

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public modifié

Page couverture (M2)

Date d'émission du rapport modifié : 3 juin 2025

Date d'émission du rapport initial : 14 août 2023

Numéro d'inspection : 2023-1551-0003 (M2)

Type d'inspection :

Plainte

Suivi

Titulaire de permis : Corporation of the City of Cornwall

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen-Stor-Dun Lodge, Cornwall

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :

L'ordre de conformité (OC) n° 006 donné le 14 août 2023 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD (2021)* a été modifiée le 25 septembre 2023 de façon à tenir compte d'une prolongation approuvée de la date d'échéance de mise en conformité, et il a été modifié de nouveau le 23 avril 2025 de manière à intégrer un avis de pénalité administrative (APA) qui n'avait pas été émis auparavant.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public modifié (M2)

Date d'émission du rapport modifié : 3 juin 2025

Date d'émission du rapport initial : 14 août 2023

Numéro d'inspection : 2023-1551-0003 (M2)

Type d'inspection :

Plainte
Suivi

Titulaire de permis : Corporation of the City of Cornwall

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen-Stor-Dun Lodge, Cornwall

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection a été modifié pour :

L'ordre de conformité (OC) n° 006 donné le 14 août 2023 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021) a été modifiée le 25 septembre 2023 de façon à tenir compte d'une prolongation approuvée de la date d'échéance de mise en conformité, et il a été modifié de nouveau le 23 avril 2025 de manière à intégrer un avis de pénalité administrative (APA) qui n'avait pas été émis auparavant.

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 19, 20, 21 et du 24 au 27 avril 2023, du 1^{er} au 5, du 8 au 12, du 15 au 19, du 23 au 26 et du 29 au 31 mai 2023, ainsi que les 1^{er}, 2, 5, 6, du 14 au 16 et le 20 juin 2023.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 27 et 28 avril 2023, les 9, 10 et 30 mai 2023, ainsi que les 2, 6, 7, 9, 12, 21, 22, 23 et 29 juin 2023.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00015725 – Suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 du rapport 2022_1551_0001;
- Demande n° 00015535 – Suivi de l'OC n° 001 du rapport 2022_1551_002;
- Demande n° 00015536 – Suivi de l'OC n° 002 du rapport 2022_1551_002;
- Demande n° 00015538 – Suivi de l'OC n° 003 du rapport 2022_1551_002;
- Demande n° 00004756 – Plainte portant sur de multiples préoccupations concernant les soins;
- Demande n° 00016299 – Plainte portant sur la qualité des soins et la sécurité des personnes résidentes;
- Demande n° 00016399 – Plainte portant sur des préoccupations concernant les services infirmiers et les services de soutien personnel, le manque d'évaluations, le changement de position et la sonnette d'appel;
- Demande n° 00016623 et demande n° 00018830 – Plaintes portant sur la prévention et le contrôle des infections, l'entretien ménager, les services infirmiers et les services de soutien personnel, les comportements réactifs, les services d'entretien et la prévention et la gestion des chutes;
- Demande n° 00019091 – Plainte portant sur le fait que le mandataire spécial d'une personne résidente n'ait pas été tenu au courant et sur d'autres préoccupations concernant les soins;
- Demande n° 00020998 – Plainte portant sur des préoccupations concernant la dotation en personnel et le programme de soins;
- Demande n° 00087313 – Plainte portant sur l'absence d'examen de dépistage des traumatismes crâniens lorsque requis et sur des documents falsifiés;
- Demande n° 00090780 – Plainte portant sur la prévention et le contrôle des infections, et sur des substances désignées pour lesquelles il existerait une différence d'inventaire;

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

- Demande n° 00017429 [Rapport du Système de rapport d'incidents critiques n° M529-000001-23], liée à une chute ayant entraîné chez une personne résidente une blessure nécessitant son transport à l'hôpital.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2022-1551-0002 en vertu de l'alinéa 6 (4) a) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Ordre n° 02 de l'inspection n° 2022-1551-0002 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD (2021)*

Ordre n° 001 de l'inspection n°2022-1551-0001 en vertu de la disposition 2 du paragraphe 102 (15) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Comportements réactifs
Normes de dotation, de formation et de soins
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer

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

Non-respect : du paragraphe 101 (4) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'OC n° 003 de l'inspection n° 2022-1551-0002 signifié le 3 novembre 2022, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 16 mars 2023.

Les politiques et protocoles écrits existants liés au processus de bilan comparatif des médicaments pour les personnes résidentes qui retournent au foyer de soins de longue durée (SLD) après une période d'hospitalisation n'ont pas été évalués ou mis à jour au besoin. De plus, les processus requis de surveillance et de rectification liés au respect par le personnel infirmier autorisé des politiques du titulaire de permis en matière de bilan comparatif des médicaments n'ont pas été élaborés ou mis en œuvre.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a examiné tous les dossiers contenus dans le classeur de conformité du titulaire de permis concernant les mesures prises pour donner suite à trois ordres de conformité distincts donnés dans le cadre de l'inspection n° 2022_1551_0002. Cependant, dans le classeur fourni, il n'y avait aucun dossier des mesures prises pour se conformer à l'OC n° 003 en particulier.

L'inspectrice ou l'inspecteur a interrogé de nombreuses personnes, y compris des membres de l'équipe de direction actuelle et passée, et des membres du personnel infirmier autorisé qui ont été considérés comme ayant participé à l'exécution des ordres de conformité. Aucune des personnes interrogées n'a pu confirmer que les mesures requises au titre de l'OC n° 003 avaient été prises.

Sources : OC n° 003 de l'inspection n° 2022-1551-0002; classeur de conformité du foyer, comprenant un plan d'action interne et des dossiers connexes; entretiens avec des membres du personnel, y compris l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA)/coordonnatrice des admissions RAI, le coordonnateur RAI, l'infirmière praticienne (IP)/directrice des soins, la directrice des soins, l'administratrice adjointe, et la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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 6 (10) b) 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit révisé lorsque ses besoins en matière de bain ont évolué et que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Justification et résumé

Une plainte portant sur le non-respect de l'horaire des bains d'une personne résidente a été reçue.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente a révélé que celle-ci devait recevoir un bain à une certaine fréquence chaque semaine. Un examen de l'horaire des bains affiché dans la salle de bain et dans le bureau des infirmières a montré que la personne résidente aurait dû recevoir un bain de moins par semaine que ce que précisait le programme de soins.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que le nombre de bains que recevait alors la personne résidente correspondait à la fréquence indiquée dans l'horaire des bains et elle a reconnu que la fréquence avait changé. L'administratrice a confirmé que les besoins en soins de la personne résidente avaient changé et que l'horaire des bains précédent n'était plus nécessaire.

Les entretiens avec une IAA et la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité ont confirmé que le programme de soins actuel ne reflétait plus les besoins en matière de soins de la personne résidente.

Il y a eu un risque de manque de clarté des directives et de non-respect de programme de soins de la personne résidente étant donné que ce dernier n'avait pas été révisé à la suite d'une modification des besoins en matière de soins 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Programme de soins; horaire des bains; entretiens avec une PSSP, une IAA, la personne responsable de la santé et de la sécurité, et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins pour les comportements réactifs d'une personne résidente soit documentée.

Justification et résumé

L'examen du programme de soins actuel concernant les comportements réactifs dans PointClickCare (PCC) de la personne résidente a indiqué que l'outil du système d'observation de la démence (DOS) devait être rempli.

L'examen de l'outil du DOS de la personne résidente pour une période donnée a révélé que pour deux des cinq dates, la documentation d'un quart de travail avait été omise.

Lors d'un entretien, une IAA a déclaré que les outils du DOS devaient être remplis intégralement pendant cinq jours. L'outil n'ayant pas été rempli, il est difficile d'évaluer les comportements de la personne résidente.

Le fait de ne pas remplir la documentation dans le système d'observation de la démence rend impossible la pleine analyse des renseignements.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Examen du programme de soins, outil du DOS et entretien avec une PSSP et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Exigences relatives au programme

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

Non-respect : de l'alinéa 23 (2) a) de la LRSLD (2021)

i. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les précautions contre les contacts soient prises pour deux personnes résidentes conformément aux politiques et aux marches à suivre fondées sur des données probantes exigées dans le cadre des programmes de prévention et de contrôle des infections.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'une politique soit en place pour limiter la propagation des organismes infectieux et à ce qu'elle soit respectée. En outre, conformément à l'alinéa 8 (1) b) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'une politique soit en place pour limiter la propagation des organismes infectieux et à ce qu'elle soit respectée.

Selon l'examen de la politique du titulaire de permis concernant la gestion d'un organisme infectieux en particulier, les personnes résidentes admises au foyer de SLD qui sont considérées comme présentant un risque élevé d'être touchées par l'organisme infectieux seront toutes traitées comme si elles avaient obtenu un résultat positif. Elles seront placées dans une chambre individuelle où devront être prises des précautions contre les contacts, y compris la mise en place d'un

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

équipement de protection individuelle (EPI) et d'une affiche à l'extérieur de la chambre jusqu'à la réception de cultures négatives.

L'examen des documents d'admission sur papier des deux personnes résidentes a montré que celles-ci avaient obtenu un résultat positif pour l'organisme infectieux.

L'examen des notes d'évolution sur PCC a indiqué que l'une des personnes résidentes avait été admise au foyer de SLD et que des précautions contre les contacts avaient été mises en place 12 jours plus tard. La deuxième personne résidente a été admise au foyer de soins de longue durée, et des précautions contre les contacts ont été mises en place six jours plus tard.

La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a déclaré que les deux personnes résidentes auraient dû être soumises à des précautions contre les contacts le jour même de leur admission si elles étaient considérées comme ayant obtenu un résultat positif pour l'organisme infectieux.

Le fait de ne pas soumettre les personnes résidentes à des précautions contre les contacts au moment de leur admission lorsqu'elles sont considérées comme ayant obtenu un résultat positif pour l'organisme infectieux expose les autres personnes résidentes et le personnel au risque de contracter l'infection. Les répercussions étaient inconnues.

Sources : Examen des dossiers d'admission de personnes résidentes, notes d'évolution et entretien avec la personne responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et les marches à suivre fondées sur des données probantes dans le cadre des programmes de prévention

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

et de contrôle des infections concernant la mise en œuvre de précautions contre les contacts pour une personne résidente soient respectées.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'une politique soit en place pour limiter la propagation des organismes infectieux et à ce qu'elle soit respectée.

L'examen de l'annexe C, qui est liée au traitement du même organisme infectieux précisé, a montré que le protocole de traitement consiste à soumettre la personne résidente aux précautions contre les contacts et à installer un EPI et une affiche à l'extérieur de la chambre. Les précautions peuvent être levées après trois séries de cultures négatives prélevées à une semaine d'intervalle, à la suite d'une discussion avec la personne responsable de la PCI. Un dépistage mensuel pendant six mois est recommandé après l'élimination de l'organisme infectieux.

La chambre de la personne résidente a été observée alors que les précautions contre les contacts n'avaient pas été mises en place, car il n'y avait pas d'affiche de précautions ou d'EPI à l'extérieur de la chambre. Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente dans PCC indiquait que la personne résidente avait obtenu un résultat positif pour l'organisme infectieux.

L'examen des dossiers de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution et les résultats des prélèvements en laboratoire, a montré qu'ils ne faisaient aucunement allusion à trois séries de cultures négatives prélevées à une semaine d'intervalle ou que les précautions contre les contacts avaient été abandonnées.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'entretiens distincts, un membre du personnel d'entretien ménager, deux PSSP et la personne responsable de la PCI ont tous affirmé qu'ils ne savaient pas que la personne résidente avait obtenu un résultat positif pour l'organisme infectieux. La personne responsable de la PCI a examiné les dossiers de santé de la personne résidente et a déclaré qu'elle ne comprenait pas pourquoi les précautions contre les contacts n'avaient pas été mises en place.

Le fait de ne pas avoir mis en œuvre des précautions contre les contacts pour les personnes résidentes qui avaient obtenu un résultat positif pour l'organisme infectieux a exposé le personnel et les personnes résidentes au risque de contracter l'infection.

Sources : Observation de la chambre de la personne résidente, examen des dossiers de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les rapports de laboratoire et le programme de soins, politique du titulaire de permis, et entretien avec la personne responsable de la PCI et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).**

Non-respect : du paragraphe 27 (2) de la LRSLD (2021)

Le titulaire de permis n'a pas présenté au directeur un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b).

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé

Conformément aux alinéas 27 (1) a) et b), et au paragraphe 27 (3) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis doit veiller à ce que les incidents qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance soient signalés au directeur, comme le prévoient les règlements. Dans le rapport qu'il présente au directeur en vertu du paragraphe 27 (2) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis doit intégrer tous les documents que prévoit le paragraphe 112 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22. Pour ce faire, il doit soumettre un rapport d'incident critique à l'aide du Système de rapport d'incidents critiques.

Le Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

Un membre du personnel du foyer de SLD a allégué que le personnel infirmier autorisé n'avait pas procédé aux examens requis de dépistage des traumatismes crâniens ou en avait falsifié les résultats, en particulier lors de l'un des quarts de travail. Le membre du personnel a ajouté que, pendant ce quart de travail, les résultats des examens de dépistage des traumatismes crâniens avaient été falsifiés dans le cas de six personnes résidentes, y compris la personne résidente n° 017. Les renseignements transmis indiquaient la possibilité d'une tendance à l'inaction (défaut de réalisation des évaluations requises) qui compromet la santé d'une ou de plusieurs personnes résidentes. Plusieurs membres de l'équipe de direction ont été informés de l'allégation.

Comme il est décrit dans le problème de conformité n° 020, l'inspectrice ou l'inspecteur a reçu une photo horodatée qui démontrait que les inscriptions faites

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

dans le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens pour la personne résidente n° 017 du quart de travail en question avaient été remplies et signées à l'avance. Les inscriptions effectuées indiquaient que la personne résidente avait refusé les évaluations requises, mais un examen des séquences vidéo examinées avec la directrice des soins a montré qu'aucun membre du personnel infirmier autorisé n'était effectivement entré dans la chambre de la personne résidente lors de ce quart de travail.

Selon la directrice des soins, une IAA et une infirmière autorisée (IA) ont travaillé au cours de la nuit en question, car la signature de l'IAA a été trouvée sur le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens.

Lors d'un entretien, l'IA s'est souvenue que la même infirmière, soit l'IAA, lui avait conseillé d'inscrire « refusé » ou « endormi » sur tous les dossiers d'examen de dépistage des traumatismes crâniens pendant le quart de nuit afin de ne pas réveiller la personne résidente. Selon l'IA, cette directive leur avait été proposée lors de la formation, environ un an plus tôt. En même temps, l'IA a signalé que deux infirmières de nuit, à savoir l'IAA et une deuxième IA, ont continué de préciser que les personnes résidentes dormaient ou refusaient l'examen requis de dépistage des traumatismes crâniens pendant le quart de nuit, sans inscrire d'autres notes explicatives à l'appui de leurs affirmations.

Plusieurs autres cas où l'examen de dépistage des traumatismes crâniens n'avait pas été effectué comme il se devait pendant le quart de nuit ont été constatés lors de l'inspection (voir le problème de conformité n° 020).

La directrice des soins a été informée de tous les renseignements ci-dessus recueillis au cours de l'inspection. Cependant, l'inspectrice ou l'inspecteur n'a jamais été en mesure de trouver de rapport pertinent dans le Système de rapport

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

d'incidents critiques en ce qui concerne l'allégation et les constatations susmentionnées.

Sources : Examen de plusieurs dossiers de soins de santé de personnes résidentes, dont ceux de la personne résidente n° 017, de dossiers pertinents d'examen de dépistage des traumatismes crâniens, de dossiers photographiques et vidéo pertinents, de renseignements pertinents figurant sur un tableau d'affichage électronique dans PCC, et de dossiers du Système de rapport d'incidents critiques; entretiens avec des membres du personnel, dont une IA, la directrice des soins, le superviseur des soins infirmiers, l'administratrice adjointe et un autre membre du personnel du foyer de SLD.

AVIS ÉCRIT : Caractère contraignant pour le titulaire de permis

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

Non-respect : du paragraphe 184 (3) de la LRSLD (2021)

Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Directive du ministre : mesures d'intervention pour la COVID-19 destinées aux foyers de soins de longue durée* (la directive du ministre), qui est entrée en vigueur en août 2022, concernant le port du masque.

Justification et résumé

Dans la directive du ministre, il était précisé que les titulaires de permis devaient veiller à ce que les exigences en matière de port du masque énoncées dans le document *COVID-19 : Document d'orientation pour les foyers de soins de longue durée en Ontario* (le document d'orientation) soient respectées.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le document d'orientation précisait que tous les membres du personnel, les étudiants et les bénévoles devaient porter un masque médical pendant toute la durée de leur quart de travail à l'intérieur. Il indiquait en outre que les membres du personnel devaient toujours se tenir à deux mètres des autres lorsqu'ils retiraient leur masque pendant leur pause, et que les masques ne devaient pas être retirés dans les aires désignées pour les personnes résidentes.

i. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la directive du ministre, car les exigences en matière de port du masque énoncées dans le document d'orientation n'ont pas été respectées à plusieurs reprises au cours de l'inspection.

Justification et résumé

À de nombreuses reprises pendant l'inspection, des membres du personnel ont été observés sans masque ou portant un masque de façon que la bouche ou le nez restaient exposés alors qu'ils se trouvaient à moins de deux mètres d'une personne résidente dans les aires désignées pour les personnes résidentes, notamment dans les cas suivants :

- Un membre du personnel a été observé ayant un contact physique avec une personne résidente dans une aire commune pour les personnes résidentes;
- Un membre du personnel interagissait avec des personnes résidentes dans une salle à manger;
- Une PSSP interagissait également avec des personnes résidentes dans une salle à manger;
- Une deuxième PSSP était assise à proximité d'une personne résidente et chantait sans porter le masque dans une aire commune pour les personnes résidentes. Plusieurs autres personnes résidentes étaient également assises dans l'aire.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le fait de ne pas porter le masque dans les aires désignées pour les personnes résidentes et à moins de deux mètres d'une personne résidente présente un risque de transmission de maladies infectieuses pour toutes les personnes résidentes.

Sources : Observations multiples de membres du personnel au cours de l'inspection; entretien avec des membres du personnel, y compris la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité;
Directive du ministre : mesures d'intervention pour la COVID-19 destinées aux foyers de soins de longue durée.

ii. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la directive du ministre, car les exigences en matière de port du masque énoncées dans le document d'orientation n'ont pas été respectées.

Justification et résumé

Une PSSP a été observée assise sur le comptoir d'un poste infirmier et tournée vers la section accessible aux résidents, à moins de deux mètres d'une IAA et d'une personne résidente en fauteuil roulant. La PSSP parlait, et son masque pendait par une boucle latérale à son oreille gauche et ne couvrait pas son visage. L'inspectrice ou l'inspecteur lui a demandé comment le masque devait être porté, et la PSSP a ensuite replacé son masque sur son visage.

Lors d'un entretien, la personne responsable de la PCI a déclaré que les membres du personnel devaient toujours porter un masque chirurgical à l'intérieur du foyer de SLD et que la PSSP aurait dû porter son masque correctement.

Le fait de ne pas porter le masque à moins de deux mètres d'une personne résidente ou d'un membre du personnel expose ces derniers à un risque de transmission de maladies.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Observations du port du masque, entretien avec la personne responsable de la PCI

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect : du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui venait de faire une chute fasse l'objet d'une évaluation postérieure à une chute à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique et conçu expressément pour les chutes.

Justification et résumé

La politique du titulaire de permis sur le programme de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management Program*) précisait que lorsqu'une personne résidente fait une chute, une évaluation sur la chute devait être effectuée dans la section de la gestion des risques de PCC.

Une note d'évolution précisait que la personne résidente avait déclaré être tombée de son lit. Une évaluation postérieure à la chute dans le cadre de la gestion des risques n'a pas été effectuée à la suite du signalement de la chute sans témoin à l'IA. Lors du quart de travail suivant, une IAA a procédé à un examen de dépistage des traumatismes crâniens lié à la chute signalée pendant le quart de travail précédent. L'IAA a précisé qu'une chute signalée par une personne résidente était considérée comme une chute sans témoin et que toutes les évaluations prévues

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

dans la politique du titulaire de permis concernant la prévention et la gestion des chutes devaient être effectuées.

La directrice des soins a déclaré que la politique du titulaire de permis ne prévoyait aucune directive précise pour les situations où une personne résidente confuse signalait elle-même une chute. Toutefois, elle a examiné la note d'évolution concernant la chute sans témoin et a indiqué qu'elle aurait procédé à une évaluation postérieure à la chute dans un tel cas.

Le fait de ne pas avoir réalisé une évaluation postérieure à la chute a exposé la personne résidente à un risque accru de blessures non détectées.

Sources : Notes d'évolution, évaluations de la gestion des risques, et entretiens avec l'IAA et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**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 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite liée aux soins alimentaires et aux services de diététique soit respectée.

Justification et résumé

Une personne résidente s'est brûlée au cours d'un service de dîner. Un examen du registre quotidien des températures des aliments dans la section accessible aux résidents a montré que les températures n'avaient pas été consignées pour ce service de repas, ni pour deux autres services de repas.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien, une aide en diététique et le superviseur des services alimentaires ont confirmé que la marche à suivre consistait à consigner les températures de chaque plat dans le registre à chaque service de repas et au point de service. Le superviseur des services alimentaires a également reconnu que le registre des températures pour la date de la brûlure initiale n'englobait pas les relevés de température du service de repas, alors que c'est obligatoire, ce qui confirme que la politique n'a pas été suivie.

Le non-respect de la marche à suivre écrite régissant les températures des aliments au point de service a exposé la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : Politique sur les températures des aliments au point de service (*Temperatures of Food at Point Service Policy*), registre quotidien des températures des aliments, entretiens avec une aide en diététique et le superviseur des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soit respectée.

Conformément à la section 5.3 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (avril 2022), le titulaire 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

permis doit veiller à ce que le programme de PCI comprenne des politiques et des marches à suivre régissant la mise en œuvre des pratiques de base et des précautions supplémentaires, notamment sur le nettoyage et la désinfection.

Justification et résumé

La politique de PCI du titulaire de permis concernant le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement et des dispositifs médicaux (*A - Cleaning and Disinfecting/Sterilizing Medical Devices/Equipment*) précisait que le nettoyage et la désinfection des surfaces à fort contact devaient être effectués tous les jours et plus fréquemment en cas d'éclosion. La documentation des tâches de nettoyage et de désinfection des surfaces à fort contact devait se faire dans le calendrier de nettoyage et la feuille de suivi appropriés.

La feuille de documentation des mesures de contrôle des infections par la COVID-19 a été mise en œuvre lors d'une éclosion de COVID-19 dans une section accessible aux résidents. Le personnel de l'entretien ménager devait documenter les tâches de nettoyage et de désinfection des surfaces à fort contact deux fois par jour pendant l'éclosion de COVID-19. L'examen du document a révélé que quatre dates avaient été documentées pendant un mois et qu'il n'y avait pas eu de documentation pour le mois suivant.

L'examen des listes de contrôle des travaux d'entretien ménager a indiqué que les documents relatifs au nettoyage et à la désinfection des surfaces à fort contact une fois par jour en dehors des périodes d'éclosion et deux fois par jour en cas d'éclosion n'y figuraient pas.

Lors d'un entretien, le superviseur des services de soutien a déclaré que les tâches quotidiennes de nettoyage et de désinfection des surfaces à fort contact n'étaient

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

pas documentées en l'absence d'éclosion dans une section accessible aux résidents.

Sources : Examen de la feuille des mesures de contrôle des infections à la COVID-19 (A, *COVID Infection Control Measures sheet*) de la politique de PCI du titulaire de permis, liste de contrôle des travaux d'entretien ménager, et entretiens avec le gestionnaire des services de soutien et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).

Non-respect : du paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté pour chaque plainte verbale ou écrite.

Justification et résumé

Une personne résidente a quitté le foyer avant que le mandataire spécial n'ait été prévenu, et une plainte verbale a été déposée auprès d'un membre du personnel.

Un examen des notes d'évolution dans PCC pour cette date a révélé que le membre du personnel avait pris en compte le problème et en avait informé la direction par courriel.

Une demande de consultation du dossier de plainte a été présentée à l'administratrice, à l'administratrice adjointe et à la directrice des soins. Au cours d'un entretien avec l'administratrice et l'administratrice adjointe, il a été confirmé qu'il n'existait aucune preuve selon laquelle un dossier pour cette plainte avait été tenu.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le fait de ne pas tenir un dossier des plaintes écrites ou verbales concernant les soins administrés à une personne résidente ne permet pas d'établir clairement si des mesures ont été prises pour résoudre le problème. Cela pourrait nuire à la santé, à la sécurité et au bien-être des personnes résidentes.

Sources : Notes d'évolution dans PCC concernant une personne résidente, entretiens avec la directrice des soins, l'administratrice adjointe et l'administratrice, et demande de renseignements à leur intention.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer le directeur qu'une substance désignée manquait ou qu'il existait une différence d'inventaire au plus tard un jour ouvrable après que l'incident se soit produit.

Justification et résumé

Un membre du personnel du foyer de SLD a affirmé que la réserve de médicaments en cas d'urgence contenait une faible quantité d'une substance désignée et qu'il existait une différence d'inventaire. Selon le membre du personnel, l'incident n'a pas été signalé au directeur comme le prévoit la LRSLD (2021). Le membre du personnel a ajouté qu'il y avait eu une pénurie de substances désignées dans la réserve de médicaments en cas d'urgence pendant plusieurs mois.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

L'inspectrice ou l'inspecteur a examiné les vérifications de l'inventaire de la réserve de médicaments en cas d'urgence et a constaté des pénuries de diverses substances désignées. Les pénuries détectées ont été confirmées par l'IAA/superviseure des PSSP.

Au cours de l'inspection, des renseignements supplémentaires ont été recueillis et ont confirmé qu'il pouvait exister une différence d'inventaire pour des substances désignées. Le problème de conformité n° 021 comprend de plus amples renseignements.

Au moment de l'inspection, l'allégation décrite ci-dessus selon laquelle des substances désignées manquaient ou qu'il existait une différence d'inventaire de la réserve de médicaments en cas d'urgence conservée par le foyer n'avait pas fait l'objet d'une enquête, ni n'avait été signalée au directeur comme le prévoit la *LRSLD* (2021).

Sources : Entretiens avec des membres du personnel, y compris l'IAA/superviseure des PSSP, une IA, la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité, la directrice des soins, et les représentants du fournisseur de services pharmaceutiques, dont un consultant en pharmacie clinique, un pharmacien et un gérant de pharmacie; examen des politiques pertinentes, y compris la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence (*Emergency Medication Box Procedure*) et la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence dans PointClickCare (*Emergency Medication Box Procedure Using Point Click Care*); examen d'autres dossiers connexes, y compris les dossiers d'expédition de médicaments, les feuilles de réapprovisionnement des boîtes de médicaments en cas d'urgence, les listes des boîtes de médicaments en cas d'urgence et la correspondance électronique connexe.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser le directeur d'un incident lié à un médicament ayant nécessité qu'une personne résidente soit transportée à l'hôpital, et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident.

Justification et résumé

D'après un rapport d'incident lié à un médicament, une personne résidente a reçu une dose de médicament plus élevée que celle prescrite, selon une IAA. Dans le rapport d'incident lié à un médicament, l'incident a été classé au niveau de gravité « catégorie F », ce qui signifie qu'il peut avoir contribué à un préjudice temporaire ou en avoir causé un et qu'il a nécessité une hospitalisation initiale ou prolongée. L'hospitalisation de la personne résidente a été désignée comme une intervention dans le rapport d'incident lié à un médicament.

Lors d'un entretien, l'IAA qui a rempli le rapport d'incident lié à un médicament en question a indiqué que l'incident aurait pu avoir un impact négatif sur la personne résidente. L'IAA a précisé que la personne résidente avait fait une chute un jour après l'incident et avait ensuite été hospitalisée. Au même moment, l'IAA a dit qu'une préoccupation avait été soulevée concernant le niveau de sédation de la personne résidente et elle a donc considéré que l'hospitalisation de cette dernière après la chute était pertinente dans le cadre de l'incident lié à un médicament.

Au moment où l'inspection s'est terminée, aucun rapport d'incident critique n'avait été soumis au directeur comme le prévoit 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les ordonnances du prescripteur (médecin) et les registres électroniques d'administration des médicaments (RAME); examen d'un rapport connexe d'incident lié à un médicament et de dossiers pertinents d'expédition des médicaments du fournisseur de services pharmaceutiques; entretiens avec des membres du personnel, y compris quatre IAA et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments pour le bilan comparatif des médicaments.

Plus précisément, le personnel n'a pas mis en œuvre les politiques suivantes :

- Bilan comparatif des médicaments dans les foyers de soins de longue durée (*Medication Reconciliation - Long-term Care Homes*);
- Traitement des révisions des ordonnances médicales (*Processing Physician Medication Reviews*).

Justification et résumé

Dans le cadre du suivi de l'OC n° 003 de l'inspection 2022_1551_0002, l'inspectrice ou l'inspecteur a examiné les mesures prises pour la réalisation du bilan comparatif

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

des médicaments d'une personne résidente lors de sa réadmission au foyer de SLD à la suite de son hospitalisation.

L'inspectrice ou l'inspecteur a examiné le formulaire de bilan comparatif des médicaments et d'ordre d'admission (*Medication Reconciliation and Admission Order*) rempli alors pour la personne résidente et a constaté qu'il manquait les signatures des première et deuxième vérifications par le personnel infirmier sur trois des cinq pages du formulaire. En outre, un seul document source a été défini, les espaces qui restaient après la dernière inscription n'avaient pas été rayés, et les instructions visant à « poursuivre », à « arrêter » ou à « suspendre » chaque ordonnance indiquée n'étaient pas clairement spécifiées, ni accompagnées des initiales du prescripteur. Par exemple, une ordonnance médicale contenait des instructions contradictoires selon lesquelles il fallait « poursuivre » et « arrêter » le traitement, sans que les initiales du prescripteur n'aient été apposées pour distinguer la mesure voulue.

Lors d'un entretien, une IAA qui était présente au moment du retour de la personne résidente au foyer de SLD après son hospitalisation a expliqué qu'elle avait participé à la préparation du formulaire de bilan comparatif des médicaments décrit ci-dessus. Par ailleurs, l'IAA a indiqué ne pas être certaine que la politique du titulaire de permis exige une vérification indépendante préalable du formulaire préparé de bilan comparatif des médicaments (c'est-à-dire la signature d'une deuxième infirmière responsable de la préparation).

Cependant, une vérification indépendante préalable (deux vérifications effectuées séparément par deux infirmières responsables de la préparation) était décrite dans la politique, et il a été confirmé que c'est ce à quoi s'attendait l'IAA/coordonnatrice des admissions RAI, qui jouait un rôle dans la supervision du processus de réadmission des personnes résidentes.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien, l'IAA/coordonnatrice des admissions RAI a indiqué que la signature de la deuxième infirmière responsable de la préparation n'était pas systématiquement obtenue sur les formulaires de bilan comparatif des médicaments, principalement en raison d'un manque de disponibilité du personnel ou parce que le prescripteur autorisait les ordonnances figurant sur le formulaire de bilan comparatif des médicaments avant que la deuxième infirmière responsable de la préparation ait eu l'occasion de les examiner. En outre, il était indiqué que l'exigence de la double vérification indépendante préalable n'était pas clairement définie dans les politiques existantes.

Des préoccupations semblables avaient été soulevées dans l'OC n° 003 du rapport n° 2022_1551_0002. Comme il est indiqué dans le problème de conformité n° 001, l'OC n° 003 n'a pas été respecté.

Sources : Politiques pertinentes, y compris celles sur le bilan comparatif des médicaments dans les foyers de SLD (*Medication Reconciliation - Long-term Care Homes*) et le traitement des révisions des ordonnances médicales (*Processing Physician Medication Reviews*); vérification pharmaceutique liée au bilan comparatif des médicaments; dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les dossiers hospitaliers pertinents et le formulaire de bilan comparatif des médicaments et d'ordre d'admission; dossiers liés aux mesures prises à l'égard des OC du rapport n° 2022-1551-0003; entretiens avec des membres du personnel, y compris une IAA, l'IAA/coordonnatrice des admissions RAI et un consultant en pharmacie clinique.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite concernant la gestion des médicaments soit respectée.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que sa politique écrite concernant la gestion des médicaments d'une personne résidente soit respectée. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique de commande et de réception des médicaments (*Ordering and Receiving Medication*), selon laquelle l'infirmière doit procéder au réapprovisionnement en médicaments à prendre au besoin lorsqu'il faut une quantité supplémentaire.

Justification et résumé

Un examen du RAME de la personne résidente a permis de constater une ordonnance pour l'administration d'un médicament au besoin. Les notes d'évolution d'une date précise ont révélé que le mandataire spécial de la personne résidente avait acheté et apporté une certaine quantité de ce médicament prescrit, et avait administré celui-ci à la personne résidente. Une PSSP a confirmé que, lorsque la personne résidente avait demandé ce médicament la fin de semaine précédente, celui-ci n'était pas disponible, et que le mandataire avait été sollicité pour en apporter au foyer.

Lors de l'examen du registre des médicaments utilisé pour le réapprovisionnement en médicaments, rien n'indiquait que le médicament avait été commandé à la pharmacie au cours de cette période. Une IAA a confirmé qu'il n'y avait pas de réserve du médicament au foyer et que le processus de renouvellement de médicaments consistait à apposer un autocollant dans le classeur de réapprovisionnement en médicaments, puis à faire parvenir la page par télécopieur à la pharmacie pour un renouvellement.

Selon l'évaluation trimestrielle des ordonnances médicales, la dernière délivrance du médicament par la pharmacie CareRx remontait à plusieurs mois auparavant, ce qui a été confirmé lors d'un entretien avec le pharmacien.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le fait de ne pas veiller au réapprovisionnement en temps voulu des médicaments à prendre au besoin pourrait entraîner un retard dans le traitement et exposer la personne résidente à des effets indésirables sur sa santé.

Sources : Politique de commande et de réception de médicaments (*Ordering and receiving Medication*); registre des médicaments; évaluation trimestrielle des ordonnances médicales; notes d'évolution et RAME de la personne résidente; entretiens avec une PSSP, une IAA et un pharmacien.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).

Non-respect : du paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit administré à une personne résidente à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

Justification et résumé

L'examen d'un rapport d'incident lié à un médicament de CareRx indiquait qu'une IAA avait administré les médicaments d'une personne résidente à une autre personne résidente. L'IAA a confirmé que cet incident s'était produit.

L'administration à une personne résidente de médicaments qui ne lui avaient pas été prescrits a exposé cette dernière à un risque de blessure. Cet incident n'a pas causé de préjudice à 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Examen du rapport d'incident lié à un médicament de CareRx et entretien avec une IAA.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).

Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

i. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à la personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur, celle-ci ayant reçu une dose deux fois supérieure à celle prescrite à trois dates différentes.

Le RAME de la personne résidente a été examiné pour un mois, et il a été constaté que l'ordonnance du médicament commandé deux mois auparavant n'avait pas encore été supprimée du RAME de la personne résidente. Il a également été constaté qu'une deuxième ordonnance pour le même médicament et le même dosage avait été ajoutée dans le même RAME au cours du mois visé par l'examen, ce qui a causé une ordonnance en double.

Une IAA s'est souvenue que deux doses de ce médicament avaient été disponibles aux fins d'administration à la personne résidente dans sa réserve individuelle de médicaments pendant un certain temps lors de la distribution des médicaments.

Ministère des Soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Également, les rapports d'expédition de médicaments examinés pendant l'inspection indiquaient que la quantité de médicaments acheminée au foyer de SLD pour la personne résidente au cours du mois de l'examen était suffisante pour la couverture des deux ordonnances (en double). Les inscriptions effectuées par le personnel dans le RAME de la personne résidente montraient que les deux doses du médicament avaient été administrées à la personne résidente lors de trois journées différentes au cours d'une période d'une semaine.

Selon les documents figurant dans les dossiers de soins de santé de la personne résidente, son mandataire spécial avait exprimé des inquiétudes concernant le niveau de sédation de la personne résidente après l'augmentation de la dose du médicament. D'autres dossiers examinés indiquaient que la personne résidente avait fait plusieurs chutes depuis l'augmentation de la dose du médicament.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à la personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Le RAME de la personne résidente a été examiné, et il a été constaté que l'ordonnance visant à réduire la dose n'y avait pas encore été ajoutée.

Selon un rapport d'incident lié à un médicament, l'ordonnance pour le médicament n'avait été ajoutée dans le RAME de la personne résidente qu'à la troisième semaine du mois visé par l'examen. Le même rapport d'incident lié à un médicament précisait qu'avant cette date, une infirmière d'agence avait administré le médicament à la personne résidente selon le dosage antérieur plutôt que selon la dose réduite prescrite plus récemment.

Au cours d'un entretien, l'IAA qui avait rempli le rapport d'incident décrit ci-dessus a confirmé que l'infirmière d'agence avait administré la dose la plus élevée du

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

médicament à la personne résidente à la date précisée. L'IAA a indiqué que la personne résidente avait ensuite été hospitalisée après s'être blessée à la suite d'une chute. L'IAA a établi l'erreur liée au médicament en tant que facteur susceptible d'avoir contribué à la chute et à l'hospitalisation de la personne résidente.

En raison de cette non-conformité, la personne résidente risquait de subir les effets indésirables d'une erreur liée à un médicament, notamment une sédation accrue et des chutes. La personne résidente est en effet tombée à plusieurs reprises au cours du mois ayant suivi l'erreur et a été hospitalisée après s'être blessée.

Sources : Examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les ordonnances du prescripteur (médecin) et les RAME, examen d'un rapport d'incident lié à un médicament et des dossiers pertinents d'expédition des médicaments du fournisseur de services pharmaceutiques; entretiens avec des membres du personnel, y compris quatre IAA et la directrice des soins.

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

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).

Non-respect : l'alinéa 147 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les incidents liés à des médicaments mettant en cause une personne résidente soient signalés au mandataire spécial de cette dernière et à ce qu'un incident lié à un médicament mettant en cause une

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

personne résidente et le fournisseur de services pharmaceutiques soit signalé à celui-ci.

Justification et résumé

Comme il est décrit dans le problème de conformité n° 015, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

i. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les incidents liés à des médicaments susmentionnés mettant en cause la personne résidente soient signalés à son mandataire spécial.

Dans une note d'évolution, une IAA a indiqué par écrit avoir été informée par un superviseur des soins infirmiers que la personne résidente avait reçu une quantité excessive d'un médicament en raison de deux ordonnances distinctes émises à environ deux mois d'intervalle. Dans la même note, l'IAA a ajouté que le médecin avait été mis au courant de l'incident et avait demandé que le mandataire spécial de la personne résidente n'en soit informé que lorsqu'il aurait parlé à la directrice des soins. Environ 13 jours plus tard, lors d'un entretien, l'IAA a confirmé qu'elle soupçonnait que la personne résidente avait reçu une quantité excessive du médicament, comme il est décrit dans la note, mais que son mandataire spécial n'en avait pas encore été informé. Par ailleurs, l'IAA a affirmé qu'elle n'avait pas rempli de rapport d'incident lié à un médicament pour cet incident particulier parce qu'elle croyait qu'une autre IAA avait rempli le rapport requis.

Au cours d'un entretien, l'autre IAA a expliqué qu'elle avait rempli un rapport d'incident lié à un médicament qui se rattachait précisément à l'incident susmentionné, mais qu'elle n'avait pas examiné le problème. Au cours du même entretien, l'IAA a déclaré qu'elle croyait que la première IAA avait informé la famille

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

de la personne résidente de l'incident lié à un médicament décrit dans le rapport d'incident rempli, ce qui n'avait toutefois pas été fait.

Quatre semaines après la détection des deux erreurs susmentionnées, la directrice des soins a précisé qu'elle avait d'abord informé le mandataire spécial de la personne résidente qu'un problème relatif au médicament faisait alors l'objet d'un examen, mais qu'elle ne l'avait pas avisé de l'existence d'une erreur liée à un médicament.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié à un médicament mettant en cause la personne résidente soit signalé au fournisseur de services pharmaceutiques.

Au cours d'un entretien, une IAA a indiqué qu'elle avait rempli un rapport d'incident lié à un médicament concernant précisément l'incident susmentionné, mais qu'elle n'avait pas examiné le problème relatif à l'incident décrit par l'autre IAA.

Selon le personnel infirmier, le fournisseur de services pharmaceutiques est automatiquement informé d'un incident lié à un médicament lorsqu'un rapport d'incident est rempli. Cependant, il a été établi au cours de l'inspection qu'aucun rapport d'incident lié à un médicament n'avait été rempli malgré des soupçons selon lesquels la personne résidente avait reçu ou aurait pu recevoir une double dose du médicament lors de la distribution des médicaments à treize dates différentes.

En outre, une troisième IAA a expliqué qu'elle avait déjà eu connaissance d'une ordonnance en double du médicament dans le RAME de la personne résidente au cours du mois visé par l'examen. L'IAA s'est également souvenue que la dose supplémentaire du médicament se trouvait dans la réserve de médicaments de la

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

personne résidente et qu'elle pouvait alors être administrée. Cependant, rien n'indiquait que l'IAA avait informé le fournisseur de services pharmaceutiques lorsque l'écart avait été constaté ni qu'elle avait entamé la production d'un rapport d'incident lié à un médicament.

Le fait de ne pas aviser le mandataire spécial de la personne résidente au sujet d'un incident lié à un médicament l'empêche d'être pleinement informé et, par conséquent, de défendre efficacement les intérêts de la personne résidente. Le fait de ne pas avoir informé le fournisseur de services pharmaceutiques d'un incident lié à un médicament mettant en cause la pharmacie a pu empêcher la correction de l'écart en temps utile, ce qui a exposé la personne résidente à un risque pour sa santé en raison de la possibilité d'une récurrence de l'erreur liée au médicament.

Sources : Examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les ordonnances médicales et le RAME, examen d'un rapport d'incident lié à un médicament connexe et des dossiers pertinents d'expédition de médicaments du fournisseur de services pharmaceutiques; entretiens avec des membres du personnel, y compris quatre IAA et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Directeur des soins infirmiers et des soins personnels**Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).**

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 250 (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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice des soins infirmiers soit présente au foyer et y travaille régulièrement comme telle au moins 35 heures par semaine.

Justification et résumé

Lors des entretiens avec l'administratrice et l'administratrice adjointe, il a été confirmé que l'infirmière praticienne (IP) avait également fait office de directrice des soins par intérim pendant une certaine période. Il a également été confirmé que l'IP n'avait jamais exercé de façon exclusive les fonctions de directrice des soins et qu'elle occupait toujours deux postes simultanément.

Un examen de la description de poste de l'IP a révélé qu'elle englobait des responsabilités cliniques étendues et que l'IP relevait directement de la directrice des soins infirmiers. Également, un contrat de travail relatif au poste d'IP a été examiné et prévoyait un horaire de travail allant d'un minimum de 32 heures à un maximum de 64 heures par période de deux semaines, de même que quatre heures de garde toutes les deux semaines.

Un courriel reçu du directeur général des soins de longue durée confirme que l'IP devait commencer à exercer les fonctions de directrice des soins à temps partiel et le ferait pendant une période de trois mois. L'examen de ce courriel et de la feuille de temps de l'IP/directrice des soins a montré qu'au cours d'un mois en particulier, cette personne avait travaillé en tout 76 heures par période de deux semaines. Sur les 76 heures travaillées, huit heures par période de deux semaines ont été considérées comme une compensation pour les fonctions supplémentaires liées au poste de directrice 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Des entretiens avec l'administratrice ont confirmé que l'IP/directrice des soins recevait une compensation pour huit heures par période de deux semaines pour l'exercice de ses fonctions supplémentaires en tant que directrice des soins.

En l'absence d'un directeur des soins en poste de façon constante, la supervision clinique et le perfectionnement du personnel peuvent être compromis, ce qui met en péril la santé, la sécurité et le bien-être des personnes résidentes.

Sources : Description de poste de l'IP; courriel du directeur général des soins de longue durée; feuille de temps de l'IP/directrice des soins; entretiens avec l'administratrice et l'administratrice adjointe.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires**Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la LRS LD (2021).**

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) c) de la LRS LD (2021)

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

Le titulaire de permis doit :

1) Concevoir un outil de vérification de la prévention des chutes pour examiner chaque incident de chute, la cause possible de la chute, les interventions en place avant la chute et la révision du programme de soins après la chute.

2) Remplir l'outil de vérification de la prévention des chutes pour trois chutes distinctes de personnes résidentes chaque semaine sur une période de quatre

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

semaines (il doit comprendre les chutes de la personne résidente concernée ainsi que le moment où la chute est survenue). Analyser les trois outils de vérification de la prévention des chutes chaque semaine pour s'assurer qu'ils ont été remplis et qu'ils comprennent la cause possible de la chute, les interventions en place avant la chute et la révision du programme de soins après la chute dans les cas où les interventions n'ont pas été efficaces.

3) Tenir un dossier documenté de l'ensemble des vérifications de la prévention des chutes et de leur analyse qui ont été réalisées pendant la période de quatre semaines.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que le programme de soins soit révisé quand les soins prévus dans le programme de prévention des chutes se sont révélés inefficaces.

Justification et résumé

L'examen des notes d'évolution dans PCC a montré que la personne résidente était tombée cinq fois au cours d'une période de quatre jours et qu'elle était tombée de nouveau trois jours plus tard et s'était blessée.

L'examen du programme de soins de la personne résidente, y compris le programme en soi, les notes d'évolution, les ordonnances médicales, les évaluations des risques de chute, l'instrument d'évaluation RAI, les évaluations MDS (ensemble minimal de données) et les documents sur la gestion des risques dans PCC, a indiqué qu'il n'y avait eu aucune mise à jour du programme de prévention des chutes à la suite des cinq chutes subies par la personne résidente au cours de la période de quatre jours.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien, une IA a examiné les documents figurant dans le dossier de santé électronique de la personne résidente et précisé qu'il n'y avait eu aucune mise à jour du programme de prévention des chutes de cette dernière avant qu'elle ne tombe et ne se blesse.

Le fait de ne pas avoir révisé le programme de prévention des chutes d'une personne résidente alors qu'il s'était avéré inefficace a exposé cette dernière au risque de subir d'autres chutes.

Sources : Examen des notes d'évolution, des ordonnances médicales, des évaluations des risques de chute, de l'instrument d'évaluation RAI, des évaluations MDS et des documents liés à la gestion des risques dans PCC, et entretien avec une IA et d'autres membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
25 septembre 2023.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Plan de dotation en
personnel**

**Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2
du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).**

Non-respect : du paragraphe 35 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

**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 :

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

1) Élaborer un plan écrit de dotation en personnel pour le programme organisé de soins infirmiers et de services de soutien personnel.

Le plan écrit de dotation en personnel doit :

- a) Prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins et de sécurité;
- b) Énoncer l'organisation et l'horaire des quarts de travail du personnel;
- c) Promouvoir la continuité des soins en réduisant au minimum le nombre de membres du personnel qui fournissent des soins infirmiers et des services de soutien personnel à chaque personne résidente.

2) Élaborer et mettre en œuvre un plan écrit d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel est incapable de se présenter au travail pour le quart de nuit. Le plan d'urgence doit tenir compte du niveau de soins de la personne résidente et du risque associé à chaque section accessible aux résidents pendant le quart de nuit.

3) Tous les gestionnaires des soins infirmiers et tout autre gestionnaire qui est de garde, les membres du personnel chargés de l'horaire et les membres du personnel infirmier autorisé doivent être informés du plan écrit de dotation en personnel, y compris le plan d'urgence pour la dotation en personnel pour le quart de nuit.

Un dossier écrit de tous les membres du personnel formés doit être tenu jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée ait établi que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

Motifs

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

i. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un plan écrit de dotation en personnel pour le programme organisé de services de soins infirmiers et de soutien personnel, et un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel était incapable de se présenter au travail pour le quart de nuit.

Justification et résumé

L'administratrice a désigné l'administratrice adjointe comme responsable du programme de dotation en personnel. Sur demande, l'administratrice adjointe n'a pas été en mesure de soumettre un plan écrit de dotation en personnel pour le programme organisé de services de soins infirmiers et de soutien personnel.

En ce qui concerne le plan d'urgence pour la dotation en personnel pour le quart de nuit, l'administratrice adjointe a présenté une note de service sur le processus de réaffectation du personnel et le guide pour les absences non comblées (*Staff Reallocation Process/Guide with unreplaced call ins*). Ce document prévoyait un plan d'urgence pour la dotation en personnel pour les quarts de jour et de soir lorsque le personnel était incapable de se présenter au travail, mais il n'en prévoyait aucun pour le quart de nuit. L'administratrice adjointe a transmis un deuxième document, soit la liste de répartition des PSSP (*PSW Distribution List*), mais a précisé qu'au moment de l'entretien, ce document n'avait toujours pas été mis en œuvre et qu'il n'existait pas d'autres documents liés à un plan d'urgence pour la dotation en personnel.

Selon un planificateur, il y avait un poste de PSSP de garde pour le quart de nuit. Toutefois, il a précisé que si aucun membre du personnel n'était assigné à ce poste, il ne tentait pas de trouver un remplaçant, sauf si moins de trois membres du personnel infirmier autorisé étaient prévus pour ce quart de travail. Le planificateur a indiqué qu'il avait reçu des instructions verbales pour cette pratique de planification

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

de l'horaire et qu'il ne disposait pas d'un document écrit à cet égard. La directrice des soins a précisé que selon les instructions, la PSSP de garde devait toujours être affectée au quart de nuit, mais qu'elle ignorait s'il existait un document qui l'attestait.

L'absence d'un plan écrit de dotation en personnel et d'un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour les situations où le personnel était incapable de se présenter au travail pour le quart de nuit a entraîné un risque accru pour les soins et la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Note de service sur le processus de réaffectation du personnel et le guide pour les absences non comblées (*Staff Reallocation Process/Guide with unreplaced call ins*), liste de répartition des PSSP (*PSW Distribution List*), entretiens avec l'administratrice, l'administratrice adjointe, la directrice des soins et le planificateur.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de dotation en personnel comprenne un plan d'urgence pour la dotation en personnel de soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel était incapable de se présenter au travail pour le quart de nuit.

Justification et résumé

Une note de service sur le processus de réaffectation du personnel et le guide pour les absences non comblées a été présentée en tant que plan d'urgence pour la dotation en personnel à l'inspectrice ou à l'inspecteur n° 756 par l'administratrice adjointe, mais elle ne comprenait aucun processus visant à parer aux situations où le personnel était incapable de se présenter au travail pour le quart de nuit.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

L'inspectrice ou l'inspecteur n'a pas reçu d'autres documents écrits concernant des situations où le personnel ne pouvait pas se présenter au travail pour le quart de nuit.

Lors d'un entretien, l'administratrice adjointe a déclaré qu'il n'existait pas de plan écrit d'urgence pour les situations où il n'y avait pas assez de membres du personnel pour le quart de nuit, et qu'il incombait aux membres du personnel autorisé d'organiser la répartition du personnel et de contribuer à l'administration des soins, au besoin.

L'absence d'un plan écrit d'urgence pour la dotation en personnel pour le quart de nuit pour parer aux situations où le personnel était incapable de se présenter au travail a entraîné un risque pour les soins et la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Examen d'une note de service sur le processus de réaffectation du personnel et le guide pour les absences non comblées, et entretien avec l'administratrice adjointe.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
25 septembre 2023.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Programme de prévention et de gestion des chutes

**Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2
du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).**

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 53 (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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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 :

1) Donner à l'ensemble du personnel infirmier autorisé une formation sur les politiques de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis. Cette formation doit porter notamment sur le moment où il convient de remplir un outil d'évaluation des risques de chute, de revoir le régime médicamenteux d'une personne résidente dans le contexte de la prévention des chutes, des approches de soins de rétablissement et de l'utilisation d'appareils fonctionnels, et d'aiguiller la personne résidente vers un physiothérapeute.

2) Veiller immédiatement à ce que l'IAA et l'IA en question reçoivent une formation sur les exigences liées aux examens requis de dépistage des traumatismes crâniens, y compris pendant le quart de nuit ou lorsqu'une personne résidente dort.

3) Veiller à ce que tous les examens requis de dépistage des traumatismes crâniens soient effectués au moment approprié pour les quatre personnes résidentes en question.

Pour s'assurer que les examens requis de dépistage des traumatismes crâniens sont réalisés pendant le quart de nuit, le titulaire de permis doit :

4) Élaborer et mettre en place des processus de surveillance et d'élimination, comme suit :

a) Élaborer et réaliser un examen chaque semaine pour voir à ce que le personnel infirmier autorisé du quart de nuit respecte son protocole de dépistage des

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

traumatismes crâniens. L'examen hebdomadaire se déroulera dans toutes les sections accessibles aux résidents sur une période de quatre semaines;

b) Le titulaire de permis doit veiller à ce que des mesures correctives pertinentes soient prises en cas d'écart par le personnel du protocole établi.

Un dossier écrit de tous les éléments prévus aux points 1), 2), 3) et 4) du présent OC doit être tenu jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée ait établi que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de prévention et de gestion des chutes soit respectée lorsque quatre personnes résidentes sont tombées.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) et à la disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu d'avoir un programme de prévention et de gestion des chutes, et de veiller à ce qu'il soit respecté.

1) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté la politique sur le programme de prévention et de gestion des chutes. La politique indiquait que l'évaluation postérieure à la chute devait comprendre la réalisation d'un examen de dépistage des traumatismes crâniens chaque fois qu'une personne résidente tombait et se cognait la tête, ou était soupçonnée de s'être cogné la tête, y compris s'il s'agissait d'une chute sans témoin.

i. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de prévention et de gestion des chutes soit respectée en ce qui concerne les examens de dépistage des traumatismes crâniens lorsqu'une personne résidente est tombée.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Une note d'évolution précisait que la personne résidente avait déclaré être tombée de son lit sans témoin. Aucun examen de dépistage des traumatismes crâniens n'a été réalisé au moment du signalement de la chute, et une IAA en a réalisé un au cours du quart de travail suivant. Lorsqu'elle a été interrogée, l'IAA a expliqué que cet examen avait été réalisé, car il est requis pour les chutes sans témoin.

La personne résidente a fait quatre autres chutes au cours du même mois. Un examen de dépistage des traumatismes crâniens a été réalisé au moment des chutes, mais ceux requis à une heure précise le jour même et le lendemain ne l'ont pas été. La directrice des soins a confirmé que chaque examen prévu dans le formulaire de dépistage des traumatismes crâniens devait avoir lieu.

En raison de l'absence d'examen de dépistage des traumatismes crâniens lors de la première chute et à deux moments précis pour les quatre autres chutes, la personne résidente a été exposée à un risque accru de blessure non détectée.

Sources : Notes d'évolution, dossiers d'examen de dépistage des traumatismes crâniens, évaluations de la gestion des risques, et entretiens avec une IAA et la directrice des soins.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de prévention et de gestion des chutes soit respectée en ce qui concerne l'examen des traumatismes crâniens lorsqu'une personne résidente est tombée.

Justification et résumé

Une personne résidente a été désignée par l'auteur de la plainte comme une personne nécessitant une attention particulière en raison de ses antécédents de blessures.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Au cours de l'inspection, il a été établi que la personne résidente avait été hospitalisée et avait subi une blessure nécessitant une intervention chirurgicale. Selon les dossiers hospitaliers connexes, la personne résidente aurait subi plusieurs chutes au cours des deux mois précédant son hospitalisation où elle s'est blessée. Les dossiers hospitaliers indiquaient clairement que la personne résidente avait fait une chute à une date précise au cours du mois précédant l'hospitalisation, ce que corroboraient les notes d'évolution.

Le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens a été examiné et l'examen postérieur à la chute de la personne résidente a été commencé le même jour. Le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens a été jugé incomplet, des champs de saisie pour trois examens prévus ayant été laissés en grande partie vides. Aucune inscription dans les notes d'évolution pendant la nuit n'indiquait que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens avait été réalisé comme il se devait, et rien ne précisait que la personne résidente avait refusé les examens requis.

En plus de ce qui précède, les dossiers d'examen de dépistage des traumatismes crâniens pour les chutes les plus récentes de la personne résidente ont été examinés. Aucune donnée n'a été inscrite dans plusieurs champs de saisie liés à l'examen de dépistage des traumatismes crâniens pendant le quart de nuit. Il a plutôt été indiqué que la personne résidente « dormait ».

Toutefois, selon la directrice des soins, lorsqu'une personne résidente est soumise au protocole d'examen de dépistage des traumatismes crâniens, le personnel infirmier autorisé doit la réveiller la nuit si elle est endormie afin de procéder à l'examen requis.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens soit effectué comme il se devait lorsque la personne résidente est tombée. Cette non-conformité a entraîné un risque pour la santé de la personne résidente en raison de la possibilité d'un traumatisme crânien non détecté.

Sources : Dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les dossiers d'examen de dépistage des traumatismes crâniens et les dossiers hospitaliers pertinents; entretiens avec des membres du personnel, y compris une IA et d'autres membres du personnel infirmier autorisé, la directrice des soins et un autre membre du personnel du foyer de SLD.

iii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de prévention et de gestion des chutes soit respectée en ce qui concerne l'examen des traumatismes crâniens lorsqu'une personne résidente est tombée.

Justification et résumé

Selon la directrice des soins, la personne résidente est tombée, et un examen de dépistage des traumatismes crâniens aurait été nécessaire pendant les quarts de travail suivants.

D'après les documents figurant dans le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens, un tel examen avait été réalisé pour la personne résidente au moment de la chute. Cependant, aucune donnée n'a été saisie dans le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens pour les quarts de travail précisés des deux dates suivantes.

Les séquences vidéo des quarts de travail précisés ont été examinées avec la directrice des soins. Rien n'indiquait qu'un membre du personnel infirmier autorisé était entré dans la chambre de la personne résidente lors des quarts de travail 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

question pour procéder à l'examen requis de dépistage des traumatismes crâniens. La directrice des soins a confirmé la même chose.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation postérieure à la chute qui s'imposait – en particulier, l'examen de dépistage des traumatismes crâniens – soit effectuée pour la personne résidente au cours de deux quarts de travail. Cette non-conformité a entraîné un risque pour la santé de la personne résidente en raison de la possibilité d'un traumatisme crânien non détecté à la suite d'une chute.

Sources : Examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les examens de dépistage des traumatismes crâniens; examen de la politique sur le programme de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management Program*); examen des séquences vidéo pertinentes; entretiens avec des membres du personnel, y compris une PSSP, une IA et d'autres membres du personnel infirmier autorisé ainsi que la directrice des soins.

iv. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de prévention et de gestion des chutes soit respectée en ce qui concerne l'examen des traumatismes crâniens lorsqu'une personne résidente est tombée.

Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur a reçu une photo horodatée. La photo montrait que le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens de la personne résidente avait été rempli à l'avance pour deux examens prévus au cours du même quart de travail et qu'il avait été signé. Les inscriptions signées d'avance indiquaient que la personne résidente avait « refusé » l'examen requis de dépistage des traumatismes crâniens. La même réponse (« refusé ») avait été saisie pour un examen antérieur. Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a confirmé que la copie papier

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

du dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens de la personne résidente, qui avait été remplie aux deux dates précisées, comprenait les mêmes réponses que celles figurant sur la photo.

Les séquences vidéo pertinentes ont été examinées avec la directrice des soins. Il a été constaté qu'aucun membre du personnel infirmier autorisé n'était entré dans la chambre de la personne résidente à un moment quelconque pour procéder à l'examen requis de dépistage des traumatismes crâniens lors du quart de travail en question. Selon la directrice des soins, une IAA et une IA avaient travaillé pendant le quart de travail en question, et le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens comportait la signature de l'IAA.

L'IAA n'a pas effectué l'évaluation postérieure à la chute qui était requise, en particulier l'examen de dépistage des traumatismes crâniens, de la personne résidente lors du quart de travail à une date précise.

Le fait de ne pas avoir procédé à l'examen requis de dépistage des traumatismes crâniens à la suite d'une chute a entraîné un risque pour la santé de la personne résidente en raison de la possibilité d'un traumatisme crânien non détecté.

Sources : Examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les évaluations postérieures à la chute et les dossiers d'examen de dépistage des traumatismes crâniens, photos et vidéos pertinentes, et renseignements pertinents figurant sur un tableau d'affichage électronique dans PCC; entretiens avec des membres du personnel, y compris une IA, la directrice des soins et un autre membre du personnel du foyer de soins de longue durée.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

v. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique de prévention et de gestion des chutes soit respectée en ce qui concerne l'examen de dépistage des traumatismes crâniens lorsqu'une personne résidente est tombée.

Justification et résumé

Selon les données saisies dans les notes d'évolution de la personne résidente, celle-ci a fait une chute sans témoin à deux dates différentes.

Les dossiers d'examen de dépistage des traumatismes crâniens liés à chacune des chutes susmentionnées ont été examinés.

- Dans le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens établi au moment de la première chute, cinq inscriptions correspondant à cinq moments d'examen distincts indiquaient que la personne résidente « dormait » au moment de l'examen requis, et il n'y avait aucune inscription pour un quart de travail deux jours plus tard.
- Dans le dossier d'examen de dépistage des traumatismes crâniens établi pour la deuxième chute, les inscriptions faites pour trois examens prévus indiquaient chacune la mention « endormi » ou « refusé ». Aucune inscription n'a été effectuée pour deux quarts de travail à deux dates ultérieures.

Par ailleurs, la directrice des soins a toutefois déclaré que le personnel infirmier était censé réveiller une personne résidente si un examen de dépistage des traumatismes crâniens était nécessaire alors que celle-ci dormait, et qu'il n'était pas approprié d'inscrire simplement dans le dossier qu'elle « dormait » à ce moment-là.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les évaluations postérieures à une chute requises, en particulier les examens de dépistage des traumatismes crâniens, soient effectuées pour la personne résidente après qu'elle soit tombée à deux

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

reprises. Cette situation a entraîné un risque pour la santé de la personne résidente en raison de la possibilité d'un traumatisme crânien non détecté.

Sources : Examen des dossiers de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution et les dossiers d'examen de dépistage des traumatismes crâniens; entretiens avec la directrice des soins et un autre membre du personnel du foyer de SLD.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets chez une personne résidente, notamment par sa surveillance, le réexamen de ses régimes médicamenteux, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'accessoires fonctionnels.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) et à la disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu d'avoir un programme de prévention et de gestion des chutes, et de veiller à ce qu'il soit respecté. En outre, conformément à l'article 54 (1) du Règlement, le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes, le réexamen de leurs régimes médicamenteux et la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets chez la personne résidente de la façon suivante :

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

- i. La personne résidente n'a pas fait l'objet d'une surveillance pour les risques de chute par le biais de l'outil d'évaluation des risques de chute, conformément à la politique du titulaire de permis;
- ii. Le régime médicamenteux de la personne résidente n'a pas été réexaminé à la suite de la chute; il ne l'a pas été jusqu'à ce qu'elle ait fait plusieurs chutes après avoir commencé à prendre un nouveau médicament;
- iii. Les méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'appareils fonctionnels n'ont pas été mises en œuvre pour la personne résidente lorsque son état a changé.

Selon la politique du programme de prévention et de gestion des chutes, lorsque l'état d'une personne résidente change, des évaluations du risque de chute et des services de physiothérapie doivent être effectués. La politique précise également que les personnes résidentes dont l'état, l'équilibre ou la démarche change, qui commencent à prendre un nouveau médicament ou qui ont subi une chute ou une série de chutes dans les trois mois précédents sont considérées comme présentant un risque de chute.

D'après les dossiers examinés, une évaluation des risques de chute a été réalisée chez la personne résidente à une date précise. Lors de cette évaluation, il a été noté que la personne résidente avait une démarche normale et qu'elle se déplaçait de manière autonome sans utiliser d'aides à la marche. L'évaluation suivante des risques de chute a été réalisée trois semaines plus tard. Cependant, des changements dans l'état de la personne résidente par rapport au risque de chute avaient été notés avant cette date.

- Lors d'entretiens, des membres du personnel ont indiqué que des changements avaient été observés dans la démarche de la personne résidente. L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que, à ce moment-là, la personne résidente avait également

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

besoin de l'aide de deux membres du personnel pour se déplacer et effectuer les transferts, mais peu de temps après, elle a été observée en train de se déplacer seule avec difficulté et sans l'aide d'un appareil fonctionnel.

- D'après les dossiers examinés, la fréquence de prise des médicaments de l'une des personnes résidentes a été augmentée. Selon l'ordre, le personnel était tenu de surveiller la personne résidente quant à la sédation, pour l'augmentation des chutes et d'effets secondaires. Il a été constaté que la personne résidente avait subi plusieurs chutes depuis le changement de médicaments.

L'examen des dossiers médicaux de la personne résidente n'a aucunement démontré que celle-ci avait été évaluée par un physiothérapeute malgré les changements décrits ci-dessus et l'augmentation constatée des chutes. L'examen des évaluations postérieures à la chute (rapports d'incidents de gestion des risques) réalisées pour la personne résidente a révélé que le changement de médicaments n'avait pas été considéré comme un facteur susceptible d'avoir contribué à l'une des chutes survenues au cours du mois en question.

Les renseignements transmis par le personnel infirmier autorisé lors d'entretiens indiquaient qu'il ne s'était pas familiarisé avec les aspects pertinents du programme de prévention et de gestion des chutes, comme le moment d'utiliser l'outil d'évaluation du risque de chute, les processus de réexamen du régime médicamenteux d'une personne résidente dans le contexte de la prévention des chutes ou le fait de s'assurer que les méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'accessoires fonctionnels avaient été mises en œuvre au besoin, comme par le biais d'un aiguillage vers un physiothérapeute.

De plus, le coordonnateur RAI a précisé qu'il ne lui incombait généralement pas de procéder aux évaluations des risques de chute requises, mais qu'il l'avait fait pour

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

cette personne résidente à deux dates différentes parce que le personnel infirmier autorisé ne les avait pas réalisées lorsqu'elles étaient requises. Selon le coordonnateur RAI, les évaluations des risques de chute n'ont pas toujours été effectuées lorsqu'elles étaient requises au foyer. Le coordonnateur RAI a également soulevé une préoccupation au sujet des médicaments de la personne résidente dans le contexte de la prévention des chutes, de même que du manque de surveillance après un changement de médicaments.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets pour la personne résidente puisque le personnel n'a pas respecté la politique concernant ce programme pour l'utilisation de l'outil d'évaluation des risques de chute, le réexamen du régime médicamenteux de la personne résidente dans le contexte de la prévention des chutes et en raison de l'aiguillage tardif vers un physiothérapeute et, par conséquent, l'évaluation tardive par ce dernier.

Cette non-conformité a entraîné un risque de chutes récurrentes pour la personne résidente. La personne résidente a subi plusieurs chutes, et l'une d'elles a causé une blessure.

Sources : Dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les évaluations des risques de chute, les évaluations postérieures à une chute (rapports d'incidents de gestion des risques), les ordonnances médicales, les évaluations des services de physiothérapie et les aiguillages vers un physiothérapeute, les communications par courriel connexes, et la politique concernant le programme de prévention et de gestion des chutes; entretiens avec des membres du personnel, y compris deux PSSP, deux IAA, une IA et le physiothérapeute.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
25 septembre 2023.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Réserve de médicaments
en cas d'urgence**

**Problème de conformité n° 021 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2
du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).**

Non-respect : de l'alinéa 132 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

**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 :

- 1) Entamer immédiatement une enquête sur l'incident présumé de substances désignées manquantes ou d'existence d'une différence d'inventaire dans la réserve de médicaments en cas d'urgence gardée par le foyer de SLD;
- 2) Veiller à ce qu'un rapport soit présenté par écrit au directeur en vertu de la LRSLD (2021), comme l'exige le paragraphe 115 (5) du Règl de l'Ont. 246/22, concernant l'incident et les résultats de l'enquête;
- 3) Veiller à ce que tous les membres du personnel infirmier autorisé qui ont accès à la réserve de médicaments en cas d'urgence ou qui sont chargés d'en remplacer l'inventaire reçoivent une formation sur les politiques et marches à suivre du titulaire de permis régissant l'utilisation de cette réserve;
- 4) Élaborer et mettre en place des processus de surveillance et d'élimination, comme suit :

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

- A) Élaborer et réaliser une vérification hebdomadaire pour établir si le personnel infirmier autorisé respecte ses politiques et protocoles relatifs à la réserve de médicaments en cas d'urgence. Cette vérification doit être réalisée sur une période de quatre semaines,
- b) Veiller à ce que des mesures correctives appropriées soient prises lorsque des écarts par rapport aux politiques et protocoles établis sont constatés chez le personnel.

Un dossier écrit de tous les éléments prévus aux points 1), 2), 3) et 4) du présent OC doit être tenu jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée ait établi que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

Motifs

- i. Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des politiques et marches à suivre écrites régissant le réapprovisionnement en médicaments, l'accès à la réserve de médicaments en cas d'urgence (la réserve), l'utilisation des médicaments de la réserve ainsi que le suivi et la documentation des médicaments qui y sont gardés.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques liées à la réserve de médicaments en cas d'urgence soient respectées. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté la politique sur la gestion des stupéfiants et des médicaments contrôlés (*Management of Narcotic and Controlled Drugs*).

Justification et résumé

Dans la politique susmentionnée, il était indiqué que lorsqu'il manque une substance désignée, comme un stupéfiant, un rapport d'incident lié à un médicament doit être rempli, et la directrice des soins doit ouvrir une enquête. Il

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

était également indiqué que d'autres parties, comme un collègue professionnel ou la police, seraient avisées selon les exigences législatives et directives relevant de l'administration.

Un membre du personnel du foyer de SLD (le foyer) a affirmé que la réserve gardée par celui-ci contenait une faible quantité d'une substance désignée au moment de l'inspection et qu'elle n'avait pas été comptabilisée. Le membre du personnel a ajouté qu'il y avait eu une pénurie de substances désignées dans la réserve pendant plusieurs mois et que le fournisseur de services pharmaceutiques n'avait pas été en mesure de renouveler la substance parce qu'il ne savait pas à quelle personne résidente elle devait être facturée.

Les vérifications de l'inventaire de la réserve ont été examinées, et des pénuries ont été constatées pour diverses substances désignées. Les pénuries détectées ont été confirmées par l'IAA/superviseure des PSSP.

Au cours de l'inspection, la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité ainsi que l'IAA/superviseure des PSSP ont chacune été désignées comme les personnes ayant enquêté sur le problème.

Cependant, la personne responsable du perfectionnement personnel, de la santé et de la sécurité a nié avoir enquêté à quelque moment que ce soit sur des substances désignées potentiellement manquantes ou non comptabilisées dans la réserve de médicaments en cas d'urgence. L'IAA/superviseure des PSSP n'a pu confirmer avec certitude la raison pour laquelle la quantité de substances désignées dans la réserve de médicaments en cas d'urgence était faible et a précisé qu'elle n'avait pas étudié expressément la possibilité que des substances désignées manquent ou qu'il existe une différence d'inventaire dans la réserve à un moment quelconque.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

D'autres renseignements recueillis au cours de l'inspection ont appuyé la possibilité que des substances désignées manquent ou qu'il existe une différence d'inventaire dans la réserve de médicaments en cas d'urgence gardée par le foyer :

- Selon l'IAA/superviseure des PSSP, une substance désignée précise ne se trouvait pas dans la réserve de médicaments en cas d'urgence au moment de l'inspection.
- Le fournisseur de services pharmaceutiques avait détecté un problème lié à la possibilité que des substances désignées manquent ou qu'il y ait une différence d'inventaire dans la réserve de médicaments en cas d'urgence.
- Une IA s'est souvenue d'avoir effectué une vérification de la réserve de médicaments en cas d'urgence et d'avoir constaté que la quantité de divers médicaments, y compris des substances désignées, était faible. L'IA n'était pas au courant de la tenue d'une enquête sur la faible quantité de médicaments et a expliqué qu'elle avait alors présumé que les noms de personnes résidentes figuraient dans une commande antérieure et qu'elle l'avait simplement renouvelée sans préciser le nom d'une personne résidente.
- Un représentant du fournisseur de services pharmaceutiques a indiqué que dans deux cas, un médicament de la réserve de médicaments en cas d'urgence avait été utilisé pour une personne résidente et qu'une nouvelle commande avait été effectuée le même jour, et que la pharmacie avait facturé le médicament de remplacement et l'avait livré. Dans les deux cas, cependant, il n'y avait aucun dossier de l'inscription et de la réception du médicament sur la feuille de réapprovisionnement de la réserve en cas d'urgence, comme cela aurait dû être le cas, selon l'IAA/superviseure des PSSP.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Au cours de l'inspection, la directrice des soins a été informée que l'inspectrice ou l'inspecteur n'avait pas été en mesure de confirmer si des substances désignées manquaient ou qu'il existait une différence d'inventaire dans la réserve de médicaments en cas d'urgence, et qu'il n'y avait pas eu d'enquête complète concernant ce problème. La directrice des soins a précisé qu'elle n'était pas en mesure d'entamer une enquête sur cette affaire au moment de l'inspection, mais qu'elle le ferait ultérieurement. En outre, la police n'avait pas été informée du problème, et rien n'indiquait qu'un rapport d'incident lié à un médicament avait été établi.

L'absence d'enquête et de notification à la police, conformément à la politique du titulaire de permis, a entraîné un risque de non-détection d'un détournement de médicaments, en particulier de substances désignées, et de maintien d'une faible quantité de substances désignées dans la réserve de médicaments en cas d'urgence. Cette situation peut avoir un impact sur toute personne résidente au foyer de SLD qui dépend, ou pourrait dépendre, de la réserve pour que ses besoins, y compris ses besoins en matière de soins palliatifs, soient satisfaits.

Sources : Entretiens avec le personnel, y compris l'IAA/superviseure des PSSP, une IA, la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité, la directrice des soins et les représentants du fournisseur de services pharmaceutiques, dont un consultant en pharmacie clinique, un pharmacien et un gérant de pharmacie; examen des politiques pertinentes, y compris la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence et la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence dans PCC, la gestion des stupéfiants et des médicaments désignés; et examen d'autres dossiers connexes, y compris les dossiers d'expédition de médicaments, les feuilles de réapprovisionnement des boîtes de médicaments en cas d'urgence, les listes des

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

boîtes de médicaments en cas d'urgence et la correspondance électronique connexe.

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des politiques écrites liées à la réserve de médicaments en cas d'urgence, y compris la marche à suivre régissant le réapprovisionnement en médicaments, de même que le suivi et la documentation des médicaments gardés dans la réserve.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques liées à la réserve de médicaments en cas d'urgence soient respectées. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté les politiques sur la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence et la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence dans PCC.

Justification et résumé

Il a été allégué que le personnel du foyer de SLD n'avait pas respecté les marches à suivre régissant l'utilisation de la réserve de médicaments en cas d'urgence gardée par le foyer et que la quantité de substances désignées de la réserve était particulièrement faible et n'aurait pas été comptabilisée.

Les politiques susmentionnées décrivaient les marches à suivre régissant le réapprovisionnement en médicaments de la réserve afin de confirmer la réception du médicament de remplacement pour la réserve et d'utiliser le registre des médicaments désignés pour la réserve. Également, il était précisé que le personnel infirmier autorisé devait vérifier chaque mois le contenu de la réserve de médicaments en cas d'urgence afin de s'assurer que tous les médicaments s'y trouvaient et qu'ils n'étaient pas périmés.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Au cours de l'inspection, l'IAA/superviseure des PSSP a établi et confirmé que les marches à suivre régissant l'utilisation de la réserve gardée par le foyer n'avaient pas été mises en œuvre de la façon suivante :

- a. Les médicaments, y compris les substances désignées, pris dans la réserve n'étaient pas toujours inscrits ou commandés de nouveau à la pharmacie conformément aux marches à suivre requises;
- b. Les médicaments, y compris les substances désignées, reçus pour la réserve n'étaient pas toujours inscrits conformément aux marches à suivre requises;
- c. Une vérification interne de l'inventaire de la réserve n'a pas été réalisée tous les mois, comme prévu.

Plus précisément :

- a. Les médicaments, y compris les substances désignées, pris dans la réserve n'étaient pas toujours inscrits ou commandés de nouveau à la pharmacie conformément aux marches à suivre requises.

Lors d'un entretien avec un représentant du fournisseur de services pharmaceutiques, il a été précisé qu'un médicament avait été utilisé et commandé de nouveau pour une personne résidente, mais que la pharmacie n'avait pas été en mesure de le renouveler parce qu'elle n'avait alors pas reçu tous les renseignements liés à son utilisation. Par exemple, la feuille de réapprovisionnement ne mentionnait ni la quantité utilisée ni la quantité demandée pour le réapprovisionnement, et la pharmacie n'avait pas encore reçu l'ordonnance pour la personne résidente concernée. Pour ces raisons, l'utilisation de la réserve pour la personne résidente concernée n'a pu être vérifiée à ce moment.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

L'inspectrice ou l'inspecteur a également reçu au cours du même mois une copie des communications électroniques avec le fournisseur de services pharmaceutiques concernant un rapport d'une IA qui travaillait au foyer de SLD. Ce courriel précisait que l'infirmière avait commandé de nouveau de nombreux médicaments pour la réserve sans pour autant nommer la personne résidente pour laquelle le médicament demandé avait été pris. Le courriel indiquait que la demande avait été formulée de cette manière après que l'infirmière eut constaté que la réserve était « vide » à ce moment-là.

Lors de l'examen des feuilles de réapprovisionnement des boîtes de la réserve de médicaments en cas d'urgence, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'en plus de l'incident décrit ci-dessus, plusieurs médicaments de la réserve (y compris des substances désignées) avaient été désignés aux fins de réapprovisionnement, mais ne contenaient pas les renseignements requis, comme le nom de la personne résidente qui avait reçu les médicaments au cours des trois mois précédents. Ces dates correspondent aux dates de vérification de l'inventaire de la réserve par un membre du personnel infirmier autorisé, comme il est décrit ci-dessous (consulter le point c).

b. Les médicaments, y compris les substances désignées, reçus pour la réserve n'étaient pas toujours inscrits conformément aux marches à suivre requises.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé la réserve de médicaments en cas d'urgence et examiné les dossiers pertinents, comme les dossiers d'expédition de médicaments et les feuilles de réapprovisionnement des boîtes de réserve, avec l'IAA/superviseure des PSSP. L'IAA/superviseure des PSSP a alors indiqué que, d'après les dossiers examinés à ce moment-là, un médicament avait été livré, mais n'avait pas été inscrit ou consigné comme ayant été « reçu » sur la feuille de réapprovisionnement des boîtes de réserve de médicaments en cas d'urgence, où

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

elle s'attendait à ce qu'il ait été consigné. Les cinq ampoules du médicament ont été retrouvées dans la boîte de réserve de médicaments en cas d'urgence et ont été identifiées grâce aux numéros d'ordonnance.

Un représentant du fournisseur de services pharmaceutiques a précisé lors d'un entretien que le personnel avait utilisé un médicament pour deux personnes résidentes qui se trouvaient dans la réserve et l'avait commandé de nouveau le même jour, et que la pharmacie avait facturé le médicament de remplacement et l'avait livré. Cependant, dans les deux cas, il n'y avait aucun dossier de l'inscription et de la réception du médicament sur la feuille de réapprovisionnement en médicaments en cas d'urgence, comme cela aurait dû être le cas, selon l'IAA/superviseure des PSSP.

Selon un représentant du fournisseur de services pharmaceutiques, lorsqu'une substance désignée est retirée de la réserve pour une personne résidente en particulier, le médicament est remplacé par la pharmacie au nom de cette dernière, pour autant qu'il existe une ordonnance active pour l'utilisation de ce médicament par cette personne. Le médicament de remplacement est livré sous le nom de la personne résidente concernée, mais en deux lots distincts : l'un pour l'approvisionnement individuel de la personne résidente et l'autre pour la quantité à remplacer dans la réserve de médicaments en cas d'urgence. Aux dires du représentant du fournisseur de services pharmaceutiques, il incombe au personnel infirmier autorisé qui reçoit la livraison de remplacer et d'inscrire la quantité appropriée dans la réserve de médicaments en cas d'urgence.

c. Une vérification interne de l'inventaire de la réserve n'a pas été réalisée tous les mois, comme prévu.

D'après l'IAA/superviseure des PSSP, le contenu de la réserve de médicaments en cas d'urgence a fait l'objet d'une vérification tous les mois lors des trois mois

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

précédents et, avant cette période, il n'avait été vérifié que lors de trois mois au cours de l'année précédente. Il a été constaté que des pénuries dans l'inventaire de la réserve étaient inscrites dans les formulaires de vérification (liste des boîtes de médicaments en cas d'urgence [*Emergency Medication Box List*]) depuis au moins l'année précédente. Les pénuries signalées concernaient notamment des substances désignées. Au moment de l'inspection, selon l'IAA/superviseure des PSSP, une substance désignée précise manquait dans la réserve.

Lors d'un entretien, un représentant du fournisseur de services pharmaceutiques a expliqué qu'en l'absence d'une vérification mensuelle de l'inventaire de la réserve, il était difficile d'effectuer un suivi ou un bilan comparatif des médicaments de la réserve.

L'absence de mise en œuvre de politiques concernant l'approvisionnement en médicaments en cas d'urgence a entraîné un risque de détournement de médicaments, en particulier de substances désignées, de même qu'une quantité globalement faible de médicaments ou des médicaments périmés, ce qui peut avoir un impact sur toute personne résidente qui dépend, ou pourrait dépendre, de la réserve pour que ses besoins, y compris ses besoins en matière de soins palliatifs, soient satisfaits.

Sources : Entretiens avec des membres du personnel, y compris l'IAA/superviseure des PSSP, une IA, la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité, la directrice des soins et les représentants du fournisseur de services pharmaceutiques, dont un consultant en pharmacie clinique, un pharmacien et le gérant de pharmacie; examen des politiques pertinentes, y compris la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence et la marche à suivre régissant la boîte de médicaments en cas d'urgence dans PCC; et examen d'autres dossiers connexes, y compris les dossiers d'expédition 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

médicaments, les feuilles de réapprovisionnement des boîtes de médicaments en cas d'urgence, les listes des boîtes de médicaments en cas d'urgence et la correspondance électronique connexe.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
25 septembre 2023.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Problème de conformité n° 022 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la LRS LD (2021).

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

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 147 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis doit :

1) Examiner et analyser les incidents liés à des médicaments mettant en cause la personne résidente concernée pour établir les facteurs contributifs et les aspects du processus à améliorer afin d'éviter que les incidents ne se reproduisent.

L'examen et l'analyse requis au titre de l'étape 1) doivent à tout le moins :

- a) Mobiliser le fournisseur de services pharmaceutique;
- b) Englober la prise en compte des marches à suivre régissant le traitement des changements de médicaments et des nouvelles 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

2) Veiller à ce qu'en cas d'écart entre l'ordonnance originale du prescripteur et l'ordonnance figurant dans le RAME d'une personne résidente, des mesures immédiates soient prises en vue de la résolution de cet écart.

Un relevé écrit de tous les éléments exigés en vertu des points (1) et (2) de cet ordre de conformité doit être tenu jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les incidents liés à des médicaments soient documentés, examinés et analysés.

Justification et résumé

Selon la politique sur les rapports d'incident lié à des médicaments (*Medication Incident Reporting*), un tel rapport doit être utilisé pour l'ensemble des incidents liés à des médicaments.

Dans cette même politique, le terme « incident lié à un médicament » est défini comme tout événement évitable susceptible de provoquer ou d'entraîner une utilisation inappropriée de médicaments ou un préjudice pour la personne résidente. Il est en outre précisé qu'un incident lié à un médicament peut se rattacher à divers facteurs, notamment la pratique professionnelle, les marches à suivre et les systèmes, et concerner la communication des ordonnances ainsi que la délivrance, l'administration et la surveillance des médicaments.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a examiné un rapport d'incident lié à un médicament, soit un formulaire structuré qui guidait l'utilisateur dans l'examen et l'analyse d'un incident en l'invitant à prendre en compte le type

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

d'incident et les étapes en cause dans l'incident, et à effectuer une analyse des causes profondes en établissant les facteurs contributifs possibles.

i. Lorsqu'un écart a été détecté pour la première fois en raison d'une ordonnance en double dans le RAME d'une personne résidente, l'incident lié à un médicament n'a pas été documenté, examiné ou analysé, comme l'exigeait la politique du titulaire de permis.

D'après les dossiers examinés lors de l'inspection, la personne résidente s'est vu prescrire un médicament comme suit :

- Le médicament a été prescrit à une dose précise;
- Deux mois plus tard, l'ordonnance a été modifiée;
- Plus tard le même mois, le dosage du médicament en question a été réduit.

Le RAME de la personne résidente a été examiné pour le mois au cours duquel le changement de dosage s'est produit. Il a alors été constaté que l'ordonnance susmentionnée n'avait pas encore été supprimée du RAME de la personne résidente, alors qu'une deuxième ordonnance au même dosage et pour la même période d'administration avait été ajoutée dans le même RAME.

Les notes saisies dans le RAME de la personne résidente et les notes d'évolution rédigées par un ou plusieurs membres du personnel infirmier autorisé, y compris une IAA, indiquaient que l'une des doses du médicament avait été signalée par l'infirmière comme une « ordonnance en double » à quatre dates distinctes. Cependant, pour les huit autres jours de la période d'administration, selon les notes rédigées, les deux doses du médicament ont été administrées à 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien, l'IAA a confirmé qu'elle avait déjà eu connaissance d'une ordonnance en double dans le RAME de la personne résidente au cours du mois en question. L'IAA s'est également souvenue que la dose supplémentaire du médicament se trouvait dans la réserve de médicaments de la personne résidente et qu'elle pouvait alors être administrée. Cependant, rien n'indiquait que l'IAA avait clarifié l'ordonnance à ce moment-là, qu'elle avait prévenu le fournisseur de services pharmaceutiques lors de la détection de l'écart ou qu'elle avait rédigé un rapport d'incident lié à un médicament.

Au contraire, l'ordonnance en double est restée dans le RAME de la personne résidente jusqu'à ce que l'inspectrice ou l'inspecteur signale le problème à un membre de l'équipe de direction pendant l'inspection.

ii. Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a détecté et signalé le même écart, à savoir qu'il y avait une ordonnance en double dans le RAME, l'incident lié à un médicament n'a pas été documenté, examiné ou analysé, comme l'exigeait la politique du titulaire de permis.

Dans une note d'évolution datée du jour où l'inspectrice ou l'inspecteur a fait part à un membre de l'équipe de direction de son inquiétude concernant l'ordonnance en double dans le RAME de la personne résidente, une IAA a écrit qu'elle avait été informée par un superviseur des soins infirmiers que la personne résidente avait reçu une dose excessive du médicament, les deux ordonnances ayant été émises à deux mois d'intervalle.

Environ 13 jours plus tard, lors d'un entretien, l'IAA a confirmé qu'elle soupçonnait que la personne résidente avait reçu une dose excessive du médicament, comme il était décrit dans la note. Par ailleurs, l'IAA a indiqué qu'elle n'avait pas rempli 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

rapport d'incident lié à un médicament pour cet incident en particulier parce qu'elle croyait qu'une autre IAA l'avait fait alors que ce n'était pas le cas.

Lors des entretiens, la directrice des soins et l'autre IAA ont précisé qu'aucun rapport d'incident lié à un médicament n'avait été rempli pour l'incident décrit ci-dessus, malgré l'écart constaté dans le RAME de la personne résidente qui, à tout le moins, aurait pu entraîner une utilisation inappropriée de médicaments ou un préjudice pour la personne résidente. Selon la directrice des soins et l'autre IAA, aucun rapport d'incident lié à un médicament n'avait été rempli pour cet incident en particulier parce que la deuxième ordonnance (en double) n'avait pas été incluse dans la dose en chapelet de la personne résidente ou dans sa réserve individuelle de médicaments, et ne pouvait donc pas être administrée au moment de l'incident.

Il a ensuite été établi que, selon les rapports d'expédition de médicaments transmis par le fournisseur de services pharmaceutiques, la quantité de médicaments livrée au foyer de soins de longue durée pour la personne résidente pendant une semaine donnée était suffisante pour honorer les deux ordonnances (en double).

L'incident lié à un médicament n'a pas été documenté, examiné ou analysé au moyen d'un rapport d'incident, comme l'exigeaient les politiques du titulaire de permis, au moment où un écart dans le RAME de la personne résidente quant à une ordonnance en double a été détecté par un membre du personnel infirmier autorisé ou lorsqu'il a été cerné ultérieurement par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Cette non-conformité a entraîné un risque pour la santé de la personne résidente en raison de la possibilité d'une erreur récurrente liée au médicament et des effets connexes. D'après les dossiers examinés, la personne résidente a effectivement subi une augmentation de la sédation et des chutes fréquentes au cours du mois en question.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les ordonnances médicales et le RAME, examen d'un rapport d'incident lié à un médicament connexe, de rapports pertinents d'expédition de médicaments (rapports « PACMED ») du fournisseur de services pharmaceutiques et de la politique sur les rapports d'incident lié à un médicament (*Medication Incident Reporting*); entretiens avec des membres du personnel, y compris quatre IAA et la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
25 septembre 2023.

(M2)

**Le problème de conformité qui suit a été modifié : Problème de conformité
n° 023**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 Obligation du titulaire de
permis de se conformer au programme**

**Problème de conformité n° 023 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2
du paragraphe 154 (1) de la LRSLD (2021).**

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

**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 ne s'est pas conformé au paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021).

Le titulaire de permis doit :

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

1) Veiller à ce que le personnel respecte le programme de soins écrit de la personne résidente n° 001 en ce qui concerne le bain ainsi que les soins de la peau et des plaies;

2) Veiller à ce que le personnel respecte le programme de soins écrit des personnes résidentes n° 002 et n° 008 en ce qui concerne la mise en œuvre d'interventions de prévention des chutes, particulièrement des alarmes à clip magnétique ou d'autres systèmes d'alarme qui peuvent être utilisés aux fins de prévention des chutes;

3) Veiller à ce qu'en cas d'incident lié à un médicament chez une personne résidente, la surveillance requise après l'incident soit effectuée conformément au programme de soins de la personne résidente.

Pour faire en sorte que les exigences énoncées aux points 1), 2) et 3) soient respectées, le titulaire de permis doit :

4) Concevoir et réaliser une vérification hebdomadaire de la conformité du personnel à l'égard du programme de soins écrit de chacune des personnes résidentes désignées ci-dessus. Cette vérification doit être réalisée sur une période de quatre semaines.

5) Des mesures correctives seront prises si des écarts par rapport au programme de soins sont constatés.

Un relevé écrit doit être tenu pour tout ce qui est exigé dans le présent OC, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée juge que le titulaire de permis s'est conformé à cet ordre.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins des personnes résidentes n° 001, n° 002, n° 007 et n° 008 leur soient fournis, tel que le précisait le programme.

i. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 001 en ce qui concerne la fréquence des bains lui soient fournis, tel que le précisait le programme.

Justification et résumé

Un examen du programme de soins de la personne résidente a montré une révision de l'horaire des bains et l'ajout d'un bain supplémentaire. L'examen des documents dans PCC a révélé que pour cinq jours au cours d'un mois, cinq jours le mois suivant et trois jours deux mois plus tard, un bain qui était prévu n'avait pas eu lieu.

Les entretiens avec une PSSP et une IAA ont confirmé l'horaire des bains de la personne résidente pour une certaine période. Un entretien avec la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité a confirmé qu'il n'y avait pas eu de bain lors des jours susmentionnés.

Le non-respect du programme de soins en ce qui concerne la fréquence des bains, tel que le précisait le programme, a entraîné un risque pour le confort et le bien-être de la personne résidente.

Sources : Programme de soins et historique des révisions; rapport d'enquête des documents dans l'application Point of Care; entretiens avec une PSSP, une IAA, la personne responsable du perfectionnement du personnel, de la santé et de la sécurité, et l'administratrice.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

ii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins en ce qui concerne la surveillance de l'état de la peau soient fournis à la personne résidente n° 001, tel que le précisait le programme.

Justification et résumé

Le personnel devait prendre des photos hebdomadaires de la peau de la personne résidente afin de surveiller et d'évaluer l'état de sa peau, comme l'avait ordonné le médecin.

L'examen des dossiers médicaux de la personne résidente, y compris l'évaluation de la peau et des plaies, a révélé que pour deux dates au cours du mois précisé, cinq dates au cours du mois suivant et trois dates deux mois plus tard, aucune photographie n'avait été consignée dans le module d'évaluation de la peau et des plaies de PCC.

Lors des entretiens, deux IAA ont confirmé qu'une photo hebdomadaire de l'état de la peau de la personne résidente aurait dû être prise, comme le prévoyait son programme de soins, ce qui n'a pas été fait.

En ne veillant pas à ce que des photographies soient prises chaque semaine, comme l'avait ordonné le médecin, le personnel a exposé la personne résidente à un risque accru de détérioration des plaies.

Sources : Évaluation de la peau et des plaies; dossier d'administration des médicaments; entretiens avec deux IAA.

iii. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 002 en ce qui concerne la prévention et la gestion des chutes lui soient fournis, tel que le précisait le programme.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé

Selon le programme de soins de la personne résidente, l'utilisation d'un appareil devait être mise en œuvre à tout moment lorsque cette dernière était dans son fauteuil aux fins de prévention des chutes. Cependant, un jour, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé la personne résidente qui était assise dans son fauteuil sans que l'appareil ait été mis en place.

Lors d'un entretien le même jour, une PSSP a confirmé que l'appareil n'avait pas été mis en place ce jour-là comme le précisait le programme de soins de la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente lui soient fournis tel que le précisait le programme lorsque l'appareil n'a pas été mis en place aux fins de prévention des chutes. Cette non-conformité a entraîné un risque de chute pour la personne résidente.

Sources : Observations de la personne résidente; examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, le programme de soins et les dossiers dans l'application Point of Care; entretiens avec des membres du personnel, y compris une PSSP.

iv. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 007 lui soient fournis, tel que le précisait le programme, en ce qui concerne la surveillance de son état à la suite d'un incident lié à un médicament.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

L'examen du programme de soins de la personne résidente, y compris le rapport d'incident lié à un médicament de CareRx, les ordonnances médicales et les notes d'évolution, a révélé qu'une IP avait ordonné une surveillance des signes vitaux toutes les heures pendant huit heures à la suite d'un incident lié à un médicament.

Les dossiers médicaux électroniques et papier de la personne résidente ne contenaient aucun document selon lequel elle avait fait l'objet d'une surveillance ou que ses signes vitaux avaient été pris toutes les heures pendant huit heures, comme l'avait ordonné l'IP à la suite de l'incident lié à un médicament.

Lors d'entretiens distincts, une IAA et une IA n'ont pas pu se souvenir si elles avaient fourni les soins liés à la surveillance et à la prise des signes vitaux de la personne résidente toutes les heures pendant les huit heures qui avaient suivi l'incident lié à un médicament, comme l'avait ordonné l'IP.

Le fait que la personne résidente n'ait pas fait l'objet d'une surveillance comme l'avait ordonné l'IP a accru le risque que les effets indésirables liés à la prise des médicaments d'une autre personne résidente passent inaperçus aux yeux du personnel autorisé.

Sources : Examen du rapport d'incident lié à un médicament de CareRx, des notes d'évolution, de l'onglet du poids et des signes vitaux dans PCC, et des ordonnances médicales, et entretien avec une IAA et une IA.

v. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 008 lui soient fournis, tel que le précisait le programme, en ce qui concerne la prévention et la gestion des chutes.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Il a été allégué que l'appareil mis en place en tant qu'intervention de prévention des chutes chez la personne résidente n'avait pas été mis en œuvre comme il se devait.

L'examen des dossiers médicaux a permis de constater que le programme de soins de la personne résidente prévoyait l'utilisation d'un appareil de prévention des chutes lorsque la personne résidente était assise dans son fauteuil. Cependant, au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé à plusieurs reprises la personne résidente qui était dans son fauteuil, sans l'appareil requis.

Lors des entretiens, une PSSP a indiqué que la personne résidente avait besoin d'un appareil lorsqu'elle était dans son lit, mais pas lorsqu'elle était dans son fauteuil, alors qu'une autre PSSP a précisé qu'elle avait besoin d'un appareil lorsqu'elle était dans son lit comme dans son fauteuil. Par ailleurs, l'une des PSSP s'est souvenue que l'appareil de la personne résidente n'avait pas été disponible pendant une certaine période et n'avait donc pas été utilisé en tout temps.

Le coordonnateur RAI a confirmé que, conformément au programme de soins, la personne résidente devait avoir un appareil lorsqu'elle était assise dans son fauteuil. Selon le coordonnateur RAI, l'utilisation d'un appareil pour la personne résidente lorsqu'elle était dans son fauteuil figurait dans son programme de soins depuis un an.

Cette non-conformité a entraîné un risque de chute pour la personne résidente.

Sources : Dossiers de soins de santé de la personne résidente, y compris le programme de soins, les dossiers dans l'application Point of Care et les notes d'évolution; entretiens avec des membres du personnel, y compris cinq PSSP, la coordonnatrice des admissions RAI et le coordonnateur RAI; et observations 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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

25 septembre 2023.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 001).

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 006

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

OC donné en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021) dans l'inspection n° 2022-1551-0002, datée du 3 novembre 2022

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (ON) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

- 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.