



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

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

**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***

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

**Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection 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

Amended Public Copy/Copie modifiée du public de permis

Report Date(s)/ Date(s) du Rapport	Inspection No/ No de l'inspection	Log #/ No de registre	Type of Inspection / Genre d'inspection
30 août 2018;	2018_583117_0004 (A2)	010317-18	Inspection de la qualité des services aux résidents

Licensee/Titulaire de permis

CVH (n° 4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (n° 4) LP
766, chemin Hespeler, suite 301, a/s de Southbridge Care Homes Inc.,
CAMBRIDGE, ON N3H 5L8

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

Manoir Marochel
949, chemin Montreal, OTTAWA, ON K1K 0S6

Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs



**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***

Modifié par LYNE DUCHESNE (117) - (A2)

Amended Inspection Summary/Résumé de l'inspection modifié

Le 27 août 2018, l'administrateur de la maison a demandé une extension pour le CO # 4. L'Administrateur a demandé une nouvelle date de mise en conformité, le 31 décembre 2018. La prolongation a pour but de permettre au domicile de recruter, d'orienter et de former des infirmières autorisées (IA). Cette demande a été acceptée et le 31 décembre 2018 est la nouvelle date d'échéance de conformité pour le CO n ° 4.

Délivré ce 30^e jour de août 2018 (A2)

Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Rapport original signé par l'inspectrice



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

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

**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***

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

**Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection 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

Amended Public Copy/Copie modifiée du public de permis

Report Date(s)/ Date(s) du Rapport	Inspection No/ No de l'inspection	Log # / No de registre	Type of Inspection / Genre d'inspection
30 août 2018;	2018_583117_0004 (A2)	010317-18	Inspection de la qualité des services aux résidents

Licensee/Titulaire de permis

CVH (n° 4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (n° 4) LP
766, chemin Hespeler, suite 301, a/s de Southbridge Care Homes Inc.,
CAMBRIDGE, ON N3H 5L8

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

Manoir Marochel
949 Montreal Road OTTAWA ON K1K 0S6

Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs



Modifié par LYNE DUCHESNE (117) - (A2)

Amended Inspection Summary/Résumé de l'inspection modifié

L'inspection portait sur la qualité des services aux résidents.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14 et 18 juin 2018

Les inspections suivantes de la qualité des services aux résidents ont été effectuées simultanément :

- une inspection de suivi liée à l'ordre de conformité 001 publiée le 16 novembre 2017 dans le rapport d'inspection n° 2017_621547_00002 dans le cadre du programme de soins de la peau et des plaies établi en vertu des paragraphes 48 (1) et (2) du Règlement de l'Ontario dont la date limite de conformité est fixée au 26 mars 2018 (n° de registre 027124-17)**
- une inspection menée à la suite d'une plainte concernant les soins et les services aux personnes résidentes (n° de registre 027271-17)**
- un rapport d'incident critique concernant un incident présumé de mauvais traitement infligé à un résident par un visiteur (n° de registre 025585-18)**
- un rapport d'incident critique concernant un incident lié à la blessure d'un résident ayant entraîné son transfert à l'hôpital (n° de registre 023242-17)**
- un rapport d'incident critique concernant un incident présumé de négligence de la part d'un employé à l'endroit d'un résident (n° de registre 004831-17)**
- un rapport d'incident critique concernant un incident lié à un médicament (n° de registre 005085-18)**



Au cours de l'inspection, le ou les inspecteurs se sont entretenus avec l'administrateur du foyer, le conseiller principal en soins infirmiers/la conseillère principale en soins infirmiers d'Extendicare Assist, les infirmières et infirmiers autorisés (IA), les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), les personnes préposées aux services de soutien personnel, le coordonnateur/la coordonnatrice RAI, le superviseur/la superviseure en service alimentaire, un pharmacien/une pharmacienne d'Advantage Care Pharmacy Services, le gestionnaire/la gestionnaire des activités, le préposé/la préposée aux activités, le personnel des services d'entretien ménager, le commis/la commis à la planification des soins infirmiers, l'adjoint administratif/l'adjointe administrative, plusieurs résidents, plusieurs membres de la famille des personnes résidentes, le président du conseil des personnes résidentes et le président du conseil des familles.

Au cours de l'inspection, le ou les inspecteurs ont examiné plusieurs dossiers de soins de santé des personnes résidentes; observé la fourniture de collations et de boissons; examiné les chambres des personnes résidentes et l'aire d'utilisation commune; observé la fourniture de soins et de services; examiné la politique RC-23-01-02 d'Extendicare intitulée *Skin and Wound Care Program: Wound Care Management* (programme de soins de la peau et des plaies : gestion des plaies), entrée en vigueur en février 2017; examiné la politique RC-23-01-02 d'Extendicare *Management of Skin Rashes, Lesions and Irritations* (gestion des éruptions des lésions et des irritations cutanées), annexes 6 et 9, entrée en vigueur en février 2017; examiné les politiques d'Advantage Care Pharmacy Services, à avoir la politique 7-1 *Admission of residents* (admission des personnes résidentes, en vigueur en janvier 2017; la politique 4-4 *Ordering Medications for New Admissions* (commande de médicaments pour les résidents nouvellement admis), entrée en vigueur en janvier 2017 et la politique 9-1 *Medication Incidents and Error Reporting* (incidents liés à des médicaments et déclaration d'erreurs), entrée en vigueur en janvier 2017; les coordonnées pour communiquer avec les services pharmaceutiques après les heures ouvrables; le rapport d'incidents ou d'accidents évités de justesse; l'horaire de travail du personnel infirmier du 9 mars 2018 au 14 juin 2018; le compte rendu du conseil des personnes résidentes et du conseil des familles.



**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***

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

Services d'hébergement – Entretien ménager

**Facilitation des selles et soins liés à
l'incontinence Dignité, choix et vie privée**

Prévention des chutes

Conseil des familles

Hospitalisation et changements de l'état

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Soins alimentaires et

hydratation Services de

soutien personnel

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

et représailles Rapports et plaintes

Conseil des personnes

résidentes Comportements

réactifs Foyer sûr et

sécuritaire Soins de la peau

et des plaies



Au cours de l'inspection initiale, des avis de non-conformité ont été émis.

5 AE (avis écrit)

1 PRV (plan de redressement volontaire)

4 OC (ordre de conformité)

1 RD (renvoi de la question au directeur)

0 OTA (ordres, travaux et activités)

Les ordres suivants déjà émis ont été jugés avoir été respectés au moment de cette inspection :

Les ordres suivants émis antérieurement ont été trouvés en conformité lors de cette inspection :

REQUIREMENT/ EXIGENCE	TYPE OF ACTION/ GENRE DE MESURE	INSPECTION # / NO DE L'INSPECTION	INSPECTOR ID #/ NO DE L'INSPECTEUR
O.Reg 79/10 s. 48. (1)	CO #001	2017_621547_0012	547



NON-COMPLIANCE / NON - RESPECT DES EXIGENCES

Legend	Legendé
WN – Written Notification VPC – Voluntary Plan of Correction DR – Director Referral CO – Compliance Order WAO – Work and Activity Order	WN – Avis écrit VPC – Plan de redressement volontaire DR – Aiguillage au directeur CO – Ordre de conformité WAO – Ordres : travaux et activités
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.) The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.	Le non-respect des exigences de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD. Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'art. 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)* Le programme de soins ne se conforme pas à ce qui suit :

s. 6. (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7)



Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir au résident n° 008 les soins prévus dans le programme de soins pour gérer les comportements et réduire les chutes.

Le foyer avait admis la personne résidente n° 008 à une date déterminée, pour lequel plusieurs diagnostics médicaux avaient été établis, y compris la démence. Neuf jours après son admission, la personne résidente n° 008 s'est blessée en faisant une chute en se rendant elle-même à la salle de bain.

Selon son dossier de soins de santé et son programme de soins initial, qui avaient été établis au moment de l'incident, elle courrait des risques de chute en raison de déficiences cognitive et physique. Elle était connue pour se lever pendant la nuit pour aller aux toilettes. Parmi les interventions de prévention des chutes en réponse à ce comportement nocturne, il avait été décidé de ne mettre la personne résidente au lit qu'après lui avoir enlevé un vêtement particulier. L'IA n° 100 a fourni au mandataire spécial un formulaire « apprendre à me connaître » à remplir au sujet de la personne résidente n° 008. Le mandataire spécial a retourné le formulaire dûment rempli au foyer trois jours après l'admission de la personne résidente. Les renseignements contenus dans le formulaire ont été ajoutés au programme de soins de la personne résidente. Selon ces renseignements, la personne résidente peut utiliser de façon autonome les toilettes, mais ne peut pas enlever certains vêtements faits sur mesure sans aide. Il faut donc lui enlever ces vêtements avant de le mettre au lit pour éviter le risque qu'il fasse une chute pendant la nuit. Ces renseignements indiquaient en outre que la personne résidente n° 008 avait fait deux chutes avant son admission en allant aux toilettes pendant la nuit en portant les vêtements en question.

Le mandataire spécial a informé l'inspecteur n° 547 à une date déterminée qu'il s'était rendu au foyer le jour après que la personne résidente a fait une chute et a constaté que ce dernier portait les mêmes vêtements, de même que les vêtements faits sur mesure, que le jour précédent. Le personnel infirmier autorisé a informé le mandataire spécial que la personne résidente avait refusé de l'aide pour enlever ses vêtements faits sur mesure la veille avant d'aller se coucher.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait, deux jours avant sa chute, que ce dernier avait un comportement problématique et avait besoin d'une période d'adaptation après son admission au foyer. Selon les interventions dans le cadre du programme de soins, si la personne résidente refusait des soins



personnels, le personnel pouvait appeler le mandataire spécial et la famille de la personne résidente en tout temps à partir du téléphone de la personne résidente, situé dans la chambre de la personne résidente, qui avait été fourni par sa famille. Le jour de la chute, la personne résidente avait refusé des soins personnels à l'heure du coucher et a été mise au lit avec ses vêtements courants et ses vêtements faits sur mesure. Le mandataire spécial a affirmé que ni lui ni la famille n'avait été informé par téléphone que la personne résidente refusait de recevoir les soins personnels prévus dans le programme de soins de la personne résidente au moment de son admission.

En négligeant d'appeler le mandataire spécial ou la famille de la personne résidente n° 008, les personnes préposées aux services de soutien personnel n'ont pas respecté le programme de soins de la personne résidente le soir de l'incident. [par. 6 (7)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 001

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 131 du Règl. de l'Ont. 79/10. Administration des médicaments

En particulier, les dispositions suivantes n'ont pas été respectées :

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente n° 004 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. (N° de registre 005085-18)

En 2018, le directeur a reçu un rapport du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) à une date déterminée, relativement à un incident lié à un médicament mettant en cause la personne résidente n° 004. Le rapport du SOIC indiquait qu'en raison d'une erreur du système de livraison de médicaments, la personne résidente n'a pas reçu ses médicaments prescrits pendant trois (3) jours.

Le dossier de santé de la personne résidente, le rapport du SOIC et le rapport d'incidents ou d'accidents évités de justesse rendent compte de l'incident suivant :

La personne résidente n° 004 a été admise au foyer à une date déterminée. Elle présentait plusieurs états pathologiques. Les ordonnances médicales ont été reçues du médecin traitant et envoyées par télécopieur à la pharmacie du foyer l'après-midi du jour d'admission de la personne résidente.

Il fallait administrer à divers moments de la journée et de la soirée onze médicaments prescrits à la personne résidente.

Le jour de son admission, l'IAA n° 102 travaillant en soirée a indiqué dans les notes d'évolution et dans le rapport de quart de travail que le foyer n'avait pas reçu les médicaments prescrits à la personne résidente et n'a donc pas été en mesure



de lui administrer ses médicaments lors du quart de soir. L'IAA n° 102 a déclaré à l'inspecteur n° 117 qu'à sa connaissance, les ordonnances de médicaments avaient été envoyées par télécopieur à la pharmacie. L'IAA n° 102 n'avait pas communiqué avec le fournisseur de services pharmaceutiques pour l'avertir que les médicaments n'avaient pas été reçus.

L'IAA n° 102 n'avait pas non plus informé le médecin traitant ni le mandataire spécial de la personne résidente que les médicaments commandés n'avaient pas été reçus de la pharmacie et qu'aucun médicament n'avait été administré à la personne résidente. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA responsable des soins le soir en question. L'IAA n° 102 avait informé l'IA n° 124 travaillant en soirée que les médicaments n'avaient pas été livrés et qu'il faudrait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques. L'inspecteur n°117 a examiné les notes d'évolution consignées par l'IAA n° 102 concernant les signes vitaux et l'état de santé de la personne résidente n° 004; aucun effet indésirable n'a été révélé à ce moment.

Cinq (5) médicaments prescrits et cinq (5) doses de médicaments n'ont pas été administrés à la personne résidente n° 004 le jour en question.

Le lendemain, l'IAA n° 125 qui travaillait le jour n'a administré aucun médicament à la personne résidente n° 004. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA de jour ce jour-là. L'IAA n° 125 a informé l'IA n° 121 qui travaillait le soir que la pharmacie n'avait pas livré les médicaments de la personne résidente. Par la suite, l'IA n° 121 a informé le directeur des soins infirmiers du foyer à l'époque que les médicaments n'avaient pas été livrés. L'administrateur du foyer est venu au foyer pour essayer d'aider l'IA n° 121, appuyé du directeur des soins infirmiers (DSI) qui s'est joint par téléphone, à ajouter les médicaments prescrits à la personne résidente n° 004 au registre électronique d'administration des médicaments de PointClickCare du foyer (eMAR). L'IA n° 121 a déclaré que cette tentative de création d'une entrée au registre électronique d'administration des médicaments avait échoué. L'IA n° 121 a également déclaré qu'à ce moment-là, le directeur des soins infirmiers, l'administrateur et l'IA n° 121 n'avaient pas communiqué avec le pharmacien pour l'informer que les médicaments de la personne résidente n° 004 n'avaient pas été livrés au foyer, ni communiqué avec le médecin traitant ou le mandataire spécial de la personne résidente pour dire que les médicaments prescrits à la personne résidente n'avaient pas été administrés.



L'IA n° 121 a indiqué sur le rapport de quart de travail qu'il fallait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques et a mentionné ce besoin à l'IA n° 126 qui travaillait de nuit. L'inspecteur a examiné les notes d'évolution indiquant que la personne résidente avait dit éprouver de l'inconfort au cours de la soirée et que l'IA n° 121 avait administré un médicament prescrit qui avait soulagé cet inconfort. Pendant tous les quarts de travail ce jour-là, le personnel infirmier a consigné les signes vitaux et l'état de santé de la personne résidente; aucun effet indésirable n'a été révélé à ce moment.

Ce jour-là, neuf (9) médicaments et dix (10) doses de médicaments n'ont pas été administrés à la personne résidente n° 004.

Le deuxième jour suivant l'admission de la personne résidente n° 004, l'IA n° 115 a communiqué avec la personne-ressource en cas d'urgence du fournisseur de services pharmaceutiques pour l'informer que les médicaments de la personne résidente n'avaient pas été livrés depuis son admission deux jours auparavant. Le pharmacien de garde a communiqué avec le foyer et l'IA n° 115 a télécopié les ordonnances médicales d'admission au fournisseur de services pharmaceutiques pour traitement. La documentation indique que le médecin de la personne résidente et le mandataire spécial avaient été informés que le directeur des soins infirmiers n'avait pas fourni les médicaments prescrits au patient pendant trois jours. L'IA n° 115 a communiqué avec le médecin traitant qui a prescrit immédiatement une ordonnance pour l'administration d'un médicament en particulier à la personne résidente et pour un test sanguin à des fins thérapeutiques à effectuer quatre (4) jours plus tard.

L'IA n° 121 a eu accès à l'approvisionnement en médicaments d'urgence du foyer et au stock de médicaments du gouvernement et a administré les médicaments indiqués ainsi que trois autres médicaments prescrits à la personne résidente n° 004. Pendant tous les quarts de travail le jour en question, le personnel infirmier a consigné dans les notes d'évolution les signes vitaux et l'état de santé de la personne résidente; aucun effet indésirable n'a été révélé à ce moment.

Six (6) médicaments et sept (7) doses de médicaments n'ont pas été administrés à la personne résidente n° 004 ce jour-là.

Trois jours après l'admission de la personne résidente, le foyer a reçu les médicaments qui lui avaient été prescrits et les lui a administrés. Aucun autre retard d'administration de médicaments n'est survenu. À une date déterminée, les résultats de l'analyse de sang de la personne résidente ont révélé des taux qui se situaient dans la plage thérapeutique. Le personnel infirmier n'a constaté aucun



effet indésirable chez la personne résidente.

Ainsi, la personne résidente n° 004 n'a pas reçu onze (11) médicaments d'ordonnance qui devaient lui être administrés les jours déterminés, ce qui représente un total de 22 doses oubliées.

[par. 131 (2)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 002

RD n° 001 – L'avis écrit ci-dessus est également renvoyé au directeur pour qu'il prenne les mesures adéquates.

AE n° 3 :Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 114 du Règlement de l'Ontario 79/10. Système de gestion des médicaments
En particulier, les dispositions suivantes n'ont pas été respectées :

Par. 114 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

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

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).

(b) d'autre part, être examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre les politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'article 121 du Règlement de l'Ontario stipule ceci : « Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré un système pour aviser le fournisseur de services pharmaceutiques dans les 24 heures qui suivent l'admission, le départ pour une absence médicale ou une absence psychiatrique, la mise en congé et le décès d'une personne résidente. (N° de registre 005085-18)

Le directeur a reçu un rapport du SOIC un jour déterminé concernant l'incident de non-administration de médicaments à la personne résidente n° 004 à la suite de son admission. Le rapport du SOIC indiquait qu'en raison d'une erreur du système de livraison de médicaments, la personne résidente n'avait pas reçu ses médicaments prescrits pendant trois (3) jours.



Le dossier de santé de la personne résidente, le rapport du SOIC et le rapport d'incidents ou d'accidents évités de justesse rendent compte de l'incident suivant :

La personne résidente n° 004 a été admise au foyer à une date déterminée. Elle présentait plusieurs états pathologiques. Les ordonnances médicales ont été reçues du médecin traitant et envoyées par télécopieur à la pharmacie du foyer l'après-midi du jour d'admission de la personne résidente.

Le jour de son admission, l'IAA n° 102 travaillant en soirée a indiqué dans les notes d'évolution et dans le rapport de quart de travail que le foyer n'avait pas reçu les médicaments prescrits à la personne résidente et n'a donc pas été en mesure de lui administrer ses médicaments lors du quart de soir. L'IAA n° 102 a expliqué à l'inspecteur n° 117 que pour toutes les nouvelles admissions, le foyer envoie par télécopie les ordonnances de médicaments à la pharmacie. Le foyer possède un télécopieur avec un numéro préprogrammé pour communiquer directement avec la pharmacie. L'IAA a dit qu'à sa connaissance, les ordonnances de médicaments d'admission avaient été envoyées par télécopieur à la pharmacie. L'IAA n° 102 a mentionné que le personnel n'avait pas communiqué avec le fournisseur de services pharmaceutiques pour l'informer que les médicaments de la personne résidente n'avaient pas été livrés au foyer, après avoir constaté que les médicaments n'avaient pas été livrés. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA au foyer le soir en question. L'IAA n° 102 a informé l'IA n° 124 de soir que les médicaments n'avaient pas été livrés et qu'il fallait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le lendemain, l'IAA n° 125, qui travaillait le jour, n'a administré aucun médicament à la personne résidente n° 004. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA de jour ce jour-là. L'IAA n° 125 a constaté que la pharmacie n'avait pas livré à l'IA n° 121 de soir les médicaments pour la personne résidente n° 004. Par la suite, l'IA n° 121 a informé le directeur des soins infirmiers du foyer à l'époque que les médicaments n'avaient pas été livrés.

L'administrateur du foyer est venu au foyer pour essayer d'aider l'IA n° 121, appuyé du directeur des soins infirmiers qui s'est joint par téléphone, à ajouter les médicaments prescrits à la personne résidente n° 004 au registre électronique d'administration des médicaments de PointClickCare du foyer (eMAR).



L'IA 121 a expliqué que lui-même, le directeur des soins infirmiers et l'administrateur n'avaient pas communiqué avec le fournisseur de services pharmaceutiques pour l'informer que les médicaments n'avaient pas été livrés.

L'IA n° 121 a indiqué sur le rapport de quart de travail et mentionné à l'IA n° 126 de nuit que les médicaments n'avaient pas été livrés et qu'il fallait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le deuxième jour après l'admission de la personne résidente n° 004, l'IA n° 115 de jour a appelé le numéro d'urgence de la pharmacie pour informer le fournisseur de services pharmaceutiques que les médicaments de la personne résidente n'avaient toujours pas été livrés. Le pharmacien de garde a communiqué avec le foyer et l'IA n° 115 a télécopié les ordonnances médicales d'admission au fournisseur de services pharmaceutiques pour traitement. Le pharmacien de garde a expliqué à l'inspecteur n° 117 qu'il n'avait reçu aucune information du foyer à une date déterminée en ce qui a trait à l'admission de la personne résidente et à ses ordonnances de médicaments et n'avait pas reçu d'appel du foyer au sujet des médicaments qui n'avaient pas été livrés le soir de l'admission de la personne résidente ni à tout autre moment de la journée le lendemain. Ce n'est que le deuxième jour après l'admission de la personne résidente n° 004 qu'il avait été informé que les médicaments pour cette personne résidente n'avaient pas été livrés. Par la suite, la pharmacie a reçu par télécopie les ordonnances de la personne résidente. Ces ordonnances ont été traitées et livrées le troisième jour après l'admission de la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son système de gestion des services pharmaceutiques soit mis en œuvre lorsque le fournisseur de services pharmaceutiques n'a pas été informé de la non-livraison de médicaments dans les 24 heures suivant l'admission de la personne résidente n° 004. [Alinéa 114 (3) a)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 003 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

(A1) L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 003.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'art. 8 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)*. Services infirmiers et services de soutien personnel

En particulier, les dispositions suivantes n'ont pas été respectées :

s. Chap. 8 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une ou un IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer de soins soit de service et présent au foyer en tout temps.

Le Manoir Marochel est un foyer de soins de longue durée qui compte 64 lits de soins de longue durée agréés.

Conformément au par. 45 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, voici les exceptions à l'exigence selon laquelle au moins une ou un IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, comme l'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi :

1. Pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins : i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent, ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3) d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :

A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un

infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone, B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 45 (1).

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 45. (2) La définition qui suit s'applique au présent article.

« situation d'urgence » Situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

On a effectué un examen du calendrier de travail du personnel infirmier du foyer de mars à juin 2018. On a constaté qu'aux dates et quarts de travail suivants, aucune ou aucun IA n'était en service au foyer. Aucune ou aucun IA n'avait été désigné de garde et aucun troisième IAA ou personnel d'agence ne travaillait au foyer.

- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de jour; 3 IAA seulement en service
- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À deux dates déterminées en mars 2018 – aucune ou aucun IA de jour; directeur intérimaire des soins infirmiers présent au foyer
- À trois dates déterminées en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À une date déterminée en avril 2018 – aucune ou aucun IA de jour; directrice intérimaire des soins infirmiers présent au foyer
- À six dates déterminées en avril 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À deux dates déterminées en avril 2018 – aucune ou aucun IA ni IAA de soir
- À une date déterminée en mai 2018 – aucune ou aucun IA mais une IAA de soir
- À une date déterminée en juin 2018 – aucune ou aucun IA mais une IAA de soir
- À deux dates déterminées en juin 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service



Le 14 juin 2018, le commis n° 123 à la planification des soins infirmiers a déclaré à l'inspecteur n° 117 que le nombre d'IA au foyer était limité et qu'il n'avait pas actuellement de directeur des soins infirmiers. À cause de cela, deux IA au foyer sont à tour de rôle directeur intérimaire des soins.

Certains jours, aucune ou aucun IA n'est désigné pour travailler lors de certains quarts de travail. En examinant le calendrier de travail du personnel infirmier conjointement avec le commis n° 123 à la planification des soins infirmiers, l'inspecteur a constaté qu'aucune urgence n'est survenue pendant les quarts de travail au cours desquels aucune ou aucun IA ne se trouvait au foyer.

Le 18 juin 2018, l'IA n° 100 a déclaré à l'inspecteur n° 117 que le foyer n'avait pas de directeur des soins depuis plusieurs mois. Le poste est partagé entre les IA n° 100 et 115. L'IA n° 100 a déclaré que certains jours, aucune ou aucun IA n'était désigné pour travailler lors de certains quarts de travail. À sa connaissance, aucune ou aucun IA n'est désigné pour être de garde lorsqu'aucune ou aucun IA ne travaille lors de certains quarts de travail.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un ou une IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer de soins soit de service et présent au foyer en tout temps.
[par. 8. (3)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 004 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

(A2) L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 004.



AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8, Respect des politiques et dossiers, du Règlement de l'Ontario 79/10.

En particulier, les dispositions suivantes n'ont pas été respectées :

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; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

(b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Findings/Faits saillants :

1. 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique et la procédure du foyer, établies ou autrement mises en place, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mises en œuvre conformément à celles-ci.

L'IA n° 100 a fourni à l'inspecteur n° 547 la politique et la procédure actuelles du titulaire de permis intitulées Wound Care Management RC-23-01-02 (Gestion des soins des plaies), mise à jour en février 2017.

La politique et procédure RC-23-01-02 A9 à la page 1 de 1 indique que l'infirmière ou l'infirmier obtient des ordonnances pour l'application topique et inscrit les ordonnances de traitement dans le dossier d'administration des traitements (ETAR). Commencer/mettre à jour le programme de soins de la personne résidente, qui est axé sur des objectifs et des interventions de prévention de l'altération de l'intégrité épidermique, notamment les éruptions/lésions/irritations cutanées.

L'IA n° 121 a constaté et évalué une irritation cutanée chez la personne résidente n° 023 à une date déterminée.

Aucune ordonnance de traitement n'a été enregistrée dans le dossier d'administration des traitements et aucun programme de soins n'a été mis à jour en fonction de cette modification de l'intégrité épidermique, comme l'exige la présente politique.

Le 12 juin 2018, l'IA n° 121 a expliqué à l'inspecteur n° 547 qu'il avait évalué l'irritation cutanée de la personne résidente n° 023 après que la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ait signalé l'irritation au cours du soir de la date déterminée.

L'IA n° 121 a affirmé qu'il a appelé le médecin, mais n'a pas enregistré le problème d'intégrité épidermique dans l'ETAR ou dans le programme de soins de la personne résidente, comme l'exige la politique du foyer.

Le 10 juin 2018, l'IA n° 122 a consigné dans les notes d'évolution de la personne résidente les renseignements relatifs à l'irritation cutanée ayant provoqué une rupture et un drainage. L'IA n° 122 a appliqué un pansement sur la plaie ouverte, mais n'a pas consigné ce traitement visant à maintenir l'intégrité épidermique dans l'ETAR de la personne résidente ou établi/mis à jour le programme de soins de la personne résidente pour tenir compte de cette modification de l'intégrité épidermique, des caractéristiques, des objectifs ou des interventions requises.

Le 12 juin 2018, l'IA n° 115 a effectué une évaluation épidermique, a consigné le problème de plaie dans l'ETAR de la personne résidente et mis à jour le programme de soins de la personne résidente pour tenir compte de l'altération de l'intégrité épidermique, y compris l'accent mis sur cette altération, les caractéristiques, les objectifs et les interventions nécessaires.

Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique et la procédure relatives à la gestion des éruptions des lésions et des irritations cutanées soient respectées par les IA n° 121 et 122. (alinéas 8 (1) a) et b)].

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique et la procédure du foyer, établies ou autrement mises en place, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mises en œuvre conformément à celles-ci.

L'IA n° 100 a fourni à l'inspecteur n° 547 la politique et la procédure actuelles du titulaire de permis intitulées Management of Skin rashes, lesions and irritations RC-23-01-02 A9 (gestion des éruptions des lésions et des irritations cutanées), mise à jour en février 2017. Cette politique indique à la page 1 de 1 que l'infirmier obtient des ordonnances pour l'application topique et inscrit les ordonnances de traitement dans le dossier d'administration des traitements. Commencer/mettre à jour le programme de soins de la personne résidente, qui est axé sur des objectifs et des interventions de prévention de l'altération de l'intégrité épidermique, notamment les éruptions/lésions/irritations cutanées.



L'inspecteur n° 547 a remarqué une lésion ouverte sur le visage de la personne résidente n° 005 et en a pris note à une date déterminée.

Les dossiers de santé de la personne résidente n° 005 indiquaient que la personne préposée aux services de soutien personnel a constaté et examiné des taches rouges sur le visage de la personne résidente lorsqu'il lui donnait son bain la veille. L'évaluation des soins de la peau et des plaies a ensuite été consignée dans le classeur d'observation de la peau de l'unité, conformément aux politiques relatives à la peau du titulaire du permis.

Le 8 juin 2018, l'inspecteur n° 547 a observé une lésion cutanée avec croûte au nez de la personne résidente.

Le conseiller principal en soins infirmiers d'Extendicare Assist a expliqué à l'inspecteur n° 547 que le personnel infirmier autorisé est censé examiner les évaluations de la peau réalisées par les personnes préposées aux services de soutien personnel après le bain des personnes résidentes afin de réévaluer la peau et de déterminer les objectifs et le plan d'intervention. La personne résidente avait une tache rouge qui est devenue une plaie ouverte qui a formé une croûte. Une ou un IA aurait dû examiner la plaie et modifier le programme de soins de la personne résidente pour la guérison et la prévention. Toutefois, aucune ou aucun IA ne l'a fait. De plus, le problème cutané n'a pas été enregistré dans l'ETAR et le programme de soins n'a pas été mis à jour pour rendre compte de l'accent mis sur l'intégrité épidermique, comme l'exige cette politique. (alinéas 8 (1) a) et b)].

3. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée a omis à son obligation en vertu de la loi ou du présent règlement d'établir ou par ailleurs de mettre en place une politique pour s'assurer du respect de la politique à l'alinéa b). (N° de registre 005085-18)

Le paragraphe 114 (2) du Règl. de l'Ont. stipule ce qui suit : « Le 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 ».



Selon le paragraphe 135 (1) de Règl de l'Ont., « 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 préserver l'état de santé de la personne résidente étant également consignées dans un dossier; 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 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 ».

Le foyer a établi une politique 9-1 *Medication Incidents and Error Reporting* (incidents liés à des médicaments et déclaration d'erreurs), janvier 2017 qui stipule ce qui suit [Traduction libre] :

« Toutes les erreurs de médication, y compris les incidents et les incidents évités de justesse, doivent être signalés immédiatement au directeur des soins, au médecin prescripteur et au pharmacien et doivent être consignés sur un formulaire de déclaration d'incidents liés à des médicaments fourni par la pharmacie » (page 2 de 18).

« Tout incident mettant en cause une personne résidente, y compris les réactions indésirables aux médicaments, doit être signalé au résident, à son mandataire spécial, le cas échéant, et au directeur médical ainsi qu'au directeur des soins infirmiers et au pharmacien. » (page 5 de 18)

Le directeur a reçu un rapport du SOIC un jour déterminé concernant l'incident de non-administration de médicaments à la personne résidente n° 004 à la suite de son admission. Le rapport du SOIC indiquait qu'en raison d'une erreur du système de livraison de médicaments, la personne résidente n'avait pas reçu ses médicaments prescrits pendant trois (3) jours.

Le dossier de santé de la personne résidente, le rapport du SOIC et le rapport d'incidents ou d'accidents évités de justesse rendent compte de l'incident suivant : La personne résidente n° 004 a été admise au foyer à une date déterminée. Les ordonnances médicales ont été reçues du médecin traitant et envoyées par télécopieur à la pharmacie du foyer le même jour.



Le jour de son admission, l'IAA n° 102 travaillant en soirée a indiqué dans les notes d'évolution et dans le rapport de quart de travail que le foyer n'avait pas reçu les médicaments prescrits à la personne résidente et n'a donc pas été en mesure de lui administrer ses médicaments lors du quart de soir. L'IAA n° 102 a expliqué à l'inspecteur n° 117 qu'il n'a pas communiqué avec le pharmacien pour l'informer que les médicaments de la personne résidente n° 004 n'avaient pas été livrés au foyer lorsqu'il a constaté que ces médicaments n'avaient pas été reçus. De plus, l'IAA n° 102 n'a pas communiqué avec le directeur des soins de l'époque, le directeur médical, le médecin prescripteur ou le mandataire spécial de la personne résidente n° 004 pour les informer que les médicaments destinés à la personne résidente n'avaient pas été reçus ni administrés.

Le lendemain, l'IAA n° 125, qui travaillait le jour, n'a administré aucun médicament à la personne résidente n° 004. L'IAA n° 125 a informé l'IA n° 121 de soir que les médicaments de la personne résidente n° 004 n'avaient pas été livrés. Par la suite, l'IA n° 121 a informé le directeur des soins infirmiers du foyer à l'époque que les médicaments n'avaient pas été livrés. L'administrateur du foyer est venu au foyer pour essayer d'aider à régler le problème de non-livraison des médicaments. Lors de l'entretien avec l'IA n° 121, le membre du personnel a expliqué que le directeur des soins infirmiers, l'administrateur et l'IA n° 121 n'avaient pas communiqué avec le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur médical, le médecin prescripteur ou le mandataire spécial de la personne résidente pour les informer de la non-livraison des médicaments de la personne résidente.

Le deuxième jour suivant l'admission de la personne résidente, l'IA n° 115 a appelé le numéro d'urgence de la pharmacie pour informer le fournisseur de services pharmaceutiques que les médicaments de la personne résidente n° 004 n'avaient pas été livrés.

Le pharmacien de garde a communiqué avec le foyer et l'IA n° 115 a télécopié les ordonnances médicales d'admission au fournisseur de services pharmaceutiques pour traitement. Le pharmacien a expliqué à l'inspecteur n° 117 qu'il n'avait reçu aucune information du foyer à une date déterminée en ce qui a trait à l'admission de la personne résidente n° 004 et à ses ordonnances de médicaments et n'avait pas reçu d'appel du foyer au sujet de la non-livraison des médicaments le soir de l'admission de la personne résidente ni à tout autre moment de la journée le lendemain.

Ce n'est que le deuxième jour après l'admission de la personne résidente n° 004 que le foyer a appelé la pharmacie pour dire que les médicaments de la personne



résidente n'avaient toujours pas été livrés.

Le rapport d'incidents liés à des médicaments du foyer indique que ce n'est que le deuxième jour suivant l'admission de la personne résidente que le directeur des soins infirmiers a informé le médecin traitant et le mandataire spécial de la personne résidente que les médicaments de la personne résidente n'avaient pas été livrés. Il est à noter que le médecin traitant de la personne résidente était le directeur médical intérimaire du foyer au moment de l'incident lié à un médicament.

Le foyer n'a pas respecté sa politique d'avertir immédiatement le directeur des soins infirmiers, le médecin traitant/directeur médical intérimaire, le mandataire spécial de la personne résidente et le pharmacien si des médicaments n'ont pas été livrés, puisque ces personnes n'ont pas été informées de la non-livraison des médicaments de la personne résidente n° 004, conformément à la politique 9-1, *Medication Incidents and Error Reporting* (incidents liés à des médicaments et déclaration d'erreurs), janvier 2017. (alinéa 8 (1) b)].

Autres mesures requises :

PRV – en vertu du par. 152 (2), chap. 8 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. le titulaire de permis est prié de préparer un plan pour se conformer avec les politiques et procédures du foyer qui ont été élaborées ou autrement mises en œuvre et avec toutes les exigences applicables de la loi concernant les politiques et procédures prévues par son programme de soins de la peau et des plaies intitulé Management of Skin rashes, lesions and irritations (gestion des éruptions des lésions et des irritations cutanées) RC - 23-01-02 A9, mis à jour en février 2017, ainsi que la politique en vertu du système de gestion des médicaments intitulée 9-1 Medication Incidents and Error Reporting (incidents liés à des médicaments et déclaration d'erreurs), janvier 2017, à mettre en œuvre volontairement.



**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***

Délivré ce 30^e jour de août 2018 (A2)

Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Rapport original signé 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
Inspection 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

Amended Public Copy/Copie modifiée du public de permis

Name of Inspector (ID #) /

Nom de l'inspecteur (No) : Modifié par LYNE DUCHESNE (117) - (A2)

Inspection No. /

No de l'inspection : 2018_583117_0004 (A2)

Appeal/Dir# /

Appel/Dir#:

Log No. /

No de registre : 010317-18 (A2)

Type of Inspection /

Genre d'inspection:

Inspection de qualité des
services aux résidents

Report Date(s) /

Date(s) du Rapport : août 30 2018; (A2)

Licensee /

Titulaire de permis :

CVH (n° 4) GP Inc. en tant que partenaire général de
CVH (n° 4) LP
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge
Care Homes Inc., CAMBRIDGE, ON N3H 5L8

LTC Home /

Foyer de SLD :

Manoir Marochel
949, chemin Montréal, OTTAWA ON K1K 0S6



**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

**Name of Administrator /
Nom de l'administratrice**

ou de l'administrateur : Paul Beverley



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*

À l'attention de CVH (n° 4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (n° 4) LP, vous devez, par la présente, vous conformer à l'ordre suivant au plus tard à la date ou les dates indiquées :

Order # /

Ordre no : 001

Order Type /

Genre d'ordre : Ordres de conformité, alinéa 153 (1) (a)

Pursuant to / Aux termes de :

LFSLD, 2007, par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7)

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au par. 6 (7) de la LFSLD.

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- Lorsque la personne résidente n° 008 a un comportement réactif et refuse la prestation de soins tel qu'il est précis dans le programme de soins, le personnel doit communiquer avec le mandataire spécial de la personne résidente et sa famille pour leur demander de l'aider à faciliter la communication avec la personne résidente et à gérer son comportement réactif pour qu'il accepte de recevoir des soins.
- Le personnel infirmier doit examiner le programme de soins de la personne résidente n° 008 au début de chaque quart de nuit pour s'assurer que les soins du soir déterminés dans le programme de soins lui ont été fournis.
- Le personnel autorisé surveille la prestation des soins du soir pour s'assurer que la personne résidente n° 008 reçoive les soins du soir prévus dans le programme de soins et que les comportements réactifs, les interventions et les contacts avec le mandataire spécial/la famille soient consignés après la prestation des soins.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir au résident n° 008 les soins prévus dans le programme de soins pour gérer les comportements et réduire les chutes.

Le foyer avait admis la personne résidente no 008 à une date déterminée, pour lequel plusieurs diagnostics médicaux avaient été établis, y compris la démence. Neuf jours après son admission, la personne résidente no 008 s'est blessée en faisant une chute en se rendant elle-même à la salle de bain.

Selon son dossier de soins de santé et son programme de soins initial, qui avaient été établis au moment de l'incident, elle courrait des risques de chute en raison de déficiences cognitive et physique. Elle était connue pour se lever pendant la nuit pour aller aux toilettes. Parmi les interventions de prévention des chutes en réponse à ce comportement nocturne, il avait été décidé de ne mettre la personne résidente au lit qu'après lui avoir enlevé un vêtement particulier. L'IA no 100 a fourni au mandataire spécial un formulaire « apprendre à me connaître » à remplir au sujet de la personne résidente no 008. Le mandataire spécial a retourné le formulaire dûment rempli au foyer trois jours après l'admission de la personne résidente. Les renseignements contenus dans le formulaire ont été ajoutés au programme de soins de la personne résidente. Selon ces renseignements, la personne résidente peut utiliser de façon autonome les toilettes, mais ne peut pas enlever certains vêtements faits sur mesure sans aide. Il faut donc lui enlever ces vêtements avant de le mettre au lit pour éviter le risque qu'il fasse une chute pendant la nuit. Ces renseignements indiquaient en outre que la personne résidente no 008 avait fait deux chutes avant son admission en allant aux toilettes pendant la nuit en portant les vêtements en question.

Le mandataire spécial a informé l'inspecteur no 547 à une date déterminée qu'il s'était rendu au foyer le jour après que la personne résidente a fait une chute et a constaté que ce dernier portait les mêmes vêtements, de même que les vêtements faits sur mesure, que le jour précédent. Le personnel infirmier autorisé a informé le mandataire spécial que la personne résidente avait refusé de l'aide pour enlever ses vêtements faits sur mesure la veille avant d'aller se coucher.



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*

Le programme de soins de la personne résidente indiquait, deux jours avant sa chute, que ce dernier avait un comportement problématique et avait besoin d'une période d'adaptation après son admission au foyer. Selon les interventions dans le cadre du programme de soins, si la personne résidente refusait des soins personnels, le personnel pouvait appeler le mandataire spécial et la famille de la personne résidente en tout temps à partir du téléphone de la personne résidente, situé dans la chambre de la personne résidente, qui avait été fourni par sa famille. Le jour de la chute, la personne résidente avait refusé des soins personnels à l'heure du coucher et a été mise au lit avec ses vêtements courants et ses vêtements faits sur mesure. Le mandataire spécial a affirmé que ni lui ni la famille n'avait été informé par téléphone que la personne résidente refusait de recevoir les soins personnels prévus dans le programme de soins de la personne résidente au moment de son admission.

En négligeant d'appeler le mandataire spécial ou la famille de la personne résidente n° 008, les personnes préposées aux services de soutien personnel n'ont pas respecté le programme de soins de la personne résidente le soir de l'incident.

Le risque est qualifié comme étant un préjudice réel de niveau 3, puisqu'un résident a subi une blessure. Il s'agit d'un incident isolé de niveau 1 mettant en cause un seul résident.

Le foyer a des antécédents de conformité de niveau 4, car il y a eu non-conformité continue avec un PRV ou un OC dans un domaine connexe.

Inspection n° 2017_619550_0026 - un PRV a été émis en vertu du par. 6 (7) de la LFSLD concernant les chutes.

Inspection n° 2017_621547_0012 - un PRV a été émis en vertu du par. 6 (7) de la LTCHA concernant la peau et les plaies.

Inspection n° 2017_621547_0002 - un PRV a été émis en vertu du par. 6 (7) de la LTCHA concernant les chutes et les services personnels.

(547)

**This order must be complied with by /
Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

4 sept. 2018 (A1)

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 no :** 002**Order Type /****Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1) (a)**Pursuant to / Aux termes de :**

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

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au par. 131 (2) du Règl. 79/10.

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. S'assurer que la personne résidente n° 004 reçoive ses médicaments prescrits et tout nouveau médicament prescrit, conformément aux instructions de la personne autorisée à prescrire des médicaments.
2. S'assurer que les résidents nouvellement admis reçoivent leurs médicaments prescrits, conformément aux instructions de la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente n° 004 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. (N° de registre 005085-18)

Le directeur a reçu un rapport du SOIC concernant l'incident de non-administration de médicaments à la personne résidente n° 004. Le rapport du SOIC indiquait qu'en raison d'une erreur du système de livraison de médicaments, la personne résidente n'a pas reçu ses médicaments prescrits pendant trois (3) jours.

Le dossier de santé de la personne résidente, le rapport du SOIC et le rapport d'incidents ou d'accidents évités de justesse rendent compte de l'incident suivant :

La personne résidente n° 004 a été admise au foyer à une date déterminée. Elle présentait plusieurs états pathologiques. Les ordonnances médicales ont été reçues du médecin traitant et envoyées par télécopieur à la pharmacie du foyer l'après-midi du jour d'admission de la personne résidente.

Il fallait administrer à divers moments de la journée et de la soirée onze médicaments prescrits à la personne résidente.

Le jour de son admission, l'IAA n° 102 travaillant en soirée a indiqué dans les notes d'évolution et dans le rapport de quart de travail que le foyer n'avait pas reçu les médicaments prescrits à la personne résidente et n'a donc pas été en mesure de lui administrer ses médicaments lors du quart de soir. L'IAA n° 102 a déclaré à l'inspecteur n° 117 qu'à sa connaissance, les ordonnances de médicaments avaient été envoyées par télécopieur à la pharmacie. L'IAA n° 102 n'avait pas communiqué avec le fournisseur de services pharmaceutiques pour l'avertir que les médicaments n'avaient pas été reçus. L'IAA n° 102 n'avait pas non plus informé le médecin traitant ni le mandataire spécial de la personne résidente que les médicaments commandés n'avaient pas été reçus de la pharmacie et qu'aucun médicament n'avait été administré à la personne résidente. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA responsable des soins le soir en question. L'IAA n° 102 avait informé l'IA n° 124 travaillant en soirée que les médicaments n'avaient pas été livrés et qu'il faudrait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques. L'inspecteur n° 117 a examiné les notes d'évolution consignées par l'IAA n° 102 concernant les signes vitaux et l'état de santé de la personne résidente n° 004; aucun effet indésirable n'a été révélé à ce moment.

Cinq (5) médicaments prescrits et cinq (5) doses de médicaments n'ont pas été administrés à la personne résidente n° 004 le jour en question.

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*

Le lendemain, l'IAA n° 125 qui travaillait le jour n'a administré aucun médicament à la personne résidente n° 004. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA de jour ce jour-là. L'IAA n° 125 a informé l'IA n° 121 qui travaillait le soir que la pharmacie n'avait pas livré les médicaments de la personne résidente. Par la suite, l'IA n° 121 a informé le directeur des soins infirmiers du foyer à l'époque que les médicaments n'avaient pas été livrés. L'administrateur du foyer est venu au foyer pour essayer d'aider l'IA n° 121, appuyé du directeur des soins infirmiers qui s'est joint par téléphone, à ajouter les médicaments prescrits à la personne résidente n° 004 au registre électronique d'administration des médicaments de PointClickCare du foyer (eMAR). L'IA n° 121 a déclaré que cette tentative de création d'une entrée au registre électronique d'administration des médicaments avait échoué. L'IA n° 121 a également déclaré qu'à ce moment-là, le directeur des soins infirmiers, l'administrateur et l'IA n° 121 n'avaient pas communiqué avec le pharmacien pour l'informer que les médicaments de la personne résidente n° 004 n'avaient pas été livrés au foyer, ni communiqué avec le médecin traitant ou le mandataire spécial de la personne résidente pour dire que les médicaments prescrits à la personne résidente n'avaient pas été administrés. L'IA n° 121 a indiqué sur le rapport de quart de travail qu'il fallait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques et a mentionné ce besoin à l'IA n° 126 qui travaillait de nuit. L'inspecteur a examiné les notes d'évolution indiquant que la personne résidente avait exprimé un certain malaise au cours de la soirée et que l'IA n° 121 de soir avait administré un médicament prescrit qui a soulagé le malaise.

Pendant tous les quarts de travail ce jour-là, le personnel infirmier a consigné les signes vitaux et l'état de santé de la personne résidente; aucun effet indésirable n'a été révélé à ce moment.

Ce jour-là, neuf (9) médicaments et dix (10) doses de médicaments n'ont pas été administrés à la personne résidente n° 004.

Le deuxième jour suivant l'admission de la personne résidente n° 004, l'IA n° 115 a communiqué avec la personne-ressource en cas d'urgence du fournisseur de services pharmaceutiques pour l'informer que les médicaments de la personne résidente n'avaient pas été livrés depuis son admission deux jours auparavant.

Le pharmacien de garde a communiqué avec le foyer et l'IA n° 115 a télécopié les ordonnances médicales d'admission au fournisseur de services pharmaceutiques pour traitement. La documentation indique que le médecin de la personne résidente et le mandataire spécial avaient été informés que le directeur des soins infirmiers n'avait pas fourni les médicaments prescrits au patient pendant trois jours. L'IA n° 115 a communiqué avec le médecin traitant qui a prescrit immédiatement une ordonnance pour l'administration d'un médicament en particulier à la personne résidente et pour un test sanguin à des fins thérapeutiques à effectuer quatre (4) jours plus tard. L'IA n° 121 a eu accès à l'approvisionnement en médicaments d'urgence du foyer et au stock de médicaments du gouvernement et a administré les médicaments indiqués ainsi que trois autres médicaments prescrits à la personne résidente n° 004. Pendant tous les quarts de travail le jour en question, le personnel infirmier a consigné dans les notes d'évolution les signes vitaux et l'état de santé de la personne résidente; aucun effet indésirable n'a été révélé à ce moment.

Six (6) médicaments et sept (7) doses de médicaments n'ont pas été administrés à la personne résidente n° 004 ce jour-là.

Trois jours après l'admission de la personne résidente, le foyer a reçu les médicaments qui lui avaient été prescrits et les lui a administrés. Aucun autre retard d'administration de médicaments n'est survenu. À une date déterminée, les résultats de l'analyse de sang de la personne résidente ont révélé des taux qui se situaient dans la plage thérapeutique. Le personnel infirmier n'a constaté aucun effet indésirable chez la personne résidente.

Ainsi, la personne résidente n° 004 n'a pas reçu onze (11) médicaments d'ordonnance qui devaient lui être administrés les jours déterminés, ce qui représente un total de 22 doses oubliées.

Le risque est qualifié comme un risque potentiel de préjudice de niveau 3, puisqu'un résident n'a pas reçu ses médicaments prescrits pendant trois jours consécutifs. Il s'agit d'un incident isolé de niveau 1 mettant en cause un seul résident. Le foyer a des antécédents de conformité de niveau 3, ayant eu plusieurs problèmes connexes de non-conformité au cours des 36 derniers mois.

Inspection n° 2015_286547_0025 – un PRV a été émis pour l'alinéa 131 (2) (117) du Règl. de l'Ont.



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*

**This order must be complied with by /
Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

Sep 04, 2018(A1)

Order # / Ordre no : 003	Order Type / Genre d'ordre : Ordres de conformité, alinéa 153 (1) (a)
-------------------------------------	--

Pursuant to / Aux termes de :

O.RPar. 114 (3) du Règl. de l'Ont. 79/10 – Les politiques et protocoles écrits doivent :

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

(b) d'autre part, être examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer à l'alinéa 114 (3) b) du Règl.

79/10. Plus précisément, le titulaire de permis doit :

- Veiller à ce qu'un processus soit mis en œuvre et consigné pour vérifier que le fournisseur de services pharmaceutiques a reçu les ordonnances de médicaments pour l'admission des personnes résidentes.

- Examiner et réviser ses politiques concernant l'avis au fournisseur de services pharmaceutiques afin de s'assurer que le processus de vérification susmentionné est inclus dans la politique.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre les politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'article 121 du Règlement de l'Ontario stipule ceci : « Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré un système pour aviser le fournisseur de services pharmaceutiques dans les 24 heures qui suivent l'admission, le départ pour une absence médicale ou une absence psychiatrique, la mise en congé et le décès d'une personne résidente. (N° de registre 005085-18)

Le directeur a reçu un rapport du SOIC un jour déterminé concernant l'incident de non-administration de médicaments à la personne résidente n° 004 à la suite de son admission. Le rapport du SOIC indiquait qu'en raison d'une erreur du système de livraison de médicaments, la personne résidente n'avait pas reçu ses médicaments prescrits pendant trois (3) jours.

Le dossier de santé de la personne résidente, le rapport du SOIC et le rapport d'incidents ou d'accidents évités de justesse rendent compte de l'incident suivant :

La personne résidente n° 004 a été admise au foyer à une date déterminée. Elle présentait plusieurs états pathologiques. Les ordonnances médicales ont été reçues du médecin traitant et envoyées par télécopieur à la pharmacie du foyer l'après-midi du jour d'admission de la personne résidente.

Le jour de son admission, l'IAA n° 102 travaillant en soirée a indiqué dans les notes d'évolution et dans le rapport de quart de travail que le foyer n'avait pas reçu les médicaments prescrits à la personne résidente et n'a donc pas été en mesure de lui administrer ses médicaments lors du quart de soir.

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*

L'IAA n° 102 a expliqué à l'inspecteur n° 117 que pour toutes les nouvelles admissions, le foyer envoie par télécopie les ordonnances de médicaments à la pharmacie. Le foyer possède un télécopieur avec un numéro préprogrammé pour communiquer directement avec la pharmacie. L'IAA a dit qu'à sa connaissance, les ordonnances de médicaments d'admission avaient été envoyées par télécopieur à la pharmacie. L'IAA n° 102 a mentionné que le personnel n'avait pas communiqué avec le fournisseur de services pharmaceutiques pour l'informer que les médicaments de la personne résidente n'avaient pas été livrés au foyer, après avoir constaté que les médicaments n'avaient pas été livrés. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA au foyer le soir en question. L'IAA n° 102 a informé l'IA n° 124 de soir que les médicaments n'avaient pas été livrés et qu'il fallait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le lendemain, l'IAA n° 125, qui travaillait le jour, n'a administré aucun médicament à la personne résidente n° 004. Il est à noter qu'il n'y avait pas d'IA de jour ce jour-là. L'IAA n° 125 a constaté que la pharmacie n'avait pas livré à l'IA n° 121 de soir les médicaments pour la personne résidente n° 004. Par la suite, l'IA n° 121 a informé le directeur des soins infirmiers du foyer à l'époque que les médicaments n'avaient pas été livrés. L'administrateur du foyer est venu au foyer pour essayer d'aider l'IA n° 121, appuyé du directeur des soins infirmiers qui s'est joint par téléphone, à ajouter les médicaments prescrits à la personne résidente n° 004 au registre électronique d'administration des médicaments de PointClickCare du foyer (eMAR). L'IA 121 a expliqué que lui-même, le directeur des soins infirmiers et l'administrateur n'avaient pas communiqué avec le fournisseur de services pharmaceutiques pour l'informer que les médicaments n'avaient pas été livrés. L'IA n° 121 a indiqué sur le rapport de quart de travail et mentionné à l'IA n° 126 de nuit que les médicaments n'avaient pas été livrés et qu'il fallait faire un suivi auprès du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le deuxième jour après l'admission de la personne résidente n° 004, l'IA n° 115 de jour a appelé le numéro d'urgence de la pharmacie pour informer le fournisseur de services pharmaceutiques que les médicaments de la personne résidente n'avaient toujours pas été livrés. Le pharmacien de garde a communiqué avec le foyer et l'IA n° 115 a télécopié les ordonnances médicales d'admission au fournisseur de services pharmaceutiques pour traitement. Le pharmacien de garde a expliqué à l'inspecteur n° 117 qu'il n'avait reçu aucune information du foyer à une date déterminée en ce qui a trait à l'admission de la personne résidente et à ses ordonnances de médicaments et n'avait pas reçu d'appel du foyer au sujet des



**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*

médicaments qui n'avaient pas été livrés le soir de l'admission de la personne résidente ni à tout autre moment de la journée le lendemain. Ce n'est que le deuxième jour après l'admission du résident n° 004 qu'il avait été informé que les médicaments pour cette personne résidente n'avaient pas été livrés. Par la suite, la pharmacie a reçu par télécopie les ordonnances de la personne résidente. Ces ordonnances ont été traitées et livrées le troisième jour après l'admission de la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son système de gestion des services pharmaceutiques soit mis en œuvre lorsque le fournisseur de services pharmaceutiques n'a pas été informé de la non-livraison de médicaments dans les 24 heures suivant l'admission de la personne résidente n° 004.

Le risque est qualifié comme un risque potentiel de préjudice de niveau 3, car la pharmacie n'a pas été informée de l'admission d'un résident et la personne résidente n'a pas reçu ses médicaments prescrits pendant 3 jours consécutifs. Il s'agit d'un incident isolé de niveau 1 mettant en cause un seul résident. Les antécédents de conformité du foyer sont de niveau 2, puisqu'il y a eu un ou plusieurs problèmes non liés à des domaines de non-conformité au cours des 36 derniers mois.

Inspection n° 2015_286547_0025 – un PRV a été émis pour l'alinéa

131 (2) (117) du Règl. de l'Ont.

**This order must be complied with by /
Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

Sep 04, 2018(A1)

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 no :** 004**Order Type /****Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1) (a)**Pursuant to / Aux termes de :**

LFSLD, 2007, par. 8 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au par. 8 (3) de la LFSLD.

- Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis ou conformément à un contrat conclu avec le titulaire de permis travaille au foyer et qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps.

- De plus, jusqu'à ce que la conformité soit atteinte, le titulaire de permis doit s'assurer que, pour chaque quart de travail où il n'y a pas d'IA au foyer, il y a une ou un IA désigné qui est de garde pour la période répertoriée, que le personnel travaillant pendant cette période en soit informé et que l'information concernant l'IA de garde soit documentée et accessible au personnel qui se trouve au foyer.

- De plus, le titulaire de permis doit mettre en œuvre un processus de surveillance pour chaque quart de travail où il n'y a pas d'IA dans le foyer, afin de s'assurer que les risques associés à la prestation des soins infirmiers, comme l'administration des médicaments et tout autre secteur à risque élevé, sont atténués et que des mesures correctives, s'il y a lieu, sont mises en œuvre immédiatement.

- Les résultats du processus de surveillance doivent être communiqués au gestionnaire de garde à la fin de chacun de ces quarts de travail.

Toutes les étapes de ce processus doivent être consignées au fur et à mesure de leur mise en œuvre.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une ou un IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer de soins soit de service et présent au foyer en tout temps.

Le Manoir Marochel est un foyer de soins de longue durée qui compte 64 lits de soins de longue durée agréés.

Conformément au par. 45 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, voici les exceptions à l'exigence selon laquelle au moins une ou un IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, comme l'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi :

1. Pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins : i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent, ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3) d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :

A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone,

B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 45 (1).

Comme le stipule le par. 45 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10, la définition qui suit s'applique au présent article « situation d'urgence » Situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

On a effectué un examen du calendrier de travail du personnel infirmier du foyer de mars à juin 2018. On a constaté qu'aux dates et quarts de travail suivants, aucune ou aucun IA n'était en service au foyer. Aucune ou aucun IA n'avait été désigné de garde et aucun troisième IAA ou personnel d'agence ne travaillait au foyer.

- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de jour; 3 IAA seulement en service
- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À une date déterminée en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À deux dates déterminées en mars 2018 – aucune ou aucun IA de jour; directeur intérimaire des soins infirmiers présent au foyer

- À trois dates déterminées en mars 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À une date déterminée en avril 2018 – aucune ou aucun IA de jour; directrice intérimaire des soins infirmiers présent au foyer
- À six dates déterminées en avril 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service
- À deux dates déterminées en avril 2018 – aucune ou aucun IA ni IAA de soir
- À une date déterminée en mai 2018 – aucune ou aucun IA mais une IAA de soir
- À une date déterminée en juin 2018 – aucune ou aucun IA mais une IAA de soir
- À deux dates déterminées en juin 2018 – aucune ou aucun IA de soir; 2 IAA seulement en service

Le 14 juin 2018, le commis n° 123 à la planification des soins infirmiers a déclaré à l'inspecteur n° 117 que le nombre d'IA au foyer était limité et qu'il n'avait pas actuellement de directeur des soins infirmiers. À cause de cela, deux IA au foyer sont à tour de rôle directeur intérimaire des soins. Certains jours, aucune ou aucun IA n'est désigné pour travailler lors de certains quarts de travail. En examinant le calendrier de travail du personnel infirmier conjointement avec le commis n° 123 à la planification des soins infirmiers, l'inspecteur a constaté qu'aucune urgence n'est survenue pendant les quarts de travail au cours desquels aucune ou aucun IA ne se trouvait au foyer.

Le 18 juin 2018, l'IA n° 100 a déclaré à l'inspecteur n° 117 que le foyer n'avait pas de directeur des soins depuis plusieurs mois. Le poste est partagé entre les IA n° 100 et 115. L'IA n° 100 a déclaré que certains jours, aucune ou aucun IA n'était désigné pour travailler lors de certains quarts de travail. À sa connaissance, aucune ou aucun IA n'est désigné pour être de garde lorsqu'aucune ou aucun IA ne travaille lors de certains quarts de travail.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un ou une IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer de soins soit de service et présent au foyer en tout temps.

Le risque est qualifié comme un risque potentiel de préjudice de niveau 3, car un résident n'a pas reçu ses médicaments pendant deux quarts de travail, pendant deux jours consécutifs, lors desquels il n'y avait pas d'IA au foyer.



**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

L'étendue du non-respect correspond à un modèle de niveau 2 de disponibilité du personnel infirmier de 24 heures dans le foyer pour deux quarts de travail sur deux jours consécutifs. Le foyer a des antécédents de conformité de niveau 3, ayant eu plusieurs problèmes connexes de non-conformité au cours des 36 derniers mois.

Inspection n° 2015_286547_0025 – l'OC n° 001 émis le 14 décembre 2015 en vertu du par. 8 (3) de la LTCHA a été jugé avoir été respecté le 5 juillet 2016.
(117)

**This order must be complied with by /
Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

23 decembre 2018 (A2)



**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*

REVIEW/APPEAL INFORMATION

**PRENEZ
AVIS :**

Le 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 titulaire de permis.

La demande de réexamen 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 titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- (c) l'adresse du 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 :

Directeur
A/s du coordonnateur 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, ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-
7603

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

Le 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



**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

lien avec le Ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le titulaire décide de faire une demande d'audience, il 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.



**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 ON 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, 9e étage
Toronto ON 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, 11e étage
Toronto ON 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.

Issued on this 30 day of août 2018 (A2)

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

**Name of Inspector /
Nom de l'inspecteur :**

Modifié par LYNE DUCHESNE – (A2)



**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

**Service Area Office /
Bureau régional de services :**

Ottawa