



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

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

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

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

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

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

Ottawa Service Area Office
347 Preston St Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone : (613) 569-
5602
Facsimile : (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347 rue Preston bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Public Copy / Copie du public

Report Date(s) / Date du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre	Type of Inspection / Type d'inspection
21 juin 2018	2018_548592_0008	008974-18	Inspection de la qualité des services aux résidents

Licensee / Titulaire de permis

Ville d'Ottawa

Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée
200, chemin Island Lodge, OTTAWA (ONTARIO) K1N 5M2

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

Centre d'accueil Champlain
275, rue Perrier, VANIER (ONTARIO) K1L 5C6

Name of Inspector(s) / Nom des inspectrices

MELANIE SARRAZIN (592), JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126),
LISA KLUKE (547)

Inspection Summary / Résumé de l'inspection

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

**Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17,
18, 22, 23, 24 et 25 mai 2018.**

**Dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents, les
inspectrices ont également mené 17 inspections simultanées, dont :**
**- un suivi d'un ordre de conformité ayant pour date de conformité le 23 mars 2018,
relativement aux comportements réactifs : n° de registre 002882-18;**



- un suivi d'un ordre de conformité ayant pour date de conformité le 11 janvier 2018, relativement au recours minimal à la contention : n° de registre 026158-17;
- trois inspections d'incidents critiques relativement aux chutes de résidents entraînant des blessures : n°s de registre 002711-18, 027483-17 et 027312-17;
- une inspection d'incident critique relativement aux médicaments : n° de registre 000974-18;
- une inspection d'incident critique relativement à des allégations de mauvais traitements : n° de registre 000214-18;
- cinq inspections concernant des plaintes relativement à des allégations de mauvais traitements : n°s de registre 001133-18, 028261-17, 001275-18, 008986-18 et 009280-18;
- deux inspections concernant des plaintes relativement aux soins de la peau : n°s de registre 003836-18 et 029277-17;
- une inspection concernant une plainte relativement au programme de soins : n° de registre 005351-18;
- une inspection concernant une plainte relativement à l'admission d'un résident : n° de registre 007184-18;
- une inspection concernant une plainte relativement aux soins personnels : n° de registre 009101-18;

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont discuté avec l'administratrice du foyer, le responsable du programme des soins personnels, le responsable du programme des soins aux résidents, le directeur du programme d'activités, le diététiste professionnel, un médecin, le thérapeute d'activités récréatives, un spécialiste du soin des plaies, plusieurs membres du personnel infirmier autorisé (IA), plusieurs membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), la présidente du conseil des familles, la présidente du conseil des résidents, ainsi que plusieurs résidents et membres de leur famille.

Dans le cadre de l'inspection, les inspectrices ont effectué une visite des aires de soins aux résidents, ont examiné les dossiers de soins de santé des résidents, les politiques et procédures pertinentes, le travail courant du personnel, ont observé les chambres des résidents, les aires communes pour les résidents, le processus d'admission et le système d'amélioration de la qualité, les procès-verbaux du conseil des résidents, l'administration des médicaments, d'une personne résidente, la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes.



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

Services d'hébergement : entretien ménager
Admission et mise en congé
Dignité, choix et respect de la vie privée
Prévention des chutes
Prévention et contrôle des infections
Gestion des médicaments
Recours minimal à la contention
Nutrition et hydratation Services
de soutien personnel
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Rapports et plaintes
Entrevue avec le conseil des résidents
Comportements réactifs
Soins de la peau et des plaies

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

16 AE
7 PRV
3 OC
1 RD
0 OTA

The following previously issued Order(s) were found to be in compliance at the time of this inspection:

Le cas de non-respect visé par l'ordre suivant donné antérieurement a été jugé conforme lors de cette inspection :

REQUIREMENT / EXIGENCE	TYPE OF ACTION / TYPE DE MESURE	INSPECTION # / N ^o DE L'INSPECTION	INSPECTOR ID # / N ^o DE L'INSPECTRICE
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53(4)	OC n ^o 001	2017_621547_0019	547

NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

<p>Legend</p> <p>WN - Written Notification VPC - Voluntary Plan of Correction DR - Director Referral CO - Compliance Order WAO - Work and Activity Order</p>	<p>Légende</p> <p>AE – Avis écrit PRV – Plan de redressement volontaire RD – Renvoi de la question au directeur OC – Ordres de conformité OTA – Ordres, travaux et activités</p>
<p>Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).</p> <p>The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.</p>	<p>Le non-respect des exigences prévues par la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> (LFSLD) a été constaté. [Une exigence prévue par la Loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition d'« exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD.]</p> <p>Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.</p>

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 29, Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 29(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) a adopté une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements;**
- b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29(1).**

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité OC n° 001 qui suit découlant de l'inspection n° 2017_619550_0018 signifié le 22 septembre 2017, ayant pour date de conformité le 11 janvier 2018 :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que soit respectée la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents. En particulier, il doit :

1. Fournir, au personnel qui fournit des soins directs, une formation sur la politique du titulaire de permis intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive). Cette formation doit comprendre un examen des exigences en matière de documentation aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110(7). Cette formation doit être documentée.
2. Réviser le programme de soins des personnes résidentes n^{os} 003, 006, 046 et 047, et de tous les autres personnes résidentes qui sont maîtrisées au moyen d'un appareil mécanique pour veiller à ce que toute utilisation de la contention se fasse conformément à la Loi, aux règlements et à la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).
3. Élaborer et mettre en œuvre un processus de surveillance pour veiller à ce que soit respectée la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).

Le titulaire de permis a effectué l'étape 1 de l'ordre de conformité OC n° 001, mais il n'a pas effectué les étapes 2 et 3 de ce même ordre de conformité.

Tel qu'il est démontré ci-dessous, le titulaire de permis n'a pas effectué les étapes 2 et 3, qui consistent veiller à ce que toute utilisation de la contention sur les résidents se fasse conformément à la Loi, aux règlements et à la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).

L'inspectrice a examiné la politique du foyer n° 335.10 intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive), révisée en décembre 2017. À la page 4 de 7, sous la rubrique « Procedure: Initiation of Restraint » (marche à suivre : recours à la contention), on indiquait ce qui suit :

1. Faire une évaluation afin de déterminer le motif pour envisager un recours à la contention. Éventualité de se blesser ou de blesser autrui.
5. Obtenir un consentement ou un refus, et le documenter sur un formulaire de



consentement.

8. Documenter, dans les notes d'évolution, les circonstances ayant entraîné le recours à la contention, les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées, le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné, le consentement, le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.

9. Entreprendre de remplir le « Restraint Monitoring Form » (formulaire de surveillance de la contention). Veiller à le remplir à l'aide de la légende et des réactions pertinentes.

13. Chaque dégagement de l'appareil et tout changement de position doivent être inscrits sur la « restraint/PASD flow sheet » (feuille de soins – contention/appareil d'aide personnelle).

14. Documenter toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident, ainsi que le retrait ou l'abandon de l'appareil, y compris le moment du retrait ou de l'abandon et les soins fournis par la suite.

17. L'état du résident est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention est évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documenté dans le dossier d'administration des médicaments.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice n° 550 que l'utilisation, le dégagement, le changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, ainsi que la réaction du résident à la contention sont documentés sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B par les PSSP à l'aide de la légende et du code de réaction appropriés indiqués en haut du formulaire. La légende des codes est la suivante :

Code :

A – Recours (Applied)

EP – En place (In place)

RP – Changement de position (Repositioned)

RT – Retiré (Removed)

R – Refusé (Refused)

Réaction :

0 – Aucune réaction/calme (No response/calm)

1 – Agité (Agitated/restless)

2 – Essaie de retirer l'appareil (Attempting to remove)

Selon la politique, la réévaluation de l'état du résident et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé doivent

être documentées chaque quart de travail dans le dossier d'administration des médicaments.

Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 004 assise dans un fauteuil roulant incliné et un dispositif de sécurité précis était en place. Lors d'un entretien, la/le PSSP n° 123 a dit à l'inspectrice que la personne résidente n° 004 a besoin d'un dispositif de sécurité précis pour l'empêcher de se lever de son fauteuil roulant. La/le PSSP a indiqué qu'elle/il doit vérifier l'état du ou de la résident(e) toutes les 30 minutes et la/le changer de position toutes les 2 heures lorsque la contention est en place. Il faut le documenter sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B, y compris l'heure du recours à la contention et du retrait de celle-ci.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers de soins de santé de la personne résidente n° 004 et a constaté un document intitulé « Restraint/PASD consent form » (formulaire de consentement à la contention ou à l'appareil d'aide personnelle) signé par le mandataire spécial de cette personne résidente à une date précise en 2017. Sur ce document, le type de contention recommandé a été laissé en blanc et le type de contention n'était indiqué nulle part ailleurs sur le formulaire de consentement.

Lors d'un examen de la documentation figurant sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B pour la personne résidente n° 004, l'inspectrice a relevé ce qui suit :

- le changement de position de cette personne résidente toutes les deux heures n'était pas documenté pour chaque jour;
- un jour donné, il n'y avait aucune documentation du retrait de la contention à la fin de la journée;
- un autre jour donné, de 8 h à 15 h, le code AP a été documenté, ce qui n'est pas un code figurant sur le formulaire de contention. La réaction de la personne résidente à la contention n'avait pas été documentée.

L'inspectrice a examiné la documentation de la réévaluation de l'état de la personne résidente n° 004 et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures dans le dossier d'administration des médicaments. L'inspectrice a constaté qu'il n'y avait pas d'initiales du personnel pour trois quarts de travail donnés.

Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 029 endormie dans un fauteuil roulant devant la télévision dans le coin salon principal. Le fauteuil roulant était incliné et un dispositif de sécurité précis était en place. Lors d'un entretien, la/le PSSP n° 123 a dit à l'inspectrice que cette personne résidente a besoin d'un dispositif de sécurité précis lorsqu'elle est assise dans son fauteuil roulant pour l'empêcher de se lever.

La/le PSSP n° 123 a indiqué qu'on vérifie l'état du ou de la personne résidente toutes les



30 minutes et qu'on la change de position toutes les 2 heures. L'utilisation et le retrait de la contention, ainsi que le changement de position doivent être documentés sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B.

Lors d'un examen de la documentation figurant sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B pour la personne résidente n° 029, l'inspectrice a relevé ce qui suit :

- il n'y avait aucune documentation du changement de position de cette personne résidente toutes les deux heures pour la période visée;
- un jour donné, la dernière inscription à 23 h indiquait que la contention était en place (EP), mais l'heure du retrait de la contention n'avait pas été documentée. La documentation suivante a été faite le lendemain à 7 h, pour indiquer le recours à la contention;
- un autre jour donné, de 0 h à 14 h, rien n'avait été documenté indiquant le recours à la contention. À 15 h, on a documenté que la contention était en place (EP);
- un autre jour donné, de 7 h à 20 h, le code AP a été documenté, ce qui n'est pas un code figurant sur le formulaire de contention n° 335.10B;
- un autre jour donné, de 16 h à 19 h, le code AP a été documenté, ce qui n'est pas un code figurant sur le formulaire de contention n° 335.10B;
- un autre jour donné, rien n'avait été documenté indiquant le recours à la contention. La première documentation a été faite à 12 h, indiquant que la contention était en place (EP). À 20 h, le recours (A) à la contention a été documenté. Il n'y a eu aucune documentation de 21 h à 23 h;
- aucune documentation n'a été trouvée pour une autre date donnée.

L'inspectrice a examiné la documentation de la réévaluation de l'état de la personne résidente n° 029 et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures dans le dossier d'administration des médicaments et a observé ce qui suit :

- rien n'avait été documenté pour deux jours;
- rien n'avait été documenté pour trois jours donnés.
- pour une période de huit jours, on avait documenté le code 7, ce qui indiquait que le résident dormait selon la légende des codes figurant sur le dossier d'administration des médicaments.

Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 029 se déplaçant indépendamment en fauteuil roulant. Un dispositif de sécurité précis était en place. La personne résidente n'a pas été en mesure de retirer le dispositif lorsque l'inspectrice le lui a demandé. L'IAA n° 122 a indiqué à l'inspectrice que cette personne résidente a besoin de ce dispositif de sécurité précis lorsqu'elle est assise dans le fauteuil roulant pour l'empêcher de se lever.



L'IA n° 121 a également indiqué que cette personne résidente a besoin de ce dispositif de sécurité depuis qu'elle/il a obtenu son congé de l'hôpital à une date donnée, à la suite d'une blessure. Avant de se blesser, la/le résident(e) se déplaçait tout seul(e).

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers de soins de santé de la personne résidente n° 029. Le formulaire « Initial evaluation of the restraint application » (évaluation initiale de l'utilisation de la contention) n° 335.10C n'avait pas été rempli, à l'exception d'une note indiquant que l'IA n° 121 avait aiguillé la personne résidente n° 029 vers un physiothérapeute et un assistant en réadaptation après qu'il a obtenu son congé de l'hôpital. Rien n'était documenté dans les notes d'évolution indiquant les circonstances ayant entraîné le recours à la contention, les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées, le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné, le consentement, le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.

Lors d'un examen de la documentation figurant sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B pour la personne résidente n° 029, l'inspectrice a relevé ce qui suit :

- il n'y avait aucune documentation du changement de position du ou de la résident(e) toutes les 2 heures pendant 13 jours consécutifs;
- un jour donné, rien n'avait été documenté avant 15 h, heure à laquelle on a indiqué que la contention était en place (EP). L'heure du recours à la contention n'était pas documentée;
- pendant quatre jours consécutifs, rien n'avait été documenté avant 15 h, heure à laquelle on a indiqué que la contention était en place (EP). L'heure du recours à la contention n'était pas documentée;
- un autre jour donné, rien n'avait été documenté avant 15 h;
- pendant deux jours consécutifs, rien n'avait été documenté avant 17 h, heure à laquelle on a indiqué que la contention était en place (EP). L'heure du recours à la contention n'était pas documentée.

L'inspectrice a examiné la documentation de la réévaluation de l'état de la personne résidente et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures dans le dossier d'administration des médicaments et a observé ce qui suit :

- rien n'avait été documenté lors du quart de travail de jour pour quatre jours;
- rien n'avait été documenté lors du quart de travail de soir pour deux jours;
- rien n'avait été documenté lors du quart de travail de nuit pour cinq jours. On avait documenté le code 7 pour un total de 19 jours, ce qui indiquait que la/le résident(e) dormait selon la légende des codes figurant sur le dossier d'administration des médicaments.

Lors d'un entretien, l'IA n° 121 a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé doit réévaluer l'état de la personne résidente et évaluer l'efficacité de la mesure de contention toutes les huit heures et le documenter dans le dossier d'administration des médicaments. Les PSSP doivent l'inscrire sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B. Après avoir examiné les notes d'évolution de la personne résidente n° 029 et le formulaire « Initial evaluation of the restraint application » (évaluation initiale de l'utilisation de la contention) avec l'inspectrice, l'IA n° 121 a indiqué que la documentation n'avait pas été effectuée.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que les membres du personnel infirmier autorisé doivent inscrire leurs initiales sur le dossier d'administration des médicaments chaque quart de travail pour indiquer que l'état de la personne résidente a été réévalué et que l'efficacité de la mesure de contention a été évaluée au moins toutes les huit heures, même si la personne résidente dormait.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice que le processus de surveillance pour veiller au respect de la politique « Least Restraint » (contention la moins restrictive) du titulaire de permis est une liste pour chaque unité sur laquelle figurent tous les résidents de l'unité qui ont un dispositif de contention ou un appareil d'aide personnelle. Cette liste intitulée « liste des contentions et AAP » doit être examinée par un membre du personnel infirmier autorisé tous les mois afin de veiller à ce que tous les résidents qui ont un dispositif de contention ou un appareil d'aide personnelle figurent sur cette liste ainsi que le dispositif de contention ou l'appareil d'aide personnelle utilisé. Le membre du personnel infirmier autorisé doit indiquer les renseignements suivants pour chaque résident :

- la date à laquelle l'ordre a été donné;
- si le formulaire n° 335.10A de l'arbre décisionnel pour les traitements physiques et les traitements autres que la contention et si le formulaire de consentement et d'évaluation initiale n° 335.10C figurent dans le dossier médical du résident;
- si la contention figure dans le programme de soins du résident dans les activités de la vie quotidienne et dans le kardex;
- si la contention est documentée dans le dossier d'administration des médicaments du résident ainsi que des directives selon lesquelles elle doit être vérifiée toutes les huit heures.

La dernière colonne exige la signature du membre du personnel infirmier autorisé qui a effectué l'examen et la date à laquelle l'examen a été effectué.

L'inspectrice a examiné la « liste des contentions et AAP » pour un mois donné de concert avec l'IA n° 121. L'IA a dit à l'inspectrice qu'il avait examiné la liste pour le mois en question, y compris pour les personnes résidentes n^{os} 004, 029 et 030, afin de veiller à ce que les contentions aient été utilisées conformément à la politique. Sur le formulaire

de consentement et d'évaluation initiale n° 335.10C, il était indiqué « oui » pour la personne résidente n° 004, sur la feuille de route contention/AAP n° 335.10B, il était indiqué « oui » pour les personnes résidentes n°s 004, 029 et 030. Sous « inscrit au MAR et vérifié q8h », il était indiqué « oui » pour les personnes résidentes n°s 004, 029 et 030. L'IA n° 121 a dit à l'inspectrice qu'il avait inscrit « oui » pour indiquer que les formulaires n°s 335.10B et 335.C figuraient dans le dossier médical des résidents et que la contention était inscrite dans le dossier d'administration des médicaments des résidents pour que le personnel infirmier autorisé y appose ses initiales toutes les huit heures.

Le processus ne comprenait pas d'examen de la documentation pour veiller à ce que tous les formulaires requis aient été remplis ou dûment remplis.

Le responsable du programme des soins aux résidents a confirmé à l'inspectrice n° 550 que ce processus de surveillance visant à garantir le respect de la politique « Least Restrained » ne comprend pas l'obligation de veiller à ce que les formulaires requis soient remplis, bien qu'il s'agisse d'une exigence prévue par la politique [alinéa 29(1)b)].

Autres mesures requises

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6, Programme de soins.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent;**
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6(4).**



Findings / Constatations :

1. a) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :
a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

Cette constatation est liée au registre d'admission n° 029277-17.

Le registre d'admission n° 029277-17 indique que le membre de la famille de la personne résidente n° 012 avait communiqué avec le responsable du programme des soins aux résidents, à une date précise, relativement à certaines préoccupations concernant les soins de la personne résidente ayant été transporté à l'hôpital quatre jours plus tôt pour le traitement d'une infection.

Un examen des dossiers de soins de santé du résident a été effectué par l'inspectrice n° 592.

La personne résidente n° 012 a été admis au foyer à une date précise, a reçu plusieurs diagnostics et l'on savait qu'elle présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Des traitements étaient en place pour cette personne résidente, qui consultait chaque mois le spécialiste en soins des plaies.

Lors d'un examen de l'évaluation de suivi réalisée deux mois avant l'hospitalisation de la personne résidente par le spécialiste en soins des plaies n° 143, l'évaluation indiquait que toutes les plaies étaient fermées et qu'il fallait poursuivre le traitement actuel. Le traitement actuel, prescrit plusieurs semaines avant l'évaluation, consistait à poursuivre un traitement précis sur une partie précise du corps deux fois par semaine et à appliquer un autre traitement donné à l'autre partie du corps.

Lors de l'examen de la dernière évaluation de suivi réalisée par le spécialiste en soins des plaies, neuf jours avant l'hospitalisation de cette personne résidente, l'évaluation indiquait que d'anciennes plaies s'étaient rouvertes et que la personne résidente n° 012 devait recevoir un nouveau traitement. L'évaluation de suivi indiquait également qu'il fallait demander au médecin d'envisager un médicament donné.

Lors d'un examen des ordres du médecin, il était indiqué que le médicament donné avait été prescrit sept jours après la recommandation du spécialiste en soins des plaies.



Pendant l'examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, l'inspectrice n'a été en mesure de trouver aucun renseignement au cours d'une période de deux mois concernant l'état des ulcères de plaies avant l'hospitalisation.

Un examen du dossier d'administration des médicaments a été effectué par l'inspectrice avant l'hospitalisation de la personne résidente, qui indiquait que la personne résidente devait recevoir le même traitement que celui recommandé par le spécialiste en soins des plaies deux mois auparavant.

Le 17 mai 2018, lors d'un entretien avec le spécialiste en soins des plaies n° 143, ce dernier a indiqué qu'il travaillait au foyer une fois par mois pendant quatre heures et que c'était le foyer qui décidait des consultations des résidents selon l'état des plaies ou selon que des conseils étaient nécessaires. Le spécialiste en soins des plaies a également indiqué qu'il avait fait une ronde avec le responsable du programme des soins aux résidents et un membre du personnel infirmier autorisé afin de savoir quel résident évaluer et également pour assurer les suivis nécessaires. De même, le spécialiste en soins des plaies a indiqué que s'il y avait des signes importants du mauvais état de la plaie, il s'adresserait au médecin. Lorsque l'inspectrice n° 592 s'est renseignée sur la personne résidente n° 012, le spécialiste en soins des plaies a indiqué que les plaies de cette personne résidente étaient fermées à un certain degré et que le but était que la personne résidente n° 012 reçoive un traitement précis pendant deux semaines sur une partie donnée du corps, afin que cette partie du corps puisse être évaluée en vue de garantir le traitement et la compression appropriés. Le spécialiste en soins des plaies a indiqué qu'il n'a été informé du changement de l'état des plaies de la personne résidente n° 012 que neuf jours avant l'hospitalisation de cette dernière. Le spécialiste en soins des plaies a également indiqué qu'il n'avait pas été informé que la personne résidente n° 012 n'était pas coopérative en ce qui a trait au traitement précis conformément aux ordres du médecin.

Lors de l'examen des notes d'évolution et du rapport de 24 heures, plusieurs renseignements documentés indiquaient que la personne résidente n° 012 refusait de recevoir le traitement précis conformément aux ordres du médecin.

Le 17 mai 2018, lors d'un entretien avec la personne résidente n° 012, celle-ci a indiqué que le personnel infirmier autorisé essayait quotidiennement de lui appliquer un traitement donné qu'elle n'aimait pas et défaisait les pansements que le membre du personnel infirmier venait de faire.

Le 18 mai 2018, lors d'un entretien avec le médecin responsable de la personne résidente n° 012, ce dernier a indiqué à l'inspectrice n° 592 que le personnel infirmier autorisé fournirait une liste des préoccupations relatives à chaque résident et que si les membres du personnel infirmier avaient des préoccupations dans l'intervalle, ils

communiqueraient avec le médecin. Le médecin a indiqué qu'une fois que le spécialiste en soins des plaies avait procédé à l'évaluation de la personne résidente, le membre du personnel infirmier du foyer communiquerait avec le médecin pour lui faire part des recommandations du spécialiste en soins des plaies qui sont habituellement acceptées par le médecin. Lorsque l'inspectrice s'est renseignée sur la personne résidente n° 012 et la recommandation d'un médicament donné par le spécialiste en soins des plaies neuf jours avant l'hospitalisation de cette personne résidente, le médecin a indiqué qu'à sa connaissance, on n'avait pas communiqué avec lui ce jour-là.

Le 18 mai 2018, lors d'un entretien avec l'IAA n° 128, ce dernier a indiqué que l'Outil d'évaluation des plaies servait à évaluer tout signe d'altération de l'intégrité épidermique et que l'on prendrait les mesures des plaies en même temps. L'IAA n° 128 a indiqué que si le personnel observait une détérioration de l'intégrité épidermique, le membre du personnel infirmier responsable du soin des plaies en serait avisé, de même que le responsable du programme des soins aux résidents. L'IAA n° 128 a indiqué qu'une fois que le spécialiste en soins des plaies a formulé des recommandations, le membre du personnel infirmier transcrit l'information dans le dossier d'administration des médicaments et dans l'Outil d'évaluation des plaies. L'IAA a également indiqué que si un traitement ou des médicaments précis sont recommandés par le spécialiste en soins des plaies, le personnel infirmier communique avec le médecin et que ce dernier suit habituellement les recommandations. Lorsqu'on lui a demandé quel était l'état des plaies de la personne résidente n° 012 avant son hospitalisation, l'IAA n'a pas été en mesure de se souvenir du moment où les plaies s'étaient rouvertes, car il n'y avait aucun renseignement documenté en ce sens ni aucune indication de l'utilisation de l'Outil d'évaluation des plaies. Lorsqu'on lui a demandé quel traitement avait été administré à la personne résidente n° 012 quelques jours avant son admission à l'hôpital, l'IAA a indiqué que, selon le dossier d'administration des médicaments, un traitement précis ordonné deux mois auparavant avait été administré. Lorsque l'inspectrice a montré l'information relative à la consultation de suivi relative aux soins des plaies et aux nouvelles recommandations datant de la dernière évaluation, l'IAA a indiqué qu'il ne savait pas qu'un nouveau régime de traitement avait été recommandé par le spécialiste en soins des plaies et qu'il administrait donc l'autre traitement prescrit deux mois plus tôt.

Le 18 mai 2018, lors d'un entretien avec l'IAA n° 136, ce dernier a indiqué qu'à la suite des recommandations du spécialiste en soins des plaies, le membre du personnel infirmier avait la responsabilité de transcrire l'information dans le dossier d'administration des médicaments et dans l'Outil d'évaluation des plaies. L'IAA a également indiqué que si

un traitement ou un médicament précis était recommandé, le membre du personnel infirmier devait communiquer avec le médecin. Lorsque l'inspectrice n° 592 s'est renseignée sur la personne résidente n° 012, l'IAA a indiqué qu'il avait reçu l'information relative à la consultation concernant les soins des plaies neuf jours avant l'admission du résident à l'hôpital. L'IAA n° 136 a indiqué que les recommandations de suivi faites par le spécialiste en soins des plaies n'avaient pas été communiquées aux autres membres de l'équipe de soins de santé.

Le 22 mai 2018, lors d'un entretien avec le responsable du programme des soins aux résidents, soit la personne-ressource du programme des soins de la peau, ce dernier a indiqué que le processus du foyer concernant le spécialiste des soins des plaies est qu'une semaine avant la visite pour les soins des plaies, une liste est fournie au personnel infirmier autorisé pour y ajouter tout résident ayant des besoins complexes en matière de soins de la peau qui bénéficierait de la consultation relative aux soins des plaies. Le responsable du programme des soins aux résidents a également indiqué que si les services du spécialiste en soins des plaies sont nécessaires avant la visite prévue, un courriel contenant des photos des plaies est envoyé et de nouvelles recommandations sont formulées à l'intention du personnel infirmier. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que la personne résidente n° 012 avait été ajoutée à la liste de consultation pour la visite prévue neuf jours avant son admission à l'hôpital. Il a indiqué qu'il était présent avec le spécialiste en soins des plaies pour évaluer chaque résident figurant sur la liste de consultation. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué qu'on ne l'avait pas informé que la personne résidente n° 012 n'était pas coopérative en ce qui a trait au traitement recommandé par le spécialiste en soins des plaies et ordonné par le médecin jusqu'au jour de la visite. De plus, le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué qu'il n'était pas au courant de la détérioration des plaies de cette personne résidente avant ce jour-là.

Ainsi, le personnel infirmier, le spécialiste en soins des plaies, le médecin et le responsable du programme des soins aux résidents n'ont pas collaboré ensemble à l'évaluation des besoins de la personne résidente n° 012 en matière de soins des plaies de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

b) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le traitement des plaies de la personne résidente n° 038 soit communiqué à tout le personnel assurant les soins au résident, de sorte qu'aucun traitement n'a été administré pendant 15 jours.

Cette constatation est liée au registre n° 003836-18 indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait envoyé une plainte écrite au responsable du programme des soins aux résidents n° 125 à une date donnée. La plainte concernait

certaines préoccupations relatives à la politique du foyer en matière de soins de la peau après avoir découvert un pansement à une date donnée sur une partie précise du corps de la personne résidente n° 038.

L'inspectrice n° 592 a examiné les dossiers de soins de santé du résident.

Au moment de son admission, la personne résidente n° 038 a reçu plusieurs diagnostics et l'on avait déterminé dans le cadre des derniers protocoles d'évaluation de la méthode RAI qu'il était susceptible de présenter des signes d'altération de l'intégrité épidermique et qu'il n'y avait aucun signe de lésions de pression ou de déchirures de la peau pour la période visée par l'évaluation.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 038, on a relevé des renseignements un jour donné indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait demandé à l'IA n° 139 ce qui était arrivé à la partie précise du corps de la personne résidente n° 038, car la personne résidente avait un pansement datant de deux semaines. Les notes indiquaient en outre que l'IA n° 139 avait vérifié les dossiers de santé de la personne résidente, le système logiciel, le dossier d'administration des médicaments et le rapport de soins infirmiers de 24 heures et n'avait pu trouver aucun renseignement concernant le pansement de la personne résidente n° 038 et les soins qui lui ont été prodigués. Dans les notes, on décrivait que le pansement avait été retiré par l'IA, que la plaie avait été nettoyée et qu'un pansement sec avait été appliqué et devait être changé un jour donné ou au besoin.

Lors d'un examen des documents d'enquête interne du titulaire de permis fournis par le responsable du programme des soins aux résidents, la documentation indiquait qu'à la suite des préoccupations écrites reçues de la part du membre de la famille de la personne résidente n° 038, des suivis ont été assurés, y compris un entretien avec l'IA n° 140. La documentation a également révélé dans une réponse écrite envoyée par courriel au membre de la famille de la personne résidente n° 038 par le responsable du programme des soins aux résidents que l'IA n° 140 était le membre du personnel infirmier autorisé qui avait découvert la plaie de la personne résidente 15 jours auparavant, en observant la présence d'un ruban adhésif sur la partie précise du corps de celle-ci. La documentation du courriel indiquait en outre que l'IA avait constaté que le ruban adhésif recouvrait une abrasion cutanée et que la personne résidente lui avait dit qu'elle avait appliqué le ruban adhésif sans en aviser le personnel infirmier. La documentation indiquait également que l'IA n° 140 avait observé que la plaie n'était pas récente et qu'il y avait un peu de suintement.

De plus, la documentation révélait que l'IA avait indiqué qu'un pansement avait été fait à la personne résidente n° 038, mais que rien n'avait été documenté au sujet de la plaie et

des soins fournis à cet égard.

L'inspectrice n° 592 a examiné la lettre de réponse écrite du titulaire de permis à la suite de l'enquête interne envoyée au membre de la famille. La lettre de réponse écrite indiquait que l'IA n° 140 avait inscrit dans le rapport de soins infirmiers de 24 heures que la personne résidente n° 038 avait une plaie sur une partie précise du corps d'origine inconnue et que la plaie avait été nettoyée et un pansement sec avait été mis. La réponse écrite indiquait en outre que l'IA n° 140 avait oublié de documenter l'observation de signes d'altération de l'intégrité épidermique et le traitement requis dans les notes d'évolution et qu'aucun outil n'avait été employé pour évaluer les signes d'altération de l'intégrité épidermique (formulaire n° 355.29B). La lettre indiquait également que les dossiers d'administration des médicaments contenant les traitements précis et le programme de soins de la personne résidente n° 038 n'avaient pas été remplis par l'IA n° 140.

Ainsi, les PSSP et le personnel infirmier autorisé n'ont pas communiqué et collaboré entre eux dans le cadre de l'évaluation des besoins de la personne résidente n° 038 en matière de soins des plaies, de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. [alinéa 6(4)a]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

La personne résidente n° 022 a été admise au foyer à une date donnée et a reçu plusieurs diagnostics. À une date donnée, le membre de la famille de la personne résidente n° 022 a fait part de ses préoccupations au sujet de l'administration des médicaments.

