l'infirmière responsable cette nuit-là. Le formulaire indique également qu'il convient d'identifier les mesures correctives et d'enregistrer les recommandations pour éviter que l'incident ne se reproduise. Le directeur des soins a indiqué que la formation était intégrée aux réunions de pratique infirmière et à Surge Education. Le formulaire n'indiquait pas si la mesure corrective avait été mise en œuvre et qui recevait la formation.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que son taux de glycémie était bas et que l'IAA a tenté de lui administrer du sucre; que la personne résidente a pris deux cuillères, mais qu'elle a ensuite refusé de prendre quoi que ce soit d'autre par voie orale. L'IA a été informée de la situation et a conseillé à l'IAA de continuer à essayer d'administrer du glucose par voie orale à la personne résidente. À la fin de son quart de travail, l'IAA a tenté d'offrir à la personne résidente un apport oral, mais la personne résidente n'était pas en mesure d'ingérer quoi que ce soit par voie orale; la glycémie de la personne résidente a été recontrôlée et elle est demeurée faible. L'IAA a signalé ce fait à l'équipe qui arrivait. L'IA a évalué la personne résidente et lui a administré un médicament pour augmenter sa glycémie. La glycémie de la personne résidente ne s'étant pas améliorée, une deuxième dose du même médicament lui a été administrée. Après la deuxième dose de médicament, la glycémie de la personne résidente ne s'est pas améliorée et la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

La politique du foyer donne des instructions au personnel autorisé sur la manière de gérer les personnes résidentes souffrant d'hypoglycémie.

La directive médicale du foyer indique au personnel comment mettre en œuvre les ordonnances du médecin dans des conditions spécifiques sans évaluation directe par le médecin.

L'IAA a reconnu que la glycémie de la personne résidente n'avait pas été vérifiée à nouveau, comme le prévoit la politique en matière de diabète. L'IAA a reconnu que la personne résidente aurait dû recevoir un médicament pour augmenter sa glycémie lorsqu'elle n'était pas en mesure d'ingérer du glucose par voie orale et que sa glycémie était basse. L'IAA a indiqué qu'elle avait parlé à l'IA du fait que la glycémie de la personne résidente était basse et que la personne résidente ne voulait pas prendre de glucose par voie orale. L'IAA a déclaré avoir demandé à l'IA de donner à la personne résidente un médicament pour augmenter sa glycémie,

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mais l'IA a indiqué qu'il fallait continuer à offrir à la personne résidente du glucose oral. L'IAA a indiqué que l'IA n'était pas venue évaluer la personne résidente et qu'elle ne l'avait pas rappelée avant la fin de son quart de travail; lorsque la glycémie de la personne résidente a été vérifiée de nouveau et avait encore chuté. L'IAA ne savait pas qu'elle pouvait administrer un médicament pour augmenter la glycémie de la personne résidente.

L'IA a déclaré qu'elle était l'IA responsable et qu'elle était d'accord pour dire que l'IAA lui avait signalé que la glycémie de la personne résidente était basse. L'IA a indiqué avoir conseillé à l'IAA d'essayer d'administrer à la personne résidente du glucose par voie orale pour augmenter sa glycémie et de la rappeler si cela n'était pas efficace. L'IA a indiqué que l'IAA l'avait rappelée avant la fin de son quart de travail pour lui signaler que la glycémie de la personne résidente était plus basse et que l'IA qui arrivait s'était rendue sur place pour évaluer la personne résidente. L'IA qui travaillait cette nuit-là avec l'IAA a indiqué qu'elle n'était pas sûre que les IAA puissent administrer des médicaments pour augmenter la glycémie d'une personne résidente et a reconnu qu'elle n'avait pas évalué la personne résidente.

L'IA entrante a reçu un rapport sur l'état de santé de la personne résidente et, après l'avoir évalué, elle lui a administré un médicament pour augmenter son taux de glycémie. Après deux doses de ce médicament et en l'absence d'amélioration de la glycémie, la personne résidente a été envoyée à l'hôpital. L'IA a admis que la directive médicale de la personne résidente ne figurait pas dans le registre électronique d'admission des médicaments, mais elle s'est rendu compte que les personnes résidentes diabétiques devraient avoir une directive médicale lorsqu'ils présentent une hypoglycémie et elle a vérifié le dossier de la personne résidente. L'IA a confirmé qu'elle avait transcrit l'ordonnance de médicaments de la directive médicale de la personne résidente dans le registre électronique d'admission des médicaments. L'IA a reconnu que la directive médicale de 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

aurait dû être transcrite sur le formulaire du registre électronique d'admission des médicaments de la personne résidente au moment où elle a été prescrite.

Le directeur des soins a reconnu que l'infirmière auxiliaire n'avait pas respecté la politique du foyer lorsque la glycémie de la personne résidente était basse. Le directeur des soins a également reconnu que l'IA qui travaillait cette nuit-là avec l'IAA aurait dû faire l'objet de notes d'enquête après l'épisode d'hypoglycémie et que des mesures correctives n'avaient pas encore été prises pour former les deux membres du personnel qui travaillaient cette nuit-là.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la directive médicale concernant la médication d'une personne résidente soit transcrite dans le registre électronique d'admission des médicaments de la personne résidente a mis cette dernière en danger, car le personnel ne savait peut-être pas que la médication avait été prescrite. Le fait de ne pas avoir veillé à ce que des mesures correctives soient prises et à ce que le personnel autorisé travaillant cette nuit-là soit informé de la politique du foyer aurait pu avoir des conséquences sur la santé de la personne résidente. Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'infirmière responsable reçoive une formation sur ses responsabilités en tant qu'infirmière responsable, sur l'évaluation de la personne résidente et sur le suivi auprès de l'IAA lorsqu'elle a signalé un changement dans l'état de santé de la personne résidente a mis en danger la santé de cette dernière. Le fait de ne pas s'assurer que tous les membres du personnel connaissent leur rôle et leur responsabilité dans l'administration d'un médicament à une personne résidente dont la glycémie est basse expose toutes les personnes résidentes à un risque accru de retard de traitement en cas d'hypoglycémie et met en danger la santé de la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique, politique du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec le personnel et le directeur des soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 octobre 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.