

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

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

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

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

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

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

Copie destinée au public

Date du rapport :	N° d'inspection	N° de registre :	Type d'inspection :
27 octobre 2020	2020_683126_0019	004743-20, 004865-20, 008126-20, 008131-20, 008624-20, 009779-20, 012549-20, 014646-20, 014848-20, 014976-20, 016060-20, 016138-20, 016871-20, 018529-20	Plainte

Titulaire de permis

Soins continus Bruyère inc.
43, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

Résidence Saint-Louis
879, chemin Parc Hiawatha, OTTAWA ON K1C 2Z6

Nom des inspectrices

LINDA HARKINS (126), MANON NIGHBOR (755)

Résumé de l'inspection

Cette inspection concernait une plainte.

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 17, 18, 21, 22, 24, 25, 28, 29 et 30 septembre, 1^{er}, 2, 8, 9, 14, 15 et 16 octobre (à l'extérieur du foyer), et 5, 6 et 7 octobre 2020 (sur place).

Au cours de cette inspection, les éléments suivants ont été inspectés :

Registres n° 004743-20; rapport d'incident critique (RIC) n° 3013-000002-10, registre n° 008624-20 : RIC n° 3013-000007-20, registre n° 016060-20; RIC n° 3013-000019-20 et registre n° 018529-20; RIC n° 3013-000023-20 concernant une lésion provoquant un changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

Registre n° 009779-20; RIC n° 3013-000010-20 concernant un décès inattendu.

Registre n° 014646-20; RIC n° 3013-000016-20 concernant des stupéfiants manquants ou une différence d'inventaire.

Registre n° 014848-20; RIC n° 3013-000017-20 et registre n° 016138-20;

RIC n° 3013-000020-20 concernant l'administration d'un traitement de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente.

Registre n° 014976-20; RIC n° 3013-000018-20) concernant une allégation de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Registre n° 004865-20, plainte concernant des soins à une personne résidente et la gestion des chutes.

Registre n° 008126-20, plainte concernant des soins alimentaires, le bain et la planification des congés.

Registre n° 016871-20, plainte concernant des soins alimentaires et la gestion des chutes.

Les éléments suivants ont été inspectés pendant l'inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques : registre n° 008131-20, RIC n° 3013-000005-10, et registre n° 012549-20, RIC n° 3013-000012-10 concernant une lésion provoquