

**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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport : 22 juillet 2024**

**Numéro d'inspection : 2024-1101-0004**

**Type d'inspection :**  
Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis : 955464 Ontario Limited**

**Foyer de soins de longue durée et ville : Crescent Park Lodge, Fort Erie**

**Inspectrice principale/Inspecteur principal**  
Cathy Fediash (214)

**Signature numérique de  
l'inspectrice/Signature numérique de  
l'inspecteur**

Catharine M. Fediash Signé numériquement par Catharine M. Fediash  
Date : 2024.07.25 11:43:34 -04'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**  
Lesley Edwards (506)  
Lisa Bos (683)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 9, 10, 11, 12, 15 et 16 juillet 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00110520 – inspection proactive de conformité

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

Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)  
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Gestion des médicaments (Medication Management)

**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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)  
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)  
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)  
Prévention et contrôle des infections (Home Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)  
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)  
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)  
Gestion de la douleur (Pain Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

Des cas de **non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice est satisfaite de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Non-conformité n° 001 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de : la disposition 79(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

79(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les menus hebdomadaires et quotidiens soient communiqués aux résidents.

### Justification et résumé

Les observations et les entretiens ont confirmé qu'il s'agissait du menu hebdomadaire de la bonne semaine et qu'aucun menu quotidien n'avait été affiché dans le foyer. Au moment 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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

l'inspection, le bon menu hebdomadaire et les menus quotidiens étaient affichés.

**Sources** : Observations; entretien avec le personnel diététique et le responsable de l'alimentation et de la nutrition. [683]

Date de mise en œuvre de la rectification : 11 juillet 2024

Non-conformité n° 002 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de : la disposition 123(3)a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

123(3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

(a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits développés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer l'entreposage adéquat de tous les médicaments soient mis en œuvre.

**Justification et résumé**

La politique du titulaire de permis, intitulée « Gestion de l'insuline, des narcotiques et des médicaments contrôlés » (révisée en mars 2023; n° RC-16-01-13), indiquait que les narcotiques et les médicaments contrôlés à détruire et à éliminer devaient être entreposés de façon sûre et sécuritaire dans le foyer, conformément aux exigences de la réglementation.

En présence du personnel autorisé, l'inspectrice a observé que le conteneur utilisé pour entreposer ces médicaments était plein, de sorte qu'il était possible d'en retirer un manuellement. Les entretiens ont confirmé que ces médicaments ne devaient pas être accessibles avant d'être détruits et qu'ils n'avaient pas été stockés conformément aux politiques et protocoles du foyer. Les médicaments ont été détruits le jour suivant, de sorte que le conteneur d'entreposage a été en mesure de fonctionner comme prévu.

Des médicaments risquent d'être manquants ou non comptabilisés si la sécurité de l'entreposage est compromise.

**Sources** : examen de la politique du foyer, intitulée « Gestion de l'insuline, des narcotiques et des médicaments contrôlés » (révisée en mars 2023; no RC-16-01-13), observations 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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

l'entreposage des narcotiques et des substances contrôlées interrompus, entrevue avec la directrice des soins infirmiers (DSI) et autres personnes. [214]

Date de mise en œuvre de la rectification : 16 juillet 2024

Non-conformité n° 003 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de : la disposition 138(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

(b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé.

**Justification et résumé**

Le foyer entreposait sa réserve d'urgence de substances réglementées nécessitant une réfrigération dans un endroit verrouillé.

L'observation de cette zone et les entretiens avec le DOC ont confirmé que la substance contrôlée n'avait pas été stockée dans un compartiment fixe à double verrouillage dans la zone verrouillée. Au cours de l'inspection, un mécanisme de verrouillage a été ajouté au réfrigérateur.

La sécurité de l'approvisionnement en substances réglementées risque d'être compromise lorsque les substances réglementées ne sont pas stockées dans une armoire fixe séparée à double verrouillage dans la zone verrouillée,

**Sources** : observation de l'entreposage de substances réglementées et entretien avec la DSI. [214]

Date de mise en œuvre de la rectification : 16 juillet 2024

Non-conformité n° 004 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de : la disposition 168(1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

168(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) pour le foyer soit publié sur son site Web.

**Justification et résumé**

La DSI a reconnu que le rapport sur l'initiative d'ACQ pour l'exercice 2024-2025 n'a pas été publié sur le site Web du foyer. Il a été publié sur le site Web au cours de l'inspection.

**Sources** : Site Web du foyer; entretien avec la DSI. [683]

Date de mise en œuvre de la rectification : 15 juillet 2024

Non-conformité n° 005 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

**Non-respect de : la disposition 265(1)10 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Affichage des renseignements

265(1) Pour l'application de l'alinéa 85(3)s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer.

**Justification et résumé**

Conformément au paragraphe 85(1) de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, le titulaire du permis devait veiller à ce que la politique concernant les visiteurs soit affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Les observations et les entretiens ont confirmé que la politique concernant les visiteurs n'était

**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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

pas affichée dans le foyer. Elle a été affichée le jour même sur le panneau d'information principal.

**Sources** : observation et entretien avec le personnel. [506]

Date de mise en œuvre de la rectification : 9 juillet 2024

## **AVIS ÉCRIT : Exceptions, climatiseurs portables ou de fenêtre**

Problème de conformité n° 006 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de : la disposition 23.2(6) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Désinstaller un climatiseur portable ou un climatiseur de fenêtre

23.2(6) Pour l'application du présent article, le titulaire de permis prépare et conserve des dossiers écrits relatifs à la décision de désinstaller le climatiseur portable ou le climatiseur de fenêtre, ou de ne pas en installer un, notamment les circonstances à l'origine de la décision et, le cas échéant, la date à laquelle le climatiseur a été désinstallé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à conserver des dossiers écrits relatifs à la décision de ne pas installer un climatiseur dans les chambres à coucher des personnes résidentes.

### **Justification et résumé**

Au cours d'un entretien, l'administrateur du foyer a reconnu que presque toutes les chambres n'étaient pas climatisées, car les personnes résidentes n'en avaient pas fait la demande. Il a confirmé qu'il n'existait aucun document relatif à la décision de ne pas installer de climatiseurs dans les chambres à coucher de ces personnes résidentes.

**Sources** : entretien avec l'administrateur, observations dans le foyer. [683]

## **AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

Problème de conformité n° 007 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 24(1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Température ambiante

24(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

**Justification et résumé**

Les journaux de température interne du foyer ont été examinés pendant environ un mois. La température ambiante consignée était inférieure à 22 degrés Celsius dans différentes zones du foyer, notamment les chambres des personnes résidentes et les espaces communs, pendant neuf jours, et au minimum à 18,8 degrés Celsius.

L'administrateur a confirmé qu'aucune mesure consignée n'a été prise relativement aux températures ambiantes inférieures à 22 degrés Celsius.

Ne pas veiller à maintenir une température minimale de 22 degrés Celsius dans les espaces réservés aux personnes résidentes est susceptible de nuire à leur confort.

**Sources** : examen des journaux de température interne du foyer; entretien avec l'administrateur.  
[683]

**AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel**

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

**Non-respect de : la disposition 35(4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel

35(4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier l'évaluation de son plan de dotation, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

**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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

### **Justification et résumé**

L'administrateur a reconnu, lors d'un entretien, qu'il ne disposait pas d'une évaluation écrite du plan de dotation du foyer.

**Sources** : entretien avec l'administrateur; plan de dotation du foyer. [683]

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 009 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de : la disposition 79(1)5 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

79(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la soupe soit servie à une température appétissante pour les personnes résidentes.

### **Justification et résumé**

Au cours des entretiens, cinq personnes résidentes ont déclaré que la soupe n'était pas assez chaude au deuxième service de repas du midi.

Le personnel a indiqué que la température de la soupe était prise avant le premier service, mais pas avant le deuxième. Les responsables de la gestion de la nutrition et des services alimentaires ont reconnu que la température de la soupe devrait être prise avant chaque service.

**Sources** : Journal de la température des aliments au point de service; entretien avec le personnel diététique et les responsables de la gestion de la nutrition et des services alimentaires. [683]



**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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 010 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de : la disposition 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

102(2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

(b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'application de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée.

### **Justification et résumé**

L'article 5.6 de la norme de PCI indique que le titulaire de permis doit s'assurer que des politiques et des procédures sont en place pour déterminer la fréquence de nettoyage et de désinfection des surfaces, en utilisant une approche de stratification des risques, et que les surfaces sont nettoyées à la fréquence requise.

Le foyer a établi des politiques et des procédures indiquant que le personnel devait nettoyer et désinfecter les surfaces en utilisant une approche de stratification des risques pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection des surfaces.

L'administrateur a confirmé que ces politiques et procédures n'avaient pas été mises en œuvre dans le foyer et qu'il n'était pas en mesure de démontrer que les surfaces du foyer étaient nettoyées à la fréquence requise, en utilisant cette approche.

L'absence de mise en œuvre de ces politiques et procédures risquait de ne pas permettre d'identifier facilement la fréquence requise pour le nettoyage et la désinfection des surfaces afin de réduire au minimum le risque de transmission de maladies.

**Sources** – politiques et procédures suivantes : Prévention et de contrôle des infections environnementales – pratiques de base (entrée en vigueur le 9 juillet 2024), Politique de nettoyage et désinfection des équipements (n° IC-02-01-01, dernière révision en janvier 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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

et un entretien avec l'administrateur et d'autres personnes. [214]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 011 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de : la disposition 102(10) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

102(10) Le titulaire de permis veille à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) soient, d'une part, analysés chaque jour pour détecter la présence d'infections et, d'autre part, examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(10).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à analyser les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) pour détecter la présence d'infections chez les résidents, et à les examiner au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies.

### **Justification et résumé**

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a indiqué que le foyer n'était pas en mesure de fournir des documents indiquant que les symptômes relatifs à la présence d'une infection chez les résidents avaient été examinés au moins une fois par mois afin de détecter les tendances.

Le défaut d'examiner les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les résidents, au moins une fois par mois, est susceptible d'empêcher l'identification des tendances et des modèles afin de minimiser ou de prévenir les futurs symptômes d'infection chez les résidents et de minimiser ou de prévenir les épidémies.

**Sources** : Aucun document disponible pour l'examen; entretien avec le responsable de la PCI.  
[214]

**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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

Problème de conformité n° 012 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de : la disposition 123(3)a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

123(3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits développés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer l'entreposage adéquat de tous les médicaments soient mis en œuvre.

### **Justification et résumé**

La politique du titulaire de permis indiquait que deux infirmières devaient être témoins de tous les déchets de narcotiques et que le gaspillage devait être consigné sur la feuille de décompte des narcotiques et des substances contrôlées de chaque résident. Les normes de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) sur les médicaments indiquent que les infirmières doivent se conformer aux politiques et aux normes de pratique de l'employeur en ce qui concerne le gaspillage de tous les médicaments (y compris les substances contrôlées).

Un membre du personnel autorisé a indiqué avoir gaspillé une dose de médicament pour un résident identifié pour une raison précise. La feuille de décompte des narcotiques et des substances contrôlées du résident indiquait que seule la signature de ce membre du personnel autorisé avait été consignée pour le médicament gaspillé, lorsqu'elle a été examinée plus tard le même jour. Il a été confirmé qu'il était prévu que deux infirmières assistent au gaspillage des narcotiques et le documentent dès qu'elles se rendent compte de la nécessité de gaspiller le médicament.

Le défaut de mettre en œuvre le protocole du système de gestion des médicaments du foyer est susceptible de compromettre la responsabilité de l'approvisionnement en médicaments du résident.

**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 de Hamilton**

119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources** : examen de la politique du foyer, Gestion de l'insuline, des narcotiques et des médicaments contrôlés (dernière révision en mars 2023, no RC-16-01-13), de la norme sur les pratiques de médication de l'OIIO, du dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) du résident et de la feuille de décompte des narcotiques et des substances contrôlées, ainsi que des entretiens avec un membre du personnel autorisé et la DSI. [214]

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

Problème de conformité n° 013 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 147(3)c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

147(3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

(c) tous les éléments exigés aux alinéas a) et b) sont consignés dans un dossier. Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient consignés par écrit les changements et les améliorations identifiés lors de l'examen trimestriel des incidents liés à la médication.

### **Justification et résumé**

Le foyer a passé en revue les incidents médicamenteux trimestriels dans le cadre de l'ACQ et du Comité consultatif professionnel (CCP). L'examen du procès-verbal de la réunion, qui comprend également le rapport de la réunion de la pharmacie, indique que des incidents médicamenteux ont eu lieu au cours du premier trimestre de 2024. Le compte rendu de la réunion et le rapport de la réunion de la pharmacie ne contenaient aucune information documentée sur les changements ou les améliorations identifiés par le foyer pour réduire et prévenir ces accidents liés à la médication. Cette version des faits a été confirmée par la DSI.

Le défaut de consigner par écrit les changements ou les améliorations risque de faire en sorte que ces idées ne soient pas mises en œuvre ou entièrement mises en œuvre, ce qui pourrait avoir une incidence sur la capacité d'évaluer l'efficacité des changements.

Sources : examen de l'ACQ, des procès-verbaux et des réunions avec le PAC et la pharmacie du foyer, et entretien avec la DSI. [214]

**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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 014 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition 166(2)5 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

166(2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

5. Le diététiste agréé du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à s'assurer que la diététiste professionnelle (Dt. P.) du foyer était membre du comité d'ACQ.

### Justification et résumé

Au cours des entretiens, la DSI, responsable de l'ACQ, a reconnu que la diététiste n'était pas membre du comité d'ACQ.

**Sources** : Procès-verbaux des réunions/présentations de l'ACQ; entretien avec la Dt. P. et la DSI/responsable de l'ACQ. [683]

## AVIS ÉCRIT : Orientation

Problème de conformité n° 015 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de : la disposition al. 259(2)c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

259(2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82(2) de la Loi comprenne ce qui suit :

- c) les signes et symptômes des maladies infectieuses;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation pour l'entretien ménager dans le cadre de la prévention et du contrôle des infections conformément à la disposition 9 du paragraphe 82(2) de la Loi comprenne les signes et symptômes des maladies infectieuses.

**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 de Hamilton**  
119, rue King West, 11<sup>e</sup> étage,  
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

### **Justification et résumé**

Le foyer a utilisé la formation en ligne de Surge Learning pour l'orientation et le recyclage du personnel en matière de PCI.

Un examen du plan de cours de Surge Learning pour la formation en PCI pour 2023 et des dossiers de formation PCI du personnel pour 2023 a révélé que le matériel de formation n'incluait pas les signes et symptômes des maladies infectieuses. Cette version des faits a été confirmée par la responsable de la PCI.

Le fait de ne pas inclure cette composante dans la formation du personnel pouvait entraîner un retard dans l'identification des infections potentielles afin de prendre des mesures en temps utile pour assurer le bien-être des résidents et pour minimiser ou prévenir la propagation des infections.

**Sources** : Examen du plan de cours sur la PCI de Surge Learning 2023 du foyer; examen des dossiers de formation en PCI du personnel pour 2023; et entretien avec la responsable de la PCI. [214]