

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

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

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

**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection des FSLD**

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

Copie destinée au public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
3 décembre 2020	2020_683126_0021	017408-20	Plainte

Titulaire de permis

DTOC II Long Term Care LP, par son associé commandité, DTOC II Long Term Care MGP (société en nom collectif) ainsi que des partenaires de celui-ci, DTOC Long Term Care GP Inc. et Arch Venture Holdings Inc.
161, rue Bay, bureau 2100, Tour TD Canada Trust, Toronto, ON M5J 2S1

Foyer de soins de longue durée

Établissement de soins de longue durée Lancaster
105, chemin Military Nord, C.P. 429 Lancaster, ON K0C 1N0

Nom de l'inspectrice

LINDA HARKINS (126)

Résumé de l'inspection

Cette inspection concernait une plainte.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : les 21 octobre et 9 novembre 2020 (sur place). Les 22, 23, 26, 27, 28, 29 et 30 octobre, et (à l'extérieur du foyer) les 3, 4, 5, 6, et 10 novembre 2020.

Registre n° 017408-20 : inspection relative à une plainte liée à des préoccupations concernant plusieurs domaines de soins (chute, soins alimentaires, médicaments...).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur/directrice ou directeur des soins infirmiers (ADM/DSI), conseillère ou conseiller en soins infirmiers de la compagnie Responsible Health Management, plusieurs infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), physiothérapeute, coordonnatrice ou coordonnateur du RAI, membre de la famille et personne résidente.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné le dossier médical de la personne résidente et observé la prestation des soins et des services à la personne résidente.

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

Dignité, choix et respect de la vie privée

Prévention des chutes

Médicaments

Recours minimal à la contention

Nutrition et hydratation

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

3 AE

1 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

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

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

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

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. 6. Programme de soins

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une directive claire fût fournie au personnel concernant le recours à la ceinture de siège.

À une date précise de 2020, on a observé la personne résidente 001 assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture de siège à fermeture frontale. La personne résidente était incapable de défaire la ceinture de siège quand l'inspectrice 126 et l'IAA 101 le lui ont demandé. La ceinture a été défaire à ce moment-là.

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

On a examiné le dossier médical de la personne résidente 001. On avait eu initialement recours à la ceinture de siège à titre d'appareil d'aide personnelle parce que la personne résidente était en mesure de la défaire à ce moment-là. À une date précise de 2020, la personne résidente 001 avait fait une chute avec le fauteuil roulant en ayant la ceinture de siège attachée. On n'avait remarqué aucune blessure grave. On a examiné les notes d'évolution de la personne résidente, et plusieurs notes après la date en question indiquaient que la personne résidente avait fait plusieurs chutes ou avait glissé hors du fauteuil roulant sans avoir la ceinture de siège.

L'ADM/DSI 100, plusieurs infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA) et plusieurs infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ont indiqué qu'habituellement la personne résidente 001 pouvait détacher la ceinture de siège sur commande ou quand elle le voulait. Certains membres du personnel infirmier autorisé ont indiqué que la personne résidente n'avait pas la ceinture de siège pendant leur poste de travail parce que c'était plus sécuritaire pour elle.

Sources : notes d'évolution et programme de soins de la personne résidente 001; entretiens avec l'ADM/DSI 100, et avec plusieurs membres du personnel infirmier autorisé. [Dispositions 6. (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fasse part de la chute de la personne résidente 001 à sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial (MS).

La personne résidente 001 a fait des chutes à plusieurs reprises depuis son admission au foyer. Dans les notes d'évolution, on indiquait que cela se produisait la plupart du temps pendant le poste de travail du soir ou de nuit, et que l'on informait la ou le MS le lendemain. Dans quelques cas, aucune note d'évolution de suivi n'indiquait que l'on avait avisé la ou le MS.

Lors d'un entretien, l'ADM/DSI 100 a indiqué qu'il était possible que l'on n'ait pas avisé la ou le MS de toutes les chutes. L'ADM/DSI a également indiqué qu'il n'y avait pas un processus de suivi clair à l'intention du personnel pour s'assurer que l'on avait avisé la ou le MS de toutes les chutes.

Sources : notes d'évolution de la personne résidente 001 et journal des appels de l'ADM/DSI 100 avec la ou le MS et la famille; entretien avec l'ADM/DSI 100 et d'autres membres du personnel. [Disposition 6. (1) c)]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 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 on fournit des directives claires concernant la ceinture de siège à fermeture frontale et le fait d'aviser la ou le MS. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 27. Réunion sur les soins

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 27. (3) Le titulaire de permis est dispensé de l'obligation, prévue à l'alinéa (1) a), de tenir une réunion sur les soins dans les six semaines de l'admission d'un résident qui, selon le cas :

a) est réinstallé dans un autre foyer de soins de longue durée qu'exploite le même titulaire de permis, auquel cas l'article 208 du présent règlement s'applique; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 27 (3).

b) est transféré à un foyer de soins de longue durée temporaire lié, à un foyer de soins de longue durée réouvert ou à un foyer de soins de longue durée de remplacement qu'exploite le même titulaire de permis. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 27 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on tînt une réunion sur les soins dans les six semaines suivant l'admission.

La personne résidente 001 a été admise au foyer à une date précise de 2020 et d'après son dossier médical, la réunion sur les soins a été tenue environ six mois plus tard.

L'ADM/DSI 100 n'a pas pu expliquer pourquoi la réunion sur les soins après l'admission a été tenue plusieurs mois plus tard.

Sources : dossier médical de la personne résidente 001, plus particulièrement les notes d'évolution; et entretiens avec l'ADM/DSI 100 et d'autres membres du personnel. [Paragraphe 27. (3)]

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 137. Maîtrise par l'administration d'un médicament : devoir de common law

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 137. (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque administration d'un médicament pour maîtriser un résident lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'il ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave, conformément au devoir de common law visé à l'article 36 de la Loi, soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

- 1. Les circonstances ayant entraîné l'administration du médicament. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 137 (2).**
- 2. L'auteur de l'ordre, le médicament qui a été administré, la posologie, le mode d'administration du médicament, le ou les moments où le médicament a été administré et la personne l'ayant administré. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 137 (2).**
- 3. La réaction du résident au médicament. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 137 (2).**
- 4. Toute évaluation, réévaluation et surveillance du résident effectuée. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 137 (2).**
- 5. Les discussions tenues avec le résident ou, si celui-ci est incapable, avec son mandataire spécial, suivant l'administration du médicament afin de lui expliquer les raisons pour lesquelles le médicament a été utilisé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 137 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une discussion soit tenue avec la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) suivant l'administration d'un médicament à la personne résidente 001 afin de fournir une explication et les raisons pour lesquelles le médicament avait été utilisé.

On a examiné le dossier médical de la personne résidente 001, et remarqué qu'à une date précise de 2020, elle avait manifesté des comportements réactifs. L'IAA 105 avait communiqué avec la ou le médecin 111 qui avait prescrit un médicament à administrer immédiatement afin de gérer les comportements de la personne résidente. On n'a trouvé aucun document indiquant que l'on avait contacté la ou le MS pour lui expliquer les raisons pour lesquelles le médicament avait été utilisé.

En outre, le soir même, le médicament avait été prescrit et devait être administré toutes les six heures ou au besoin. On n'a trouvé aucune mention dans les notes d'évolution jusqu'à plusieurs jours plus tard quand un échange de vues concernant l'administration des médicaments a eu lieu avec un des enfants de la personne résidente qui n'était pas la ou le MS pour les soins personnels.

Sources : notes d'évolution de la personne résidente 001, ordonnances de la ou du médecin; et entretiens avec l'IAA 105 et d'autres membres du personnel.
[Paragraphe 137. (2)]

Émis le 31 décembre 2020.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.