Le 22 mai 2018, le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice n° 547, selon les notes documentées prises lors d'une réunion tenue à une date donnée avec le membre de la famille du résident, qu'il prévoyait d'interrompre certains médicaments qui n'étaient pas nécessaires pour diminuer les comportements de résistance de la personne résidente et que l'IA n° 134 devait laisser une note en ce sens au médecin. Le responsable du programme des soins aux résidents a également indiqué que le personnel infirmier évaluait l'apport alimentaire de cette personne résidente à chaque quart de travail et lui offrait plusieurs choix d'aliments et de liquides qui étaient habituellement refusés. Le diététiste professionnel a examiné les besoins nutritionnels de cette personne résidente liés à la perte de poids et a formulé des recommandations

précises. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que le membre de la famille de la personne résidente n'a pas été informé de ces évaluations de l'alimentation ni de la modification des exigences relatives à la texture des liquides.

Le 22 mai 2018, l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers de soins de santé de la personne résidente trois jours après la tenue de la réunion et il était indiqué dans les ordres du médecin qu'il y avait un ordre téléphonique pour la tenue d'une réunion à une date donnée et l'interruption des médicaments par l'IA n° 134. Le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente indiquait que cinq médicaments avaient été interrompus à la suite de l'ordre téléphonique.

L'ordre téléphonique du médecin a été cosigné par le médecin cinq jours plus tard. Le médecin a rédigé une note d'évolution cinq jours plus tard, indiquant d'interrompre un médicament donné conformément à la demande du mandataire spécial et que le médicament en question était disponible au besoin (pro re nata).

Le 23 mai 2018, l'IA n° 134 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que les médicaments de la personne résidente avaient été interrompus à la suite de la réunion tenue à une date donnée avec le responsable du programme des soins aux résidents et le membre de la famille du résident. L'IA n° 134 a indiqué que le membre de la famille avait demandé l'interruption de tous les médicaments. L'IA n° 134 a indiqué qu'il n'avait pas examiné le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente pour chacun des médicaments interrompus avec le membre de la famille celle-ci.

Ainsi, le personnel infirmier, le personnel diététique et le médecin traitant n'ont pas collaboré ensemble au moment de la planification, avec le mandataire spécial, des interventions relatives à la gestion des comportements réactifs de la personne résidente n° 022. [alinéa 6(4)a]

Autres mesures requises

L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19, Obligation de protéger. En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 19(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19(1).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 038 soit protégée contre la négligence.

Conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, « négligence » 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 et 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.

Cette constatation est liée au registre n° 003836-18.

À une date donnée, le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait envoyé une plainte écrite au responsable du programme des soins aux résidents n° 125. La plainte concernait certaines préoccupations relatives à la politique du foyer en matière de soins de la peau après avoir découvert un pansement à une date donnée sur une partie précise du corps de la personne résidente n° 038.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 038, on a relevé des renseignements un jour donné indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait demandé à l'IA n° 139 ce qui était arrivé à la partie précise du corps de celle-ci, car la personne résidente n° 038 avait un pansement datant de deux semaines. Les notes indiquaient en outre que l'IA n° 139 avait vérifié les dossiers de santé de la personne résidente, le système logiciel, le dossier d'administration des médicaments et le rapport de soins infirmiers de 24 heures et n'avait pu trouver aucun renseignement concernant le pansement de la personne résidente n° 038. Dans les notes, on décrivait que le pansement avait été retiré par l'IA, que la plaie avait été nettoyée et qu'un pansement sec avait été appliqué et devait être changé un jour précis ou au besoin.

L'inspectrice n° 592 a examiné la documentation contenue dans le dossier d'enquête interne du titulaire de permis. Il était indiqué que l'enquête a révélé que le programme de soins de la peau et des plaies n'avait pas été respecté par le personnel infirmier autorisé et les PSSP pendant une période de 17 jours. La documentation indiquait également que 17 jours auparavant, l'IA n° 140 n'avait pas documenté l'observation de signes



d'altération de l'intégrité épidermique et le traitement requis dans les notes d'évolution de la personne résidente n° 038. L'IA n° 140 n'a pas employé l'outil précis nécessaire à l'évaluation des nouveaux signes d'altération de l'intégrité épidermique. De plus, l'IA n° 140 n'a pas documenté dans les dossiers d'administration des médicaments les traitements précis à administrer à la personne résidente n° 038 ni les directives et interventions dans le programme de soins de cette personne résidente. La documentation indiquait également qu'aucun suivi ou traitement ultérieur n'avait été effectué par le personnel infirmier autorisé. Les PSSP n'ont pas signalé le pansement au personnel infirmier autorisé.

L'inspectrice n° 592 a examiné la lettre de réponse écrite du titulaire de permis à la suite de l'enquête interne envoyée au membre de la famille. La lettre de réponse écrite indiquait que le jour où la plaie a été découverte, l'IA n° 140 avait inscrit dans le rapport de soins infirmiers de 24 heures que la personne résidente n° 038 avait une plaie sur une partie précise du corps d'origine inconnue et que la plaie avait été nettoyée et un pansement sec avait été mis. Aucun suivi n'avait été assuré par un membre du personnel infirmier autorisé, ce qui signifie que le pansement de la personne résidente n° 038 n'a pas été changé et que cette dernière n'a reçu aucun traitement des plaies pendant 15 jours.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente n° 038 contre la négligence du personnel lorsque le traitement des plaies nécessaire pour répondre aux besoins de ce résident en matière de soins de la peau n'a pas été administré pendant 15 jours.

De plus, le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente n° 038 contre la négligence lorsque :

A. les politiques du titulaire de permis en matière de soins de la peau et des plaies n^{os} 355.29 et 315.12 n'ont pas été respectées, tel qu'il est indiqué dans l'AE n° 11;

B. le responsable du programme des soins aux résidents n° 125 n'a pas immédiatement signalé l'incident de négligence au directeur, tel qu'il est indiqué dans l'AE n° 13;

C. le personnel infirmier n'a pas communiqué à tout le personnel concerné le traitement des plaies nécessaire pour répondre aux besoins de la personne résidente n° 038 en matière de soins de la peau, tel qu'il est indiqué dans l'AE n° 2. [par. 19(1)]



Autres mesures requises

L'OC n° 003 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ». RD n° 001 – L'avis écrit susmentionné sera également transmis au directeur pour qu'il prenne d'autres mesures.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 22, Transmission des plaintes par le titulaire de permis.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 22(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. 2007, chap. 8, par. 22(1).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas immédiatement transmis au directeur une plainte écrite du mandataire spécial concernant la personne résidente n° 023 reçue un jour donné concernant les soins fournis à la personne résidente n° 023.

Le responsable du programme des soins aux résidents a transmis par courriel la plainte écrite et la réponse au directeur 33 jours après leur réception. [par. 22 (1)]

Autres mesures requises

PRV – Conformément au paragraphe 152(2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10,

art. 50, Soins de la peau et des plaies.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 50. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

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

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

(iii) est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation est mise en œuvre,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50(2).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

La personne résidente n° 021 a été admise au foyer à une date donnée et a reçu plusieurs diagnostics.

Un examen du dossier de soins de santé de la personne résidente n° 021 a été effectué par l'inspectrice n° 592, révélant que la personne résidente n° 021 présentait une lésion de pression chronique située sur une partie précise du corps. Le dossier de soins de santé indiquait également qu'une deuxième lésion de pression avait commencé un jour précis, située elle aussi sur la même partie précise du corps.

Lors d'un examen de la documentation intitulée « outil d'évaluation des plaies », l'une des



lésions de pression actuelles était décrite comme étant à un stade donné et présentant un suintement et de l'œdème. Les ordres de traitement figurant sur le formulaire de documentation enjoignaient au personnel infirmier d'administrer un traitement précis devant être changé deux fois par semaine.

L'inspectrice n° 592 a également effectué un examen de la documentation intitulée « outil d'évaluation des plaies » pour la deuxième lésion de pression. Cette lésion de pression était décrite comme étant à un stade donné et présentant un suintement. Les ordres de traitement figurant sur le formulaire de documentation enjoignaient au personnel infirmier d'administrer un traitement précis deux fois par semaine.

Le 14 mai 2018, lors d'un entretien avec l'IAA n° 108, ce dernier a indiqué que lorsque des lésions de pression surviennent, le membre du personnel infirmier conseiller en soins des plaies doit en être informé et une évaluation doit être réalisée. L'IAA a également indiqué qu'après l'évaluation, le traitement des plaies doit être inscrit sur le formulaire « outil d'évaluation des plaies » et chaque plaie, quel que soit le stade où elle en est, doit être mesurée et évaluée tous les deux jours et le tout doit être documenté sur l'« outil d'évaluation des plaies » également. De même, l'IAA a indiqué qu'une fois que le traitement est administré au résident, il faut le consigner sur l'« outil d'évaluation des plaies » et dans le dossier d'administration des médicaments. Lorsque l'inspectrice s'est renseignée sur la personne résidente n° 021, l'IAA a indiqué que la personne résidente recevait actuellement un traitement pour deux lésions de pression. L'IAA n° 108 a également indiqué que l'une des lésions de pression était une plaie chronique, car elle était liée au diagnostic de la personne résidente et suivie de près par le spécialiste en soins des plaies. En outre, l'IAA n° 108 a indiqué que la deuxième lésion de pression guérissait bien et que les deux lésions devaient être mesurées tous les deux jours.

Lors d'un examen de l'« outil d'évaluation des plaies » pour la personne résidente n° 021 en présence de l'IAA, l'inspectrice n° 592 n'a pu trouver aucune évaluation hebdomadaire de la peau effectuée pour la première lésion de pression pendant une période de quatre semaines données.

De plus, l'inspectrice n° 592 n'a pu trouver aucune évaluation hebdomadaire de la peau effectuée pour la deuxième lésion de pression pendant une période de quatre semaines données.

Le 15 mai 2018, lors d'un entretien avec le responsable du programme des soins aux résidents qui est affecté au programme de soins de la peau, ce dernier n'a pu trouver aucune évaluation hebdomadaire de la peau pour la période susmentionnée et a indiqué que tous les résidents qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique,

notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, doivent être réévalués au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, conformément au programme de soins des plaies du foyer. [sous-alinéa 50(2)b(i)]

Autres mesures requises

PRV – Conformément au paragraphe 152(2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les résidents qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, sont réévalués au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 110, Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 110(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 ou 36 de la Loi :

1. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110(1).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant (le cas échéant).

Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 029 endormie dans un fauteuil roulant devant la télévision dans le coin salon principal. Le fauteuil roulant de la personne résidente était incliné et un dispositif de sécurité précis était en place. L'inspectrice a constaté qu'il y avait un espace de 8 à 10 cm (3 à 4 po) entre le corps de la personne résidente et le dispositif de sécurité. L'inspectrice



a informé l'IAA n° 122 de cet espace lié au dispositif de sécurité qui lui a indiqué qu'on communiquerait avec l'assistant en réadaptation afin qu'il vienne resserrer le dispositif.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice que le dispositif de sécurité doit être resserré de façon à ce qu'il soit bien ajusté au corps du résident pour prévenir les blessures.

Le responsable du programme des soins aux résidents a fourni à l'inspectrice n° 550 les instructions du fabricant pour le dispositif de sécurité en question. Le document numéro BP1005-en2016.8 de Bodypoint a été examiné par l'inspectrice. À la page 1, le quatrième paragraphe indiquait : « Attention! Le "dispositif de sécurité précis" doit être bien ajusté à la partie inférieure du bassin ou aux cuisses en tout temps. Un dispositif mal ajusté peut permettre à l'utilisateur de glisser et créer un risque d'étranglement » [traduction]. Au bas de la page 2, sous la rubrique « ajustement » [traduction], il était indiqué ce qui suit : « Lorsqu'il est fixé correctement et resserré, le dispositif doit être bien ajusté au bassin de l'utilisateur » [traduction].

Le 14 mai 2018, le dispositif de sécurité n'était pas conforme aux instructions du fabricant. [disposition 110(1)1]

2. Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 004 assis dans un fauteuil roulant incliné et un dispositif de sécurité précis était en place. L'inspectrice a constaté qu'il y avait un espace d'environ 6 cm (2,5 po) entre le corps de celle-ci et le dispositif de sécurité.

Lors d'un entretien, la/le PSSP n° 123 a indiqué à l'inspectrice qu'elle/il savait qu'il y avait un espace entre le dispositif et le corps du résident, qu'il pourrait s'agir d'un problème de sécurité si la personne résidente glissait dans le fauteuil et qu'un membre du personnel infirmier en avait été avisé afin qu'on puisse appeler quelqu'un pour venir ajuster le dispositif. La/le PSSP a tenté de resserrer le dispositif, mais en vain. À ce moment-là, l'alarme incendie s'est déclenchée et la/le PSSP a dû partir pour intervenir relativement à une alarme incendie à un autre étage. Il n'a informé personne du dispositif mal ajusté avant de quitter l'unité et l'inspectrice n° 550 s'est chargée d'en aviser l'IA n° 121. L'IA a informé l'inspectrice qu'on communiquerait avec l'assistant en réadaptation afin qu'il vienne resserrer le dispositif.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice que le dispositif de sécurité doit être resserré de façon à ce qu'il soit bien ajusté au corps du

résident pour prévenir les blessures. Il a fourni à l'inspectrice n° 550 les instructions du fabricant pour le dispositif de sécurité en question. Le document numéro BP1005-en2016.8 de Bodypoint a été examiné par l'inspectrice. À la page 1, le quatrième paragraphe indiquait : « Attention! Le “dispositif de sécurité précis” doit être bien ajusté à la partie inférieure du bassin ou aux cuisses en tout temps. Un dispositif mal ajusté peut permettre à l'utilisateur de glisser et créer un risque d'étranglement » [traduction]. Au bas de la page 2, sous la rubrique « ajustement » [traduction], il était indiqué ce qui suit : « Lorsqu'il est fixé correctement et resserré, le dispositif doit être bien ajusté au bassin de l'utilisateur » [traduction].

Le 14 mai 2018, le dispositif de sécurité n'était pas conforme aux instructions du fabricant. [disposition 110(1)1]

Autres mesures requises

PRV – Conformément au paragraphe 152(2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 111, Exigences : utilisation d'un appareil d'aide personnelle.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 111(2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit lorsqu'un appareil d'aide personnelle est utilisé aux termes de l'article 33 de la Loi :

- a) l'appareil est maintenu en bon état;**
- b) le personnel a recours à l'appareil conformément aux instructions du fabricant;**
- c) l'appareil n'est pas modifié si ce n'est pour les réglages de routine prévus dans les instructions du fabricant. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 111(2).**

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil d'aide personnelle précis utilisé pour la personne résidente n° 014 aux termes de l'article 33 de la Loi conformément aux instructions du fabricant.

L'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers de soins de santé du résident n° 014 qui indiquaient que le résident avait été admis au foyer à une date précise et avait reçu plusieurs diagnostics. Le programme de soins de la personne résidente n° 014 indiquait que la personne résidente ne peut pas se déplacer de façon autonome et qu'elle avait besoin d'un appareil d'aide personnelle lorsqu'elle était en fauteuil roulant pour demeurer en position assise.

Les 8, 14, 16 et 18 mai 2018, l'inspectrice n° 547 a observé la personne résidente n° 014 assise dans un fauteuil roulant manuel et un dispositif de sécurité précis était en place. L'inspectrice n° 547 a observé la personne résidente n° 014 bouger les bras et les jambes chaque fois, les pieds repliés sur son siège et le genou droit lui serrant la tête.

Le 18 mai 2018 à 11 h 45, la/le PSSP n° 135 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'on avait correctement eu recours à l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente n° 014, tel qu'il avait été vérifié plus tôt ce matin-là. La personne résidente PSSP n° 135 et l'inspectrice n° 547 ont observé que le dispositif de sécurité du résident n° 014 était desserré, et le PSSP n° 135 a indiqué qu'il était bien ajusté plus tôt. Après une évaluation plus approfondie du dispositif du résident, on a constaté qu'il était usé à tel point qu'il ne pouvait plus être resserré. La/le PSSP n° 135 a indiqué qu'on procéderait au réajustement du dispositif une fois la personne résidente transférée hors du fauteuil roulant après le dîner, afin de voir s'il était toujours possible de le rajuster et qu'on signifierait le tout au personnel infirmier autorisé.

Le document des instructions du fabricant numéro BP1005-en2016.8 de Bodypoint a été examiné par l'inspectrice. À la page 1, le quatrième paragraphe indiquait : « Attention! Le "dispositif de sécurité précis" doit être bien ajusté à la partie inférieure du bassin ou aux cuisses en tout temps. Un dispositif mal ajusté peut permettre à l'utilisateur de glisser et créer un risque d'étranglement » [traduction]. Au bas de la page 2, sous la rubrique « ajustement » [traduction], il était indiqué ce qui suit : « Lorsqu'il est fixé correctement et resserré, le dispositif doit être bien ajusté au bassin de l'utilisateur » [traduction].

Ainsi, le personnel infirmier n'a pas eu recours à l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente n° 014 conformément aux instructions du fabricant. [alinéa 111(2)b]

Autres mesures requises

PRV – Conformément au paragraphe 152(2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le personnel a recours à un appareil d'aide personnelle utilisé aux termes de l'article 33 de la Loi conformément aux instructions du fabricant. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131, Administration des médicaments.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 131(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131(1).

par. 131(2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131(2).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit administré au résident du foyer, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

Le 15 mai 2018, l'inspectrice n° 547 a examiné les rapports d'incident liés à des médicaments du foyer pour le dernier trimestre concernant un incident qui s'était produit à une date donnée; on avait administré à la personne résidente n° 032, 10 médicaments par erreur, c'est-à-dire des médicaments qui ne lui étaient pas prescrits.

Les médicaments avaient été prescrits à la personne résidente n° 021, mais administrés à la personne résidente n° 032 par erreur par l'IA n° 101. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que l'IA n° 101 n'avait pas suivi le processus d'administration des médicaments du foyer, car des médicaments avaient été administrés à la personne résidente n° 032 qui ne lui étaient pas prescrits, ce qui a exposé la personne résidente à un risque de préjudice. [par. 131 (1)]

2. À une date précise, la personne résidente n° 028 a pris un médicament sans

ordonnance du médecin. L'IA n° 101 a signalé que la personne résidente avait pris ce médicament par erreur sans ordonnance, car le dossier d'administration des médicaments n'avait pas été mis à jour conformément aux directives précisées par le prescripteur.

3. À une date précise, la personne résidente n° 031 a pris une dose plus faible d'un médicament précis à un moment précis de la journée. L'administration d'une faible dose du médicament en question a été constatée le lendemain et des changements ont été apportés pour administrer la dose appropriée prescrite à la personne résidente. De plus, 4 jours plus tard, on a constaté que la personne résidente n° 031 n'avait pas pris la dose appropriée du médicament, qui avait été modifiée la veille à une heure précise conformément à l'ordonnance en vue de l'administration toutes les 72 heures. La posologie précise du médicament a été modifiée à une date précise après que l'on a constaté, plus de 96 heures après l'administration du médicament, que celle-ci n'était pas conforme aux directives requises pour la personne résidente n° 031 précisées par le prescripteur. [par. 131(2)]

Autres mesures requises

PRV – Conformément au paragraphe 152(2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle aucun médicament ne soit administré à un résident du foyer, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135, Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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

a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et



préservé l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier; et Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135(1).

b) d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135(1).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient d'autre part, rapportés à la personne résidente, à son mandataire spécial, s'il en a un, au médecin traitant de la personne résidente ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente et au fournisseur de services pharmaceutiques.

À une date précise, la personne résidente n° 028 a reçu une dose supplémentaire d'un médicament à une heure précise sans l'autorisation du médecin en raison d'une erreur de transcription d'un ordre. Le rapport d'incident a été rempli le même jour par l'IA n° 101, mais rien n'a été documenté indiquant que la personne résidente ou son mandataire spécial et le fournisseur de services pharmaceutiques ont été avisés de cet incident lié à un médicament.

À une date précise, la personne résidente n° 031 a reçu la mauvaise dose de médicament. L'incident lié à un médicament a été constaté le lendemain et la dose du médicament a été modifiée conformément à la dose appropriée prescrite au résident.

Le pharmacien n'a pas été informé de cet incident lié à un médicament comme il se doit.

À une date précise, on a constaté que la posologie d'un médicament précis de la personne résidente n° 031 n'avait pas été modifiée conformément à l'ordonnance la veille à une heure précise en vue de l'administration toutes les 72 heures. La posologie appropriée a été modifiée le lendemain, après en avoir pris connaissance.

Le pharmacien et le médecin n'ont pas été informés de cet incident lié à un médicament comme il se doit.



À une date précise, l'IA n° 101 a administré à la personne résidente n° 032, 10 médicaments qui ne lui étaient pas prescrits; ces médicaments étaient plutôt prescrits, à la personne résidente n° 021. L'IA n° 101 a préparé les médicaments pour les personnes résidentes n° 021 et n° 032 en même temps et a administré le mauvais médicament à la personne résidente.

Le mandataire spécial de la personne résidente ou le pharmacien n'ont pas été informés de l'incident lié à un médicament comme il se doit.

Le 15 mai 2018, à 12 h, le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que la personne résidente, son mandataire spécial, le médecin et le pharmacien doivent être informés des incidents liés à un médicament. [par. 135(1)]

Autres mesures requises

PRV – Conformément au paragraphe 152(2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229, Programme de prévention et de contrôle des infections.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 229(4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229(4).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.



Les 7 et 9 mai 2018, l'inspectrice n° 592 a observé plusieurs déodorants à bille non étiquetés et ouverts ainsi que des coupe-ongles et plusieurs débarbouillettes souillées dans plusieurs salles de bain et de douche :

Dans la salle de bain située au deuxième étage dans le secteur est, quatre déodorants à bille se trouvaient dans un bac en plastique et plusieurs débarbouillettes souillées se trouvaient sur le comptoir à côté de l'évier. Il y avait également un coupe-ongles usagé non étiqueté et des ongles.

Dans la salle de bain située au troisième étage dans le secteur est, trois déodorants à bille se trouvaient dans un bac en plastique et il y avait également plusieurs débarbouillettes souillées sur une tablette noire.

Dans la salle de douche des hommes située au quatrième étage dans le secteur est, il y avait un coupe-ongles non étiqueté et plusieurs débarbouillettes souillées sur le comptoir à côté de l'évier.

Dans la salle de douche des femmes située au quatrième étage dans le secteur est, il y avait un déodorant à bille ouvert, non étiqueté.

Dans la salle de bain située au cinquième étage dans le secteur est, il y avait une lime à ongles usagée non étiquetée.

Le 9 mai 2018, lors d'un entretien avec la/le PSSP n° 103 qui était affecté(e) à l'unité du deuxième étage, cette/ce dernier/dernière a indiqué que tous les déodorants à bille doivent être étiquetés au nom des résidents aux fins d'hygiène et que ceux-ci sont conservés dans la chambre de chaque résident. La/le PSSP n° 103 a indiqué à l'inspectrice que des déodorants à bille supplémentaires étaient conservés dans la salle de bain au cas où le personnel viendrait à en manquer.

Le 9 mai 2018, lors d'un entretien avec la/le PSSP n° 104 qui était affecté(e) à l'unité du deuxième étage, cette/ce dernier/dernière a indiqué à l'inspectrice, lorsque cette dernière lui a montré les déodorants à bille dans les salles de douche des hommes et des femmes, que tous les déodorants ne doivent pas être laissés sans étiquette pour des raisons d'hygiène et en raison du risque de partage des déodorants entre les résidents.

Le 9 mai 2018, lors d'un entretien avec la/le PSSP n° 105 qui était affecté(e) à l'unité du quatrième étage, cette/ce dernier/dernière a indiqué à l'inspectrice, lorsque cette dernière lui a montré le déodorant à bille dans la salle de douche des hommes, que tous les déodorants à bille devraient être jetés, plus particulièrement ceux sans couvercle. La/le

PSSP n° 105 a indiqué que puisqu'on ne savait pas quelles personnes résidentes avaient utilisée les déodorants à bille, ceux-ci devraient être jetés pour des raisons d'hygiène. L'inspectrice n° 592 et la/le PSSP n° 105 ont également observé une débarbouillette souillée laissée sur le comptoir à côté de l'évier que la/le PSSP a enlevée.

Le 10 mai 2018, lors d'un entretien avec le responsable du programme des soins aux résidents qui est la personne affectée au contrôle des infections, ce dernier a indiqué à l'inspectrice que, pour éviter la contamination croisée entre les résidents et pour garantir de bonnes pratiques d'hygiène, le personnel doit étiqueter tous les articles personnels des résidents dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections, y compris les déodorants à bille et les coupe-ongles. [par. 229(4)]

Autres mesures requises

PRV – Conformément au paragraphe 152(2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8, Respect des politiques et dossiers.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 8(1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8(1).**

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 8(1)b) du Règl. de l'Ont. 79/10, en ce sens qu'il n'a pas veillé au respect des programmes, plans, politiques, protocoles, marches à suivre, stratégies ou systèmes établis ou par ailleurs mis en place.

Conformément au paragraphe 48(1) du Règl. de l'Ont. 79/10, « [l]e titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression et le recours à des interventions efficaces en la matière. »

La politique n° 355.29 intitulée « Skin and Wound Care: Skin Integrity » (soins de la peau et des plaies : intégrité épidermique), révisée en février 2017, indiquait sous « procédure » (marche à suivre) :

5. Utiliser l'outil d'évaluation des signes d'altération de l'intégrité épidermique (formulaire 355.29B) lorsqu'un résident présente des ruptures de l'épiderme, des éruptions cutanées, des lésions de pression ou des blessures, des déchirures de la peau ou des plaies.

6. Utiliser l'outil d'évaluation des signes d'altération de l'intégrité épidermique pour consigner les changements de pansements, les évaluations et la documentation hebdomadaire.

La politique n° 315.12 intitulée « Assessment: Skin: New Admission & Residents at Risk for Altered Skin Integrity » (évaluation : peau – nouveaux résidents admis et résidents susceptibles de présenter des signes d'altération de l'intégrité épidermique), révisée en décembre 2017, indiquait sous « procedure » (marche à suivre) :

4. Le personnel infirmier autorisé aiguillera tous les résidents présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique vers le diététiste professionnel pour une évaluation.

7. Le personnel infirmier autorisé effectuera une évaluation pour établir la cause profonde des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

8. Les évaluations et les interventions doivent être consignées dans le programme de soins.

Cette constatation est liée au registre n° 003836-18 indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait envoyé une plainte écrite au responsable du programme des soins aux résidents n° 125 à une date donnée. La plainte concernait certaines préoccupations relatives à la politique du foyer en matière de soins de la peau après avoir découvert un pansement sur une partie précise du corps de la personne résidente n° 038.

L'inspectrice n° 592 a examiné les dossiers de soins de santé du résident.

Au moment de son admission, la personne résidente n° 038 a reçu plusieurs diagnostics. On avait déterminé dans le cadre des derniers protocoles d'évaluation de la méthode RAI qu'elle était susceptible de présenter des signes d'altération de l'intégrité épidermique et qu'il n'y avait aucun signe de lésions de pression ou de déchirures de la peau pour la période visée par l'évaluation.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 038, on a relevé des renseignements une date donnée indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait demandé à l'IA n° 139 ce qui était arrivé à la partie précise du corps de la personne résidente n° 038, car la personne résidente avait un pansement datant de plus de 14 jours. Les notes indiquaient en outre que l'IA n° 139 avait vérifié les dossiers de santé de la personne résidente n° 038, le système logiciel, le dossier d'administration des médicaments et le rapport de soins infirmiers de 24 heures et n'avait pu trouver aucun renseignement concernant le pansement de la personne résidente n° 038 et les soins qui lui ont été prodigués. Dans les notes, on décrivait que le pansement avait été retiré par l'IA, que la plaie avait été nettoyée et qu'un pansement sec avait été appliqué et devait être changé à une date précise ou au besoin.

Lors d'un examen des documents d'enquête interne du titulaire de permis fournis par le responsable du programme des soins aux résidents, la documentation indiquait qu'à la suite des préoccupations écrites reçues de la part du membre de la famille de la personne résidente n° 038, des suivis ont été assurés, y compris un entretien avec l'IA n° 140. La documentation a également révélé dans une réponse écrite envoyée par courriel au membre de la famille de la personne résidente n° 038 par le responsable du programme des soins aux résidents que l'IA n° 140 était le membre du personnel infirmier autorisé qui avait découvert la plaie du résident 15 jours auparavant, en observant la présence d'un ruban adhésif sur la partie précise du corps de la personne résidente n° 038. La documentation du courriel indiquait en outre que l'IA avait constaté que le ruban adhésif recouvrait une abrasion cutanée et que

la personne résidente lui avait dit qu'elle avait appliqué le ruban adhésif sans en aviser le personnel infirmier. De plus, la documentation révélait que l'IA avait indiqué qu'un pansement avait été fait à la personne résidente n° 038, mais que rien n'avait été documenté au sujet de la plaie et des soins fournis à cet égard.

L'inspectrice n° 592 a examiné la lettre de réponse écrite du titulaire de permis à la suite de l'enquête interne envoyée au membre de la famille. La lettre de réponse écrite indiquait que l'IA n° 140 avait inscrit dans le rapport de soins infirmiers de 24 heures que la personne résidente n° 038 avait une plaie sur une partie précise du corps d'origine inconnue et que la plaie avait été nettoyée et un pansement sec avait été mis. La réponse écrite indiquait en outre que l'IA n° 140 avait oublié de documenter l'observation de signes d'altération de l'intégrité épidermique et le traitement requis dans les notes d'évolution et qu'aucun outil n'avait été employé pour évaluer les signes d'altération de l'intégrité épidermique (formulaire n° 355.29B). La lettre indiquait également que les dossiers d'administration des médicaments contenant les traitements précis et le programme de soins de la personne résidente n° 038 n'avaient pas été remplis par l'IA n° 140. La lettre de réponse écrite indiquait également que toutes ces interventions faisaient partie des programmes de soins de la peau et des plaies qui n'ont pas été respectés à ce moment-là.

Par conséquent, le programme relatif à politique sur les soins de la peau n'avait pas été mis en œuvre pour la personne résidente n° 038. [alinéa 8(1)a), alinéa 8(1)b)]

2. La personne résidente n° 021 a été admise au foyer à une date donnée et a reçu plusieurs diagnostics.

Un examen du dossier de soins de santé de la personne résidente n° 021 a été effectué par l'inspectrice n° 592, révélant que la personne résidente n° 021 présentait une lésion de pression chronique située sur une partie précise du corps. Le dossier de soins de santé indiquait également qu'une deuxième lésion de pression avait commencé à une date précise, située elle aussi sur la même partie du corps.

Lors d'un examen de la documentation intitulée « outil d'évaluation des plaies » à une date donnée, la première lésion de pression était décrite comme étant à un stade donné et présentant un suintement et de l'œdème. Les ordres de traitement figurant sur le formulaire de documentation enjoignaient au personnel infirmier d'administrer un traitement précis devant être changé deux fois par semaine.

L'inspectrice n° 592 a également effectué un examen de la documentation intitulée « outil d'évaluation des plaies » pour la deuxième lésion de pression. Cette lésion de

pression était décrite comme étant à un stade donné et présentant un suintement. Les ordres de traitement figurant sur le formulaire de documentation enjoignaient au personnel infirmier d'administrer un traitement précis deux fois par semaine.

Le 14 mai 2018, lors d'un entretien avec l'IAA n° 108, ce dernier a indiqué que lorsque des lésions de pression surviennent, le membre du personnel infirmier conseiller en soins des plaies doit en être informé et une évaluation doit être réalisée. Après l'évaluation, le traitement doit être consigné dans le dossier d'administration des médicaments et sur l'« outil d'évaluation des plaies ». Une copie de l'évaluation doit être laissée au médecin afin qu'il soit au courant du traitement et qu'il cosigne le traitement réel. En outre, l'IAA n° 108 a indiqué qu'une fois que le traitement a été administré au résident, le personnel infirmier autorisé doit consigner le tout sur l'« outil d'évaluation des plaies » et dans le dossier d'administration des médicaments.

Lorsque l'inspectrice n° 592 a examiné le dossier d'administration des médicaments et l'« outil d'évaluation des plaies » en présence de l'IAA n° 108 pour la personne résidente n° 021 pour une période de deux mois donnés, l'inspectrice a constaté qu'il n'y avait aucune documentation dans ces dossiers indiquant que le traitement était administré comme suit :

Le programme de soins pour le traitement de la première lésion de pression prévoyait l'administration du traitement à deux dates précises, mais l'on n'a trouvé aucune documentation indiquant que le traitement avait été administré à la personne résidente n° 021 à ces dates.

Le programme de soins pour le traitement de la deuxième lésion de pression prévoyait l'administration du traitement à sept dates précises, mais l'on n'a trouvé aucune documentation en ce sens.

L'IAA n° 108 a examiné le dossier d'administration des médicaments et l'« outil d'évaluation des plaies » avec l'inspectrice et n'a pu trouver aucune documentation pour les dates susmentionnées.

Le 15 mai 2018, lors d'un entretien avec le responsable du programme des soins aux résidents qui est affecté au programme de soins de la peau, ce dernier n'a pu trouver aucune documentation selon laquelle le traitement avait été administré au à la personne résidente n° 021 aux dates susmentionnées.

Par conséquent, aucune donnée probante n'a été trouvée à l'appui du fait que les soins



n'ont pas été prodigués à la personne résidente n° 021 conformément au programme de soins; toutefois, le programme relatif à politique sur les soins de la peau n'avait pas été respecté et mis en œuvre pour la personne résidente n° 021. [alinéa 8(1)a), alinéa 8(1)b)]

3. Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114(2), « [l]e titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. » Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114(2).

La politique n° 345.04 intitulée « Medication: Counting Guidelines for Narcotic/Controlled Substances » (médicaments : directives relatives au dénombrement des stupéfiants et des substances contrôlées), révisée en janvier 2017 indiquait ce qui suit :

Pratique :

Il faut procéder au dénombrement des stupéfiants et des substances contrôlées au changement de quart de travail.

Il doit toujours y avoir deux (2) IA ou IAA présents pour procéder au dénombrement des stupéfiants et des substances contrôlées lors de chaque changement de quart de travail.

Cette constatation est liée au registre n° 000974-18 (stupéfiant manquant).

À une date donnée, à une heure précise, le dénombrement des stupéfiants a révélé qu'il n'y avait que 28 comprimés d'un médicament contrôlé alors que la feuille de dénombrement des stupéfiants en indiquait 30. Le responsable du programme des soins aux résidents a mené une enquête relativement au stupéfiant manquant. Il a constaté que la veille, l'IAA n° 142, qui commençait un quart de travail précis, avait procédé seul au dénombrement de ce stupéfiant et que l'IAA n° 141 n'avait pas participé au processus.

Les deux IAA n'ont pas respecté la politique « Medication: Counting Guidelines for Narcotic/Controlled Substances » (médicaments : directives relatives au dénombrement des stupéfiants et des substances contrôlées), car le dénombrement des stupéfiants n'a pas été effectué par deux IA ou IAA. [alinéa 8(1)b)]

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les*



foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 15, Services
d'hébergement.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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

- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;**
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés,
nettoyés et livrés;**
- c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs
et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15(2).**

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel
soient toujours propres.

Lors du processus d'observation des résidents effectué à l'étape 1 de l'Inspection de la
qualité des services aux résidents, les inspectrices des foyers de soins de longue
durée n° 547 et n° 592 ont remarqué que le matériel de plusieurs résidents était souillé.

Le 7 mai 2018, l'inspectrice n° 592 a observé la présence d'une matière sèche brune sur
le coussin de siège du fauteuil roulant de la personne résidente n° 003, ainsi que sur la
ceinture abdominale.

Le 8 mai 2018, l'inspectrice n° 547 a observé la présence de poussière sur l'ambulateur
de la personne résidente n° 018, ainsi que de la nourriture séchée et des taches sur le
coussin.

Par conséquent, l'inspectrice n° 592 a examiné de près le matériel ambulatoire des
deux personnes résidentes le 10 mai 2018 :

- le coussin de siège du fauteuil roulant de la personne résidente n° 003 présentait une
matière sèche brune, ainsi que sur la ceinture abdominale. L'inspectrice n° 592 a
également observé la présence d'une matière blanche sur le côté gauche du coussin de
siège et sur la ceinture abdominale;
- l'inspectrice a observé la présence de poussière sur l'ambulateur de la personne
résidente n° 018, ainsi que de la nourriture séchée et des taches sur le coussin.

Lors d'un entretien avec la/le PSSP n° 104 responsable de la personne résidente n° 003,
cette/ce dernier/dernière a indiqué que le foyer a un processus en place

indiqué que le foyer a un processus en place pour le nettoyage du matériel ambulatoire. La/le PSSP a indiqué qu'il incombait au PSSP du quart de nuit d'effectuer le nettoyage du matériel selon un horaire situé au bureau du personnel infirmier. La/le PSSP n° 104 a également indiqué que si la/le PSSP constate que le matériel ambulatoire d'un résident donné est souillé, il doit ajouter ce résident à l'horaire de nettoyage du quart de nuit et dans l'intervalle, il doit procéder à un nettoyage rapide. Lorsque l'inspectrice a montré au PSSP le fauteuil roulant de la personne résidente n° 003, cette/ce dernier/dernière a indiqué que le fauteuil roulant avait été nettoyé auparavant pendant la journée, mais que pour une raison ou pour une autre, un nettoyage en profondeur était nécessaire. Lorsque l'inspectrice lui a demandé si la personne résidente n° 003 figurait sur la liste de nettoyage du quart de nuit, la/le PSSP n° 104 a indiqué que cette personne résidente n'était pas inscrit sur la liste, mais qu'elle aurait dû l'être.

En examinant l'horaire de nettoyage du matériel ambulatoire, l'inspectrice n° 592 a remarqué que le fauteuil roulant de la personne résidente n° 003 ne serait pas nettoyé avant la troisième semaine de mai un jour précis.

Lors d'un entretien avec la/le PSSP n° 117 responsable de la personne résidente n° 018, cette/ce dernier/dernière a indiqué que les PSSP du quart de nuit étaient responsables du nettoyage du matériel ambulatoire. La/le PSSP a également ajouté que si, dans l'intervalle, on constate du matériel ambulatoire souillé, elle/il peut procéder à un nettoyage rapide et inscrire la personne résidente sur la liste afin de faire nettoyer le matériel ambulatoire cette nuit-là. La/le PSSP n° 117 a dit à l'inspectrice que le matériel ambulatoire de la personne résidente n° 018 était souillé et que le personnel n'était pas en mesure de nettoyer l'ambulateur de cette personne résidente, car elle était très active et l'on ne pouvait pas le lui enlever. Le PSSP n° 117 a indiqué que l'ambulateur de cette personne résidente n'avait pas été inscrit sur la liste de nettoyage du quart de nuit.

En examinant l'horaire de nettoyage du matériel ambulatoire, l'inspectrice n° 592 a constaté que l'ambulateur de la personne résidente n° 0018 ne serait pas nettoyé avant la troisième semaine de mai un jour précis.

Lors d'un entretien avec le responsable du programme des soins aux résidents, ce dernier a indiqué que le matériel ambulatoire du résident était nettoyé à tour de rôle par les PSSP du quart de nuit. Le responsable du programme des soins aux résidents a également indiqué qu'un horaire était en place et que, dans l'intervalle, s'il fallait nettoyer le matériel ambulatoire, le personnel devait procéder au nettoyage dans une certaine mesure et inscrire la personne résidente au bas de la liste en vue d'un nettoyage en profondeur lors du quart de nuit. Le responsable du programme des soins aux résidents a également indiqué qu'il s'agissait de la responsabilité de tous et a ajouté que le personnel infirmier autorisé effectuait également des vérifications mensuelles du matériel afin d'assurer un bon suivi. Une fois le matériel nettoyé, les membres du

personnel devaient apposer leurs initiales sur l'horaire.

L'inspectrice n° 592 a posé des questions sur l'horaire d'avril, car le matériel ambulatoire des personnes résidentes n° 003 et n° 018 était souillé. Lors d'un examen de l'horaire en présence de l'inspectrice, le responsable du programme des soins aux résidents a constaté que le matériel ambulatoire de la personne résidente n° 018 devait être nettoyé au cours de la troisième semaine d'avril et qu'il n'y avait aucune signature attestant que le nettoyage avait été fait. Le responsable du programme des soins aux résidents a également constaté que le matériel ambulatoire de la personne résidente n° 018 devait être nettoyé au cours de la troisième semaine d'avril et qu'il n'y avait aucune signature attestant que le nettoyage avait été fait.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel ambulatoire des personnes résidentes n° 003 et n° 018 soit toujours propre. [alinéa 15(2)a)]

AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24, Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 24(1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. 2007, chap. 8, par. 24(1) et 195(2).**

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

À une date précise, le titulaire de permis a reçu une plainte écrite du mandataire spécial de la personne résidente n° 023, indiquant qu'à une heure précise, le mandataire spécial avait rendu visite à la personne résidente n° 023, qui pleurait parce qu'une/un PSSP l'avait « forcé » à mettre un vêtement précis même si elle refusait de le mettre.

L'inspectrice n° 126 a examiné le dossier de soins de santé de la personne résidente n° 023. Il était inscrit dans les notes d'évolution que 13 jours plus tôt, l'IAA n° 102 avait été informé par le mandataire spécial de la personne résidente n° 023 que la/le PSSP n° 127 avait obligé la personne résidente n° 023 à mettre un vêtement précis même si elle refusait de le mettre. À l'arrivée du mandataire spécial, la personne résidente n° 023 pleurait et se plaignait de douleur à une partie précise du corps, car deux PSSP avaient tenté de lui mettre un vêtement précis et la personne résidente n° 023 résistait. L'IAA n° 102 a avisé l'IA n° 124 de l'incident.

Les notes d'enquête sur l'incident ont été examinées. Il était mentionné que le responsable du programme des soins aux résidents avait réalisé un entretien avec la/le PSSP n° 127 qui a indiqué qu'on avait obligé la personne résidente n° 023 à mettre le vêtement précis, même si cette personne résidente résistait aux soins. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que l'incident n'avait pas été signalé au directeur.

Une discussion a eu lieu avec l'IA n° 124 qui a indiqué ne pas se souvenir expressément de l'incident, mais que celui-ci avait été signalé comme un incident où une personne résidente résistait aux soins et non un incident de mauvais traitement. L'IA n° 124 a indiqué que l'incident avait été signalé ce jour-là par l'IA n° 102. L'IA n° 124 avait rendu visite à la personne résidente n° 023 qui ne semblait pas en détresse ou ne s'est plainte d'aucune douleur à ce moment-là.

Un jour précis, la/le PSSP n° 127 a obligé la personne résidente n° 023 à mettre un vêtement précis même si elle refusait de le mettre. La personne résidente n° 023 pleurait et se plaignait de douleur à une partie précise du corps. Il y avait des motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement de la personne résidente n° 023 de la part de la/du PSSP n° 127 qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice n'a pas été immédiatement signalé au directeur.

[par. 24(1)]

2. Cette constatation est liée au registre n° 003836-18 indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait envoyé une plainte écrite au responsable du programme des soins aux résidents n° 125 à une date donnée. La plainte concernait certaines préoccupations relatives à la politique du foyer en matière de soins de la peau après avoir découvert un pansement à une date donnée sur une partie précise du corps de la personne résidente n° 038.

L'inspectrice n° 592 a examiné les dossiers de soins de santé du résident.

Au moment de son admission, la personne résidente n° 038 a reçu plusieurs diagnostics.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 038, on a relevé des renseignements cinq jours avant que le foyer ne reçoive la plainte indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait demandé à l'IA n° 139 ce qui était arrivé à la partie précise du corps de la personne résidente n° 038, car la personne résidente avait un pansement datant de plus de 14 jours. Les notes indiquaient en outre que l'IA n° 139 avait vérifié les dossiers de santé de la personne résidente, le système logiciel, le dossier d'administration des médicaments et le rapport de soins infirmiers de 24 heures et n'avait pu trouver aucun renseignement concernant le pansement de la personne résidente n° 038. Dans les notes, on décrivait que le pansement avait été retiré par l'IA, que la plaie avait été nettoyée et qu'un pansement sec avait été appliqué et devait être changé à une date précise ou au besoin.

L'inspectrice n° 592 a examiné la lettre de réponse écrite du titulaire de permis à la suite de l'enquête interne envoyée au membre de la famille. La lettre de réponse écrite indiquait que l'IA n° 140 était le membre du personnel infirmier autorisé qui avait découvert la plaie du résident 15 jours plus tôt et avait inscrit dans le rapport de soins infirmiers de 24 heures que la personne résidente n° 038 avait une plaie sur une partie précise du corps d'origine inconnue et que la plaie avait été nettoyée et un pansement sec avait été mis. Aucun suivi n'avait été assuré par un membre du personnel infirmier autorisé, ce qui signifie que le pansement de la personne résidente n° 038 n'a pas été changé et que ce dernier n'a reçu aucun traitement des plaies pendant 15 jours.

Lors d'un entretien avec l'IA n° 139, ce dernier a indiqué à l'inspectrice qu'à une date donnée, un membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait demandé ce qui était arrivé à la partie précise du corps de cette personne résidente, car celle-ci avait un pansement datant de plus de 14 jours. L'IA a indiqué qu'aucun document n'a été trouvé relativement aux soins de la peau prodigués à la personne résidente n° 038. L'IA n°

139 a également indiqué que le pansement avait été retiré afin d'évaluer la peau de la personne résidente et qu'une certaine macération avait été observée dans la région, car le pansement était demeuré sur la peau pendant plusieurs jours. En outre, l'IA a indiqué qu'il avait signalé l'incident et les préoccupations soulevées par le membre de la famille de la personne résidente n° 038 au responsable du programme des soins aux résidents n° 125 ce jour-là. L'IA n° 139 a indiqué qu'il avait signalé cet incident au responsable du programme des soins aux résidents, car il estimait qu'il s'agissait d'un incident de négligence en raison du non-respect des procédures relatives aux soins de la peau.

Lors d'un entretien avec le responsable du programme des soins aux résidents n° 125, ce dernier a indiqué que l'IA n° 139 lui avait signalé le pansement découvert par le membre de la famille sur la partie précise du corps de la personne résidente n° 038. Le responsable du programme des soins aux résidents n° 125 a indiqué qu'il ne savait pas avec certitude si l'IA avait signalé les préoccupations soulevées par le membre de la famille du résident le même jour ou trois jours plus tard. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice qu'il n'estimait pas qu'il s'agisse d'un incident de négligence à ce moment-là.

Cet incident de négligence n'a jamais été signalé par le titulaire de permis au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, même après que l'incident a été décrit par le responsable du programme des soins aux résidents n° 125 dans une lettre adressée au membre de la famille de la personne résidente n° 038 comme étant de la négligence de la part du personnel infirmier. [par. 24(1)]

AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 44, Autorisation d'admission à un foyer.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 44(9) S'il refuse d'approuver l'admission, le titulaire de permis donne aux personnes visées au paragraphe (10) un avis écrit énonçant ce qui suit :

- a) le ou les motifs de son refus;**
- b) une explication détaillée des faits à l'appui de sa décision, tels qu'ils se rapportent à la fois au foyer et à l'état de l'auteur de la demande et ses besoins en matière de soins;**
- c) une explication de la façon dont les faits à l'appui justifient le refus;**
- d) les coordonnées du directeur. 2007, chap. 8, par. 44(9).**

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que s'il refuse d'approuver l'admission, il doive donner aux personnes visées au paragraphe (10) un avis écrit énonçant ce qui suit :
 - b) une explication détaillée des faits à l'appui de sa décision, tels qu'ils se rapportent à la fois au foyer et à l'état de l'auteur de la demande et ses besoins en matière de soins;
 - c) une explication de la façon dont les faits à l'appui justifient le refus;
 - d) les coordonnées du directeur.

Conformément au paragraphe 44(10) du Règl. de l'Ont. 79/10, les personnes visées au paragraphe (9) sont les suivantes :

1. L'auteur de la demande.
2. Le directeur.
3. Le coordonnateur des placements compétent.

Cette inspection est liée au registre n° 007184-18, soit une plainte concernant le refus d'un lit pour un résident.

Le 22 janvier 2018, le titulaire de permis a reçu une demande d'admission de la personne résidente n° 040. Après avoir examiné la demande de la personne résidente et les renseignements fournis par les services de soins à domicile et en milieu communautaire du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain, le titulaire de permis a décidé de refuser d'approuver la demande de la personne résidente n° 040, indiquant que le personnel du foyer ne possédait pas l'expertise en soins infirmiers nécessaire pour répondre aux besoins de l'auteur de la demande en matière de soins.

L'inspectrice a examiné la lettre de refus datée du 9 avril 2018, qui a été envoyée au mandataire spécial de la personne résidente et dont des copies ont été envoyées au directeur et aux services de soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS de Champlain. L'inspectrice a constaté que la lettre ne donnait pas d'explication détaillée des faits à l'appui de la décision, ne donnait pas d'explication de la façon dont les faits à l'appui justifient le refus et ne comprenait pas les coordonnées du directeur.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué qu'elle n'était pas au courant de ces exigences et qu'il s'agissait ainsi de la raison pour laquelle les renseignements en question ne figuraient pas dans sa lettre. [par. 44(9)]

AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 101, Traitement des plaintes.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 101(1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101(1).

par. 101(1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. Est donnée à l'auteur de la plainte une réponse qui indique, selon le cas :

- i. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,**
- ii. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui.**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101(1).

par. 101(2) Le titulaire de permis veille à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :

a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;

b) la date de réception de la plainte;

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;

d) le règlement définitif, le cas échéant;

e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;

f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101(2).

Findings / Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réponse à la plainte écrite qu'il a reçue concernant les soins fournis à la personne résidente n° 23 soit donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte.



Une plainte écrite datée d'une date donnée a été formulée à l'intention du titulaire de permis par le mandataire spécial de la personne résidente n° 023.

La lettre de réponse était datée de 31 jours plus tard et a été envoyée par courriel au mandataire spécial le lendemain par le responsable du programme des soins aux résidents.

Le titulaire n'a pas donné de réponse au mandataire spécial dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. [disposition 101(1)1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que pour chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer, soit donnée à l'auteur de la plainte une réponse qui indique, selon le cas :

- i. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
- ii. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui.

Cette inspection est liée au registre n° 009101-18, soit une plainte écrite présentée au directeur à une date donnée par le titulaire de permis concernant les soins de la personne résidente n° 042.

À une date donnée, le membre de la famille de la personne résidente n° 042 a présenté une plainte écrite au titulaire de permis concernant les soins du résident.

L'inspectrice a examiné le formulaire de plainte daté d'une date donnée. Il était indiqué à la puce 7 qu'un message vocal avait été laissé au plaignant six jours après la réception de la plainte écrite par le titulaire de permis, mais que le plaignant ne l'avait pas rappelé.

Lors d'un entretien, le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice n° 550 qu'il n'avait pas parlé au plaignant pour l'informer des mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte. [disposition 101(1)3]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :

- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse.



Cette inspection est liée au registre n° 009101-18, soit une plainte écrite présentée au directeur à une date donnée par le titulaire de permis concernant les soins de la personne résidente n° 042.

À une date donnée, le membre de la famille de la personne résidente n° 042 a présenté une plainte écrite au titulaire de permis concernant les soins du résident.

L'inspectrice a examiné le formulaire de plainte et a constaté qu'à la puce 5, Results of the investigation (résultats de l'enquête), les résultats de l'enquête ou le règlement définitif n'étaient pas documentés. À la puce 7, soit la date et l'heure auxquelles une réponse sera donnée au plaignant, rien d'indiquait la réponse donnée au plaignant et il n'y avait aucune description de cette réponse.

Lors d'un entretien, le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice que le règlement définitif aurait dû être documenté sur le formulaire de plainte à la puce 5, et que la réponse donnée au plaignant et une description de cette réponse auraient dû être documentées à la puce 7, mais cela n'a pas été fait. Le responsable du programme des soins aux résidents avait laissé un message vocal au plaignant, mais ce dernier ne l'a jamais rappelé; il ne lui a donc pas parlé et ne lui a pas donné de réponse. [par. 101(2)]

AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 162, Approbation du titulaire de permis.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 162(3) Sous réserve des paragraphes (4) et (5), le titulaire de permis, au plus cinq jours ouvrables après avoir reçu la demande présentée en application de l'alinéa (1) b), prend l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- 1. Il donne au coordonnateur des placements compétent l'avis écrit qu'exige le paragraphe 44 (8) de la Loi.**
- 2. S'il refuse d'approuver l'admission de l'auteur de la demande, il donne aux personnes visées au paragraphe 44 (10) de la Loi l'avis écrit qu'exige le paragraphe 44 (9) de la Loi. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 162(3).**

Findings / Constatations :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas répondu à la demande d'autorisation d'admission au foyer**



de soins de longue durée de l'auteur de la demande n° 040 dans les cinq jours ouvrables suivant sa réception. Le titulaire de permis est tenu de décider s'il y a lieu d'approuver ou de refuser d'approuver l'admission de l'auteur de la demande au foyer. Le titulaire doit ensuite donner aux personnes visées au paragraphe 44(10) de la Loi, c'est-à-dire l'auteur de la demande, le directeur et le coordonnateur des placements compétent, l'avis écrit qu'exige le paragraphe 44 (9) de la Loi.

À une date donnée, le titulaire de permis a reçu une demande d'autorisation d'admission de la personne résidente n° 040 au foyer de la part des services de soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS de Champlain (coordonnateur des placements). Selon la documentation fournie par le représentant des services de soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS de Champlain, il était indiqué que le titulaire de permis l'avait informé du refus d'approuver cette demande plusieurs semaines plus tard.

Le responsable du programme des soins aux résidents et l'administratrice ont confirmé qu'ils n'avaient pas répondu dans les cinq jours ouvrables, car ils étaient occupés à régler de nombreuses questions au foyer.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas répondu dans les cinq jours ouvrables suivant la réception de la demande d'autorisation d'admission au foyer de l'auteur de la demande n° 040. [disposition 162(3)2]

Publié le 16 juillet 2018

Signature of Inspector(s) / Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Version originale du rapport signée par l'inspectrice.



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

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

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

Public Copy / Copie du public

Name of Inspector (ID #) / Nom des inspectrices (n°) :	MELANIE SARRAZIN (592), JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)
Inspection No. / N° de l'inspection :	2018_548592_0008
Log No. / N° de registre :	008974-18
Type of Inspection / Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Report Date(s) / Date du rapport :	21 juin 2018
Licensee / Titulaire de permis :	Ville d'Ottawa Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée, 200, chemin Island Lodge, OTTAWA (ONTARIO) K1N 5M2
LTC Home / Foyer de SLD :	Centre d'accueil Champlain 275, rue Perrier, VANIER (ONTARIO) K1L 5C6
Name of Administrator / Nom de l'administratrice :	Jacqueline Roy

Aux termes du présent document, la Ville d'Ottawa est tenue de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de *la Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8**Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8**Order # /****Ordre n° :** 001**Order Type /****Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153(1)a)**Linked to Existing Order /****Lien vers l'ordre existant :** 2017_619550_0018, OC n° 001**Pursuant to / Aux termes de :**

la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 29(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) est adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements;
- b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29(1).

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer à l'alinéa 29(1)b) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Plus précisément, après avoir reçu le présent ordre de conformité et pendant sept jours consécutifs, le titulaire de permis doit mettre en œuvre un processus de surveillance amélioré qui sera utilisé par le personnel infirmier autorisé responsable de la supervision des soins aux résidents afin de valider que tous les résidents maîtrisés au moyen d'un appareil mécanique, y compris les personnes résidentes n^{os} 004, 029 et 030, reçoivent des soins conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, au Règlement de l'Ontario 79/10 et à la politique du titulaire de permis intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).

Les données probantes relatives à ce processus de surveillance amélioré et aux mesures prises par le personnel infirmier autorisé pour régler les cas de non-respect doivent être consignées et soumises aux deux responsables du programme des soins aux résidents à la fin de chaque quart de travail de soins infirmiers.

Grounds / Motifs :

1.1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité OC n° 001 qui suit découlant de l'inspection n° 2017_619550_0018 signifié le 22 septembre 2017, ayant pour date de conformité le 11 janvier 2018 :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que soit respectée la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents. En particulier, il doit :

1. Fournir, au personnel qui fournit des soins directs, une formation sur la politique du titulaire de permis intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive). Cette formation doit comprendre un examen des exigences en matière de documentation aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110(7). Cette formation doit être documentée.
2. Réviser le programme de soins des résidents n°s 003, 006, 046 et 047, et de tous les autres résidents qui sont maîtrisés au moyen d'un appareil mécanique pour veiller à ce que toute utilisation de la contention se fasse conformément à la Loi, aux règlements et à la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).
3. Élaborer et mettre en œuvre un processus de surveillance pour veiller à ce que soit respectée la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).

Le titulaire de permis a effectué l'étape 1 de l'ordre de conformité OC n° 001, mais il n'a pas effectué les étapes 2 et 3 de ce même ordre de conformité.

Tel qu'il est démontré ci-dessous, le titulaire de permis n'a pas effectué les étapes 2 et 3, qui consistent veiller à ce que toute utilisation de la contention sur les résidents se fasse conformément à la Loi, aux règlements et à la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).

L'inspectrice a examiné la politique du foyer n° 335.10 intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive), révisée en décembre 2017. À la page 4 de 7, sous la rubrique « Procedure: Initiation of Restraint » (marche à suivre : recours à la contention), on indiquait ce qui suit :

1. Faire une évaluation afin de déterminer le motif pour envisager un recours à la contention. Éventualité de se blesser ou de blesser autrui.

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

5. Obtenir un consentement ou un refus, et le documenter sur un formulaire de consentement.
8. Documenter, dans les notes d'évolution, les circonstances ayant entraîné le recours à la contention, les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées, le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné, le consentement, le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.
9. Entreprendre de remplir le « Restraint Monitoring Form » (formulaire de surveillance de la contention). Veiller à le remplir à l'aide de la légende et des réactions pertinentes.
13. Chaque dégagement de l'appareil et tout changement de position doivent être inscrits sur la « restraint/PASD flow sheet » (feuille de soins – contention/appareil d'aide personnelle).
14. Documenter toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident, ainsi que le retrait ou l'abandon de l'appareil, y compris le moment du retrait ou de l'abandon et les soins fournis par la suite.
17. L'état du résident est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention est évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documenté dans le dossier d'administration des médicaments.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice n° 550 que l'utilisation, le dégagement, le changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, ainsi que la réaction du résident à la contention sont documentés sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B par les PSSP à l'aide de la légende et du code de réaction appropriés indiqués en haut du formulaire. La légende des codes est la suivante :

Code :

- A – Recours (Applied)
- EP – En place (In place)
- RP – Changement de position (Repositioned)
- RT – Retiré (Removed)
- R – Refusé (Refused)

Réaction :

- 0 – Aucune réaction/calme (No response/calm)
- 1 – Agité (Agitated/restless)
- 2 – Essaie de retirer l'appareil (Attempting to remove)

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Selon la politique, la réévaluation de l'état du résident et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé doivent être documentées chaque quart de travail dans le dossier d'administration des médicaments.

Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 004 assise dans un fauteuil roulant incliné et un dispositif de sécurité précis était en place. Lors d'un entretien, la/le PSSP n° 123 a dit à l'inspectrice que la personne résidente n° 004 a besoin d'un dispositif de sécurité précis pour l'empêcher de se lever de son fauteuil roulant. La/le PSSP a indiqué qu'elle/il doit vérifier l'état du ou de la personne résidente toutes les 30 minutes et la changer de position toutes les 2 heures lorsque la contention est en place. Il faut le documenter sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B, y compris l'heure du recours à la contention et du retrait de celle-ci.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers de soins de santé de la personne résidente n° 004 et a constaté un document intitulé « Restraint/PASD consent form » (formulaire de consentement à la contention ou à l'appareil d'aide personnelle) signé par le mandataire spécial de cette personne résidente à une date précise en 2017. Sur ce document, le type de contention recommandé a été laissé en blanc et le type de contention n'était indiqué nulle part ailleurs sur le formulaire de consentement.

Lors d'un examen de la documentation figurant sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B pour la personne résidente n° 004, l'inspectrice a relevé ce qui suit :

- le changement de position de cette personne résidente toutes les deux heures n'était pas documenté pour chaque jour;
- un jour donné, il n'y avait aucune documentation du retrait de la contention à la fin de la journée;
- un autre jour donné, de 8 h à 15 h, le code AP a été documenté, ce qui n'est pas un code figurant sur le formulaire de contention. La réaction de la personne résidente à la contention n'avait pas été documentée.

L'inspectrice a examiné la documentation de la réévaluation de l'état de la personne résidente n° 004 et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures dans le dossier d'administration des médicaments. L'inspectrice a constaté qu'il n'y avait pas d'initiales du personnel pour trois quarts de travail donnés.

Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 029 endormie dans un fauteuil roulant devant la télévision dans le coin salon principal. Le fauteuil roulant était incliné et un dispositif de sécurité précis était en place. Lors d'un entretien, la/le PSSP n° 123 a dit à l'inspectrice que cette personne résidente a besoin d'un dispositif de sécurité précis lorsqu'elle est assise dans son fauteuil roulant pour l'empêcher de se lever.

La/le PSSP n° 123 a indiqué qu'on vérifie l'état de la personne résidente toutes les 30 minutes et qu'on la change de position toutes les 2 heures. L'utilisation et le retrait de la contention, ainsi que le changement de position doivent être documentés sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B.

Lors d'un examen de la documentation figurant sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B pour la personne résidente n° 029, l'inspectrice a relevé ce qui suit :

- il n'y avait aucune documentation du changement de position de cette personne résidente toutes les deux heures pour la période visée;
- un jour donné, la dernière inscription à 23 h indiquait que la contention était en place (EP), mais l'heure du retrait de la contention n'avait pas été documentée. La documentation suivante a été faite le lendemain à 7 h, pour indiquer le recours à la contention;
- un autre jour donné, de 0 h à 14 h, rien n'avait été documenté indiquant le recours à la contention. À 15 h, on a documenté que la contention était en place (EP);
- un autre jour donné, de 7 h à 20 h, le code AP a été documenté, ce qui n'est pas un code figurant sur le formulaire de contention n° 335.10B;
- un autre jour donné, de 16 h à 19 h, le code AP a été documenté, ce qui n'est pas un code figurant sur le formulaire de contention n° 335.10B;
- un autre jour donné, rien n'avait été documenté indiquant le recours à la contention. La première documentation a été faite à 12 h, indiquant que la contention était en place (EP). À 20 h, le recours (A) à la contention a été documenté. Il n'y a eu aucune documentation de 21 h à 23 h;
- aucune documentation n'a été trouvée pour une autre date donnée.

L'inspectrice a examiné la documentation de la réévaluation de l'état de la personne résidente n° 029 et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures dans le dossier d'administration des médicaments et a observé ce qui suit :

- rien n'avait été documenté pour deux jours;
- rien n'avait été documenté pour trois jours donnés.
- pour une période de huit jours, on avait documenté le code 7, ce qui indiquait que le résident dormait selon la légende des codes figurant sur le dossier d'administration des médicaments.

Le 14 mai 2018, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 029 se déplaçant indépendamment en fauteuil roulant. Un dispositif de sécurité précis était en place. La personne résidente n'a pas été en mesure de retirer le dispositif lorsque l'inspectrice le lui a demandé. L'IAA n° 122 a indiqué à l'inspectrice que cette personne résidente a besoin de ce dispositif de sécurité précis lorsqu'elle est assise dans le fauteuil roulant pour l'empêcher de se lever.

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

L'IA n° 121 a également indiqué que cette personne résidente a besoin de ce dispositif de sécurité depuis qu'elle/il a obtenu son congé de l'hôpital à une date donnée, à la suite d'une blessure. Avant de se blesser, la/le résident(e) se déplaçait tout seul(e).

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers de soins de santé de la personne résidente n° 029. Le formulaire « Initial evaluation of the restraint application » (évaluation initiale de l'utilisation de la contention) n° 335.10C n'avait pas été rempli, à l'exception d'une note indiquant que l'IA n° 121 avait aiguillé la personne résidente n° 029 vers un physiothérapeute et un assistant en réadaptation après qu'il a obtenu son congé de l'hôpital. Rien n'était documenté dans les notes d'évolution indiquant les circonstances ayant entraîné le recours à la contention, les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées, le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné, le consentement, le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.

Lors d'un examen de la documentation figurant sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B pour la personne résidente n° 029, l'inspectrice a relevé ce qui suit :

- il n'y avait aucune documentation du changement de position du ou de la résident(e) toutes les 2 heures pendant 13 jours consécutifs;
- un jour donné, rien n'avait été documenté avant 15 h, heure à laquelle on a indiqué que la contention était en place (EP). L'heure du recours à la contention n'était pas documentée;
- pendant quatre jours consécutifs, rien n'avait été documenté avant 15 h, heure à laquelle on a indiqué que la contention était en place (EP). L'heure du recours à la contention n'était pas documentée;
- un autre jour donné, rien n'avait été documenté avant 15 h;
- pendant deux jours consécutifs, rien n'avait été documenté avant 17 h, heure à laquelle on a indiqué que la contention était en place (EP). L'heure du recours à la contention n'était pas documentée.

L'inspectrice a examiné la documentation de la réévaluation de l'état de la personne résidente et l'évaluation de l'efficacité de la contention toutes les huit heures dans le dossier d'administration des médicaments et a observé ce qui suit :

- rien n'avait été documenté lors du quart de travail de jour pour quatre jours;
- rien n'avait été documenté lors du quart de travail de soir pour deux jours;
- rien n'avait été documenté lors du quart de travail de nuit pour cinq jours. On avait documenté le code 7 pour un total de 19 jours, ce qui indiquait que la/le résident(e) dormait selon la légende des codes figurant sur le dossier d'administration des médicaments.

Lors d'un entretien, l'IA n° 121 a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé doit réévaluer l'état de la personne résidente et évaluer l'efficacité de la mesure de contention toutes les huit heures et le documenter dans le dossier d'administration des médicaments. Les PSSP doivent l'inscrire sur le formulaire de surveillance de la contention n° 335.10B. Après avoir examiné les notes d'évolution de la personne résidente n° 029 et le formulaire « Initial evaluation of the restraint application » (évaluation initiale de l'utilisation de la contention) avec l'inspectrice, l'IA n° 121 a indiqué que la documentation n'avait pas été effectuée.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que les membres du personnel infirmier autorisé doivent inscrire leurs initiales sur le dossier d'administration des médicaments chaque quart de travail pour indiquer que l'état de la personne résidente a été réévalué et que l'efficacité de la mesure de contention a été évaluée au moins toutes les huit heures, même si la personne résidente dormait.

Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice que le processus de surveillance pour veiller au respect de la politique « Least Restraint » (contention la moins restrictive) du titulaire de permis est une liste pour chaque unité sur laquelle figurent tous les résidents de l'unité qui ont un dispositif de contention ou un appareil d'aide personnelle. Cette liste intitulée « liste des contentions et AAP » doit être examinée par un membre du personnel infirmier autorisé tous les mois afin de veiller à ce que tous les résidents qui ont un dispositif de contention ou un appareil d'aide personnelle figurent sur cette liste ainsi que le dispositif de contention ou l'appareil d'aide personnelle utilisé. Le membre du personnel infirmier autorisé doit indiquer les renseignements suivants pour chaque résident :

- la date à laquelle l'ordre a été donné;
- si le formulaire n° 335.10A de l'arbre décisionnel pour les traitements physiques et les traitements autres que la contention et si le formulaire de consentement et d'évaluation initiale n° 335.10C figurent dans le dossier médical du résident;
- si la contention figure dans le programme de soins du résident dans les activités de la vie quotidienne et dans le kardex;
- si la contention est documentée dans le dossier d'administration des médicaments du résident ainsi que des directives selon lesquelles elle doit être vérifiée toutes les huit heures.

La dernière colonne exige la signature du membre du personnel infirmier autorisé qui a effectué l'examen et la date à laquelle l'examen a été effectué.

L'inspectrice a examiné la « liste des contentions et AAP » pour un mois donné de concert avec l'IA n° 121. L'IA a dit à l'inspectrice qu'il avait examiné la liste pour le mois en question, y compris pour les personnes résidentes n°s 004, 029 et 030, afin de veiller à ce que les contentions aient été utilisées conformément à la politique. Sur le formulaire



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

de consentement et d'évaluation initiale n° 335.10C, il était indiqué « oui » pour la personne résidente n° 004, sur la feuille de route contention/AAP n° 335.10B, il était indiqué « oui » pour les personnes résidentes n°s 004, 029 et 030. Sous « inscrit au MAR et vérifié q8h », il était indiqué « oui » pour les personnes résidentes n°s 004, 029 et 030. L'IA n° 121 a dit à l'inspectrice qu'il avait inscrit « oui » pour indiquer que les formulaires n°s 335.10B et 335.C figuraient dans le dossier médical des résidents et que la contention était inscrite dans le dossier d'administration des médicaments des résidents pour que le personnel infirmier autorisé y appose ses initiales toutes les huit heures.

Le processus ne comprenait pas d'examen de la documentation pour veiller à ce que tous les formulaires requis aient été remplis ou dûment remplis.

Le responsable du programme des soins aux résidents a confirmé à l'inspectrice n° 550 que ce processus de surveillance visant à garantir le respect de la politique « Least Restrained » ne comprend pas l'obligation de veiller à ce que les formulaires requis soient remplis, bien qu'il s'agisse d'une exigence prévue par la politique [alinéa 29(1)b)].

La gravité de ces problèmes était de niveau 3, car il y avait un risque réel pour les personnes résidentes. Le foyer a des antécédents de niveau 4, car il avait déjà été visé par un ordre de non-conformité avec ces dispositions de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, dont :

un plan de redressement volontaire [par. 29(1), Recours minimal à la contention], 24 février 2017 (2017_620126_0003);
un ordre de conformité [par. 29(1), Recours minimal à la contention], délivré le 22 septembre 2017 (2016_219211_0021) [550].

This order must be complied with by /

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 6 juillet 2018

Order # / Ordre n° : 002	Order Type / Type d'ordre : Ordres de conformité, alinéa 153(1)a)
---	--

Pursuant to / Aux termes de :

la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 6(4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent;
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6(4).

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 6(4) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Plus précisément, après avoir reçu le présent ordre de conformité et pendant 30 jours consécutifs, le titulaire de permis doit mettre en œuvre un processus de surveillance amélioré qui sera utilisé par les deux responsables du programme des soins aux résidents pour évaluer l'efficacité des protocoles de communication à l'appui de l'évaluation interdisciplinaire des besoins en soins de la peau et des plaies des résidents susceptibles de présenter des signes d'altération de l'intégrité épidermique et des changements apportés au régime d'administration des médicaments des résidents ayant des comportements réactifs.

Les données probantes relatives à ce processus de surveillance amélioré et aux mesures prises par les responsables du programme des soins aux résidents pour corriger les lacunes relevées doivent être consignées et soumises à l'administratrice et au titulaire de permis à la fin de chaque période de 24 heures.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble :

a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

Cette constatation est liée au registre d'admission n° 029277-17.

Le registre d'admission n° 029277-17 indique que le membre de la famille de la personne résidente n° 012 avait communiqué avec le responsable du programme des soins aux résidents, à une date précise, relativement à certaines préoccupations concernant les soins de la personne résidente ayant été transporté à l'hôpital quatre jours plus tôt pour le traitement d'une infection.

Un examen des dossiers de soins de santé du résident a été effectué par l'inspectrice n° 592.

La personne résidente n° 012 a été admise au foyer à une date précise, a reçu plusieurs diagnostics et l'on savait qu'elle présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Des traitements étaient en place pour cette personne résidente, qui consultait chaque mois le spécialiste en soins des plaies.

Lors d'un examen de l'évaluation de suivi réalisée deux mois avant l'hospitalisation du ou de la résident(e) par le spécialiste en soins des plaies n° 143, l'évaluation indiquait que toutes les plaies étaient fermées et qu'il fallait poursuivre le traitement actuel. Le traitement actuel, prescrit plusieurs semaines avant l'évaluation, consistait à poursuivre un traitement précis sur une partie précise du corps deux fois par semaine et à appliquer un autre traitement donné à l'autre partie du corps.

Lors de l'examen de la dernière évaluation de suivi réalisée par le spécialiste en soins des plaies, neuf jours avant l'hospitalisation de cette personne résidente, l'évaluation indiquait que d'anciennes plaies s'étaient rouvertes et que la personne résidente n° 012 devait recevoir un nouveau traitement. L'évaluation de suivi indiquait également qu'il fallait demander au médecin d'envisager un médicament donné.

Lors d'un examen des ordres du médecin, il était indiqué que le médicament donné avait été prescrit sept jours après la recommandation du spécialiste en soins des plaies.



Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Pendant l'examen des dossiers de soins de santé de la personne résidente, l'inspectrice n'a été en mesure de trouver aucun renseignement au cours d'une période de deux mois concernant l'état des ulcères de plaies avant l'hospitalisation.

Un examen du dossier d'administration des médicaments a été effectué par l'inspectrice avant l'hospitalisation de la personne résidente, qui indiquait que la personne résidente devait recevoir le même traitement que celui recommandé par le spécialiste en soins des plaies deux mois auparavant.

Le 17 mai 2018, lors d'un entretien avec le spécialiste en soins des plaies n° 143, ce dernier a indiqué qu'il travaillait au foyer une fois par mois pendant quatre heures et que c'était le foyer qui décidait des consultations des résidents selon l'état des plaies ou selon que des conseils étaient nécessaires. Le spécialiste en soins des plaies a également indiqué qu'il avait fait une ronde avec le responsable du programme des soins aux résidents et un membre du personnel infirmier autorisé afin de savoir quel résident évaluer et également pour assurer les suivis nécessaires. De même, le spécialiste en soins des plaies a indiqué que s'il y avait des signes importants du mauvais état de la plaie, il s'adresserait au médecin. Lorsque l'inspectrice n° 592 s'est renseignée sur la personne résidente n° 012, le spécialiste en soins des plaies a indiqué que les plaies de cette/ce résident(e) étaient fermées à un certain degré et que le but était que la personne résidente n° 012 reçoive un traitement précis pendant deux semaines sur une partie donnée du corps, afin que cette partie du corps puisse être évaluée en vue de garantir le traitement et la compression appropriés. Le spécialiste en soins des plaies a indiqué qu'il n'a été informé du changement de l'état des plaies de la personne résidente n° 012 que neuf jours avant l'hospitalisation de cette dernière. Le spécialiste en soins des plaies a également indiqué qu'il n'avait pas été informé que la personne résidente n° 012 n'était pas coopérative en ce qui a trait au traitement précis conformément aux ordres du médecin.

Lors de l'examen des notes d'évolution et du rapport de 24 heures, plusieurs renseignements documentés indiquaient que la personne résidente n° 012 refusait de recevoir le traitement précis conformément aux ordres du médecin.

Le 17 mai 2018, lors d'un entretien avec la personne résidente n° 012, celle-ci a indiqué que le personnel infirmier autorisé essayait quotidiennement de lui appliquer un traitement donné qu'elle n'aimait pas et défaisait les pansements que le membre du personnel infirmier venait de faire.

Le 18 mai 2018, lors d'un entretien avec le médecin responsable de la personne résidente n° 012, ce dernier a indiqué à l'inspectrice n° 592 que le personnel infirmier autorisé fournirait une liste des préoccupations relatives à chaque résident et que si les membres du personnel infirmier avaient des préoccupations dans l'intervalle, ils

communiqueraient avec le médecin. Le médecin a indiqué qu'une fois que le spécialiste en soins des plaies avait procédé à l'évaluation de la personne résidente, le membre du personnel infirmier du foyer communiquerait avec le médecin pour lui faire part des recommandations du spécialiste en soins des plaies qui sont habituellement acceptées par le médecin. Lorsque l'inspectrice s'est renseignée sur la personne résidente n° 012 et la recommandation d'un médicament donné par le spécialiste en soins des plaies neuf jours avant l'hospitalisation de cette personne résidente, le médecin a indiqué qu'à sa connaissance, on n'avait pas communiqué avec lui ce jour-là.

Le 18 mai 2018, lors d'un entretien avec l'IAA n° 128, ce dernier a indiqué que l'Outil d'évaluation des plaies servait à évaluer tout signe d'altération de l'intégrité épidermique et que l'on prendrait les mesures des plaies en même temps. L'IAA n° 128 a indiqué que si le personnel observait une détérioration de l'intégrité épidermique, le membre du personnel infirmier responsable du soin des plaies en serait avisé, de même que le responsable du programme des soins aux résidents. L'IAA n° 128 a indiqué qu'une fois que le spécialiste en soins des plaies a formulé des recommandations, le membre du personnel infirmier transcrit l'information dans le dossier d'administration des médicaments et dans l'Outil d'évaluation des plaies. L'IAA a également indiqué que si un traitement ou des médicaments précis sont recommandés par le spécialiste en soins des plaies, le personnel infirmier communique avec le médecin et que ce dernier suit habituellement les recommandations. Lorsqu'on lui a demandé quel était l'état des plaies de la personne résidente n° 012 avant son hospitalisation, l'IAA n'a pas été en mesure de se souvenir du moment où les plaies s'étaient rouvertes, car il n'y avait aucun renseignement documenté en ce sens ni aucune indication de l'utilisation de l'Outil d'évaluation des plaies. Lorsqu'on lui a demandé quel traitement avait été administré à la personne résidente n° 012 quelques jours avant son admission à l'hôpital, l'IAA a indiqué que, selon le dossier d'administration des médicaments, un traitement précis ordonné deux mois auparavant avait été administré. Lorsque l'inspectrice a montré l'information relative à la consultation de suivi relative aux soins des plaies et aux nouvelles recommandations datant de la dernière évaluation, l'IAA a indiqué qu'il ne savait pas qu'un nouveau régime de traitement avait été recommandé par le spécialiste en soins des plaies et qu'il administrait donc l'autre traitement prescrit deux mois plus tôt.

Le 18 mai 2018, lors d'un entretien avec l'IAA n° 136, ce dernier a indiqué qu'à la suite des recommandations du spécialiste en soins des plaies, le membre du personnel infirmier avait la responsabilité de transcrire l'information dans le dossier d'administration des médicaments et dans l'Outil d'évaluation des plaies. L'IAA a également indiqué que si

un traitement ou un médicament précis était recommandé, le membre du personnel infirmier devait communiquer avec le médecin. Lorsque l'inspectrice n° 592 s'est renseignée sur la personne résidente n° 012, l'IAA a indiqué qu'il avait reçu l'information relative à la consultation concernant les soins des plaies neuf jours avant l'admission du résident à l'hôpital. L'IAA n° 136 a indiqué que les recommandations de suivi faites par le spécialiste en soins des plaies n'avaient pas été communiquées aux autres membres de l'équipe de soins de santé.

Le 22 mai 2018, lors d'un entretien avec le responsable du programme des soins aux résidents, soit la personne-ressource du programme des soins de la peau, ce dernier a indiqué que le processus du foyer concernant le spécialiste des soins des plaies est qu'une semaine avant la visite pour les soins des plaies, une liste est fournie au personnel infirmier autorisé pour y ajouter tout résident ayant des besoins complexes en matière de soins de la peau qui bénéficierait de la consultation relative aux soins des plaies. Le responsable du programme des soins aux résidents a également indiqué que si les services du spécialiste en soins des plaies sont nécessaires avant la visite prévue, un courriel contenant des photos des plaies est envoyé et de nouvelles recommandations sont formulées à l'intention du personnel infirmier. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que la personne résidente n° 012 avait été ajoutée à la liste de consultation pour la visite prévue neuf jours avant son admission à l'hôpital. Il a indiqué qu'il était présent avec le spécialiste en soins des plaies pour évaluer chaque résident figurant sur la liste de consultation. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué qu'on ne l'avait pas informé que la personne résidente n° 012 n'était pas coopérative en ce qui a trait au traitement recommandé par le spécialiste en soins des plaies et ordonné par le médecin jusqu'au jour de la visite. De plus, le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué qu'il n'était pas au courant de la détérioration des plaies de cette personne résidente avant ce jour-là.

Ainsi, le personnel infirmier, le spécialiste en soins des plaies, le médecin et le responsable du programme des soins aux résidents n'ont pas collaboré ensemble à l'évaluation des besoins de la personne résidente n° 012 en matière de soins des plaies de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

- 2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le traitement des plaies de la personne résidente n° 038 soit communiqué à tout le personnel assurant les soins au résident, de sorte qu'aucun traitement n'a été administré pendant 15 jours.

Cette constatation est liée au registre n° 003836-18 indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait envoyé une plainte écrite au responsable du programme des soins aux résidents n° 125 à une date donnée. La plainte concernait

certaines préoccupations relatives à la politique du foyer en matière de soins de la peau après avoir découvert un pansement à une date donnée sur une partie précise du corps de la personne résidente n° 038.

L'inspectrice n° 592 a examiné les dossiers de soins de santé du résident.

Au moment de son admission, la personne résidente n° 038 a reçu plusieurs diagnostics et l'on avait déterminé dans le cadre des derniers protocoles d'évaluation de la méthode RAI qu'il était susceptible de présenter des signes d'altération de l'intégrité épidermique et qu'il n'y avait aucun signe de lésions de pression ou de déchirures de la peau pour la période visée par l'évaluation.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 038, on a relevé des renseignements un jour donné indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait demandé à l'IA n° 139 ce qui était arrivé à la partie précise du corps de la personne résidente n° 038, car la personne résidente avait un pansement datant de deux semaines. Les notes indiquaient en outre que l'IA n° 139 avait vérifié les dossiers de santé de la personne résidente, le système logiciel, le dossier d'administration des médicaments et le rapport de soins infirmiers de 24 heures et n'avait pu trouver aucun renseignement concernant le pansement de la personne résidente n° 038 et les soins qui lui ont été prodigués. Dans les notes, on décrivait que le pansement avait été retiré par l'IA, que la plaie avait été nettoyée et qu'un pansement sec avait été appliqué et devait être changé un jour donné ou au besoin.

Lors d'un examen des documents d'enquête interne du titulaire de permis fournis par le responsable du programme des soins aux résidents, la documentation indiquait qu'à la suite des préoccupations écrites reçues de la part du membre de la famille de la personne résidente n° 038, des suivis ont été assurés, y compris un entretien avec l'IA n° 140. La documentation a également révélé dans une réponse écrite envoyée par courriel au membre de la famille de la personne résidente n° 038 par le responsable du programme des soins aux résidents que l'IA n° 140 était le membre du personnel infirmier autorisé qui avait découvert la plaie de la personne résidente 15 jours auparavant, en observant la présence d'un ruban adhésif sur la partie précise du corps de celle-ci. La documentation du courriel indiquait en outre que l'IA avait constaté que le ruban adhésif recouvrait une abrasion cutanée et que la personne résidente lui avait dit qu'elle avait appliqué le ruban adhésif sans en aviser le personnel infirmier. La documentation indiquait également que l'IA n° 140 avait observé que la plaie n'était pas récente et qu'il y avait un peu de suintement.

De plus, la documentation révélait que l'IA avait indiqué qu'un pansement avait été fait à la personne résidente n° 038, mais que rien n'avait été documenté au sujet de la plaie

et des soins fournis à cet égard.

L'inspectrice n° 592 a examiné la lettre de réponse écrite du titulaire de permis à la suite de l'enquête interne envoyée au membre de la famille. La lettre de réponse écrite indiquait que l'IA n° 140 avait inscrit dans le rapport de soins infirmiers de 24 heures que la personne résidente n° 038 avait une plaie sur une partie précise du corps d'origine inconnue et que la plaie avait été nettoyée et un pansement sec avait été mis. La réponse écrite indiquait en outre que l'IA n° 140 avait oublié de documenter l'observation de signes d'altération de l'intégrité épidermique et le traitement requis dans les notes d'évolution et qu'aucun outil n'avait été employé pour évaluer les signes d'altération de l'intégrité épidermique (formulaire n° 355.29B). La lettre indiquait également que les dossiers d'administration des médicaments contenant les traitements précis et le programme de soins de la personne résidente n° 038 n'avaient pas été remplis par l'IA n° 140.

Ainsi, les PSSP et le personnel infirmier autorisé n'ont pas communiqué et collaboré entre eux dans le cadre de l'évaluation des besoins de la personne résidente n° 038 en matière de soins des plaies, de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. [alinéa 6(4)a)]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

La personne résidente n° 022 a été admise au foyer à une date donnée et a reçu plusieurs diagnostics. À une date donnée, le membre de la famille de la personne résidente n° 022 a fait part de ses préoccupations au sujet de l'administration des médicaments.

Le 22 mai 2018, le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice n° 547, selon les notes documentées prises lors d'une réunion tenue à une date donnée avec le membre de la famille du résident, qu'il prévoyait d'interrompre certains médicaments qui n'étaient pas nécessaires pour diminuer les comportements de résistance de la personne résidente et que l'IA n° 134 devait laisser une note en ce sens au médecin. Le responsable du programme des soins aux résidents a également indiqué que le personnel infirmier évaluait l'apport alimentaire de cette personne résidente à chaque quart de travail et lui offrait

plusieurs choix d'aliments et de liquides qui étaient habituellement refusés. Le diététiste professionnel a examiné les besoins nutritionnels de cette personne résidente liés à la perte de poids et a formulé des recommandations précises. Le responsable du programme des soins aux résidents a indiqué que le membre de la famille de la personne résidente n'a pas été informé de ces évaluations de l'alimentation ni de la modification des exigences relatives à la texture des liquides.

Le 22 mai 2018, l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers de soins de santé de la personne résidente trois jours après la tenue de la réunion et il était indiqué dans les ordres du médecin qu'il y avait un ordre téléphonique pour la tenue d'une réunion à une date donnée et l'interruption des médicaments par l'IA n° 134. Le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente indiquait que cinq médicaments avaient été interrompus à la suite de l'ordre téléphonique.

L'ordre téléphonique du médecin a été cosigné par le médecin cinq jours plus tard. Le médecin a rédigé une note d'évolution cinq jours plus tard, indiquant d'interrompre un médicament donné conformément à la demande du mandataire spécial et que le médicament en question était disponible au besoin (pro re nata).

Le 23 mai 2018, l'IA n° 134 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que les médicaments de la personne résidente avaient été interrompus à la suite de la réunion tenue à une date donnée avec le responsable du programme des soins aux résidents et le membre de la famille du résident. L'IA n° 134 a indiqué que le membre de la famille avait demandé l'interruption de tous les médicaments. L'IA n° 134 a indiqué qu'il n'avait pas examiné le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente pour chacun des médicaments interrompus avec le membre de la famille celle-ci.

Ainsi, le personnel infirmier, le personnel diététique et le médecin traitant n'ont pas collaboré ensemble au moment de la planification, avec le mandataire spécial, des interventions relatives à la gestion des comportements réactifs de la personne résidente n° 022. [alinéa 6(4)a]

La gravité de ces problèmes était de niveau 3, car il y avait un risque réel pour les résidents. Le foyer a des antécédents de niveau 4, car il avait déjà été visé par un ordre de non-conformité avec ces dispositions de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, dont :

un plan de redressement volontaire [par. 6(4), Programme de soins],
5 octobre 2017 (2017_621547_0016);



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

(547)

2. (592)

This order must be complied with by /

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 10 août 2018



Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Order # / Ordre n° :	003	Order Type / Type d'ordre :	Ordres de conformité, alinéa 153(1)a)
---------------------------------	-----	--	---------------------------------------

Pursuant to / Aux termes de :

la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 19(1)* Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19(1).

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 19(1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. offrir une formation supplémentaire à tous les gestionnaires travaillant au Centre d'accueil Champlain en ce qui a trait à leur rôle et à leurs responsabilités touchant l'obligation de faire rapport de leurs soupçons de négligence envers un résident, qui lui a causé un préjudice ou un risque de préjudice;
2. veiller à ce que les interventions prévues pour répondre aux besoins en soins de la peau des résidents susceptibles de présenter des signes d'altération de l'intégrité épidermique soient fournies aux résidents par le personnel infirmier autorisé, conformément au programme de soins et aux politiques applicables du titulaire de permis;
3. mettre en œuvre des processus de surveillance améliorés pour évaluer l'efficacité de la prestation des soins infirmiers dans toutes les unités afin de veiller à ce que tous les résidents reçoivent le traitement, les soins et l'aide dont ils ont besoin pour demeurer en bonne santé, ainsi qu'assurer leur sécurité et leur bien-être général;
4. consigner les résultats de ce processus de surveillance et les mesures prises par l'équipe de la haute direction responsable des foyers de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa pour régler les problèmes relevés.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 038 soit protégée contre la négligence.

Conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, « négligence » 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 et 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.

Cette constatation est liée au registre n° 003836-18.

À une date donnée, le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait envoyé une plainte écrite au responsable du programme des soins aux résidents n° 125. La plainte concernait certaines préoccupations relatives à la politique du foyer en matière de soins de la peau après avoir découvert un pansement à une date donnée sur une partie précise du corps de la personne résidente n° 038.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 038, on a relevé des renseignements un jour donné indiquant que le membre de la famille de la personne résidente n° 038 avait demandé à l'IA n° 139 ce qui était arrivé à la partie précise du corps de celle-ci, car la personne résidente n° 038 avait un pansement datant de deux semaines. Les notes indiquaient en outre que l'IA n° 139 avait vérifié les dossiers de santé de la personne résidente, le système logiciel, le dossier d'administration des médicaments et le rapport de soins infirmiers de 24 heures et n'avait pu trouver aucun renseignement concernant le pansement de la personne résidente n° 038. Dans les notes, on décrivait que le pansement avait été retiré par l'IA, que la plaie avait été nettoyée et qu'un pansement sec avait été appliqué et devait être changé un jour précis ou au besoin.

L'inspectrice n° 592 a examiné la documentation contenue dans le dossier d'enquête interne du titulaire de permis.

Il était indiqué que l'enquête a révélé que le programme de soins de la peau et des plaies n'avait pas été respecté par le personnel infirmier autorisé et les PSSP pendant une période de 17 jours. La documentation indiquait également que 17 jours auparavant,

l'IA n° 140 n'avait pas documenté l'observation de signes d'altération de l'intégrité épidermique et le traitement requis dans les notes d'évolution de la personne résidente n° 038.

L'IA n° 140 n'a pas employé l'outil précis nécessaire à l'évaluation des nouveaux signes d'altération de l'intégrité épidermique. De plus, l'IA n° 140 n'a pas documenté dans les dossiers d'administration des médicaments les traitements précis à administrer à la personne résidente n° 038 ni les directives et interventions dans le programme de soins de cette personne résidente. La documentation indiquait également qu'aucun suivi ou traitement ultérieur n'avait été effectué par le personnel infirmier autorisé. Les PSSP n'ont pas signalé le pansement au personnel infirmier autorisé.

L'inspectrice n° 592 a examiné la lettre de réponse écrite du titulaire de permis à la suite de l'enquête interne envoyée au membre de la famille. La lettre de réponse écrite indiquait que le jour où la plaie a été découverte, l'IA n° 140 avait inscrit dans le rapport de soins infirmiers de 24 heures que la personne résidente n° 038 avait une plaie sur une partie précise du corps d'origine inconnue et que la plaie avait été nettoyée et un pansement sec avait été mis. Aucun suivi n'avait été assuré par un membre du personnel infirmier autorisé, ce qui signifie que le pansement de la personne résidente n° 038 n'a pas été changé et que cette dernière n'a reçu aucun traitement des plaies pendant 15 jours.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente n° 038 contre la négligence du personnel lorsque le traitement des plaies nécessaire pour répondre aux besoins de ce résident en matière de soins de la peau n'a pas été administré pendant 15 jours.

De plus, le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente n° 038 contre la négligence lorsque :

A. les politiques du titulaire de permis en matière de soins de la peau et des plaies n^{os} 355.29 et 315.12 n'ont pas été respectées, tel qu'il est indiqué dans l'AE n° 11;

B. le responsable du programme des soins aux résidents n° 125 n'a pas immédiatement signalé l'incident de négligence au directeur, tel qu'il est indiqué dans l'AE n° 13;



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

C. le personnel infirmier n'a pas communiqué à tout le personnel concerné le traitement des plaies nécessaire pour répondre aux besoins de la personne résidente n° 038 en matière de soins de la peau, tel qu'il est indiqué dans l'AE n° 2. [par. 19(1)]

La gravité de ces problèmes était de niveau 3, car le résident n° 038 a subi un préjudice réel. Le foyer a des antécédents de niveau 4, car il avait déjà été visé par un ordre de non-conformité avec ces dispositions de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, dont :

un ordre de conformité [art. 19, Obligation de protéger], délivré le 23 décembre 2016 (2016_219211_0021);

un ordre de conformité [art. 19, Obligation de protéger], délivré le 17 novembre 2017 (2017_621547_0016), y compris un renvoi de la question au directeur.

(592)

This order must be complied with by /

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 septembre 2018



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de *la Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

REVIEW/APPEAL INFORMATION

TAKE NOTICE:

The Licensee has the right to request a review by the Director of this (these) Order(s) and to request that the Director stay this (these) Order(s) in accordance with section 163 of the Long-Term Care Homes Act, 2007.

The request for review by the Director must be made in writing and be served on the Director within 28 days from the day the order was served on the Licensee.

The written request for review must include,

- (a) the portions of the order in respect of which the review is requested;
- (b) any submissions that the Licensee wishes the Director to consider; and
- (c) an address for services for the Licensee.

The written request for review must be served personally, by registered mail, commercial courier or by fax upon:

Director
c/o Appeals Coordinator
Long-Term Care Inspections Branch
Ministry of Health and Long-Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
TORONTO, ON
M5S-2B1
Fax: 416-327-7603



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

When service is made by registered mail, it is deemed to be made on the fifth day after the day of mailing, when service is made by a commercial courier it is deemed to be made on the second business day after the day the courier receives the document, and when service is made by fax, it is deemed to be made on the first business day after the day the fax is sent. If the Licensee is not served with written notice of the Director's decision within 28 days of receipt of the Licensee's request for review, this (these) Order(s) is(are) deemed to be confirmed by the Director and the Licensee is deemed to have been served with a copy of that decision on the expiry of the 28 day period.

The Licensee has the right to appeal the Director's decision on a request for review of an Inspector's Order(s) to the Health Services Appeal and Review Board (HSARB) in accordance with section 164 of the Long-Term Care Homes Act, 2007. The HSARB is an independent tribunal not connected with the Ministry. They are established by legislation to review matters concerning health care services. If the Licensee decides to request a hearing, the Licensee must, within 28 days of being served with the notice of the Director's decision, give a written notice of appeal to both:

Health Services Appeal and Review Board and the Director

Attention Registrar
151 Bloor Street West
9th Floor
Toronto, ON M5S 2T5

Director
c/o Appeals Coordinator
Long-Term Care Inspections Branch
Ministry of Health and Long-Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
TORONTO, ON
M5S-2B1
Fax: 416-327-7603

Upon receipt, the HSARB will acknowledge your notice of appeal and will provide instructions regarding the appeal process. The Licensee may learn more about the HSARB on the website www.hsarb.on.ca.



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois :

à la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e)
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Délivré le 21 juin 2018

**Signature of Inspector /
Signature de l'inspectrice :**



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Name of Inspector /

Nom de l'inspectrice : Melanie Sarrazin

Service Area Office /

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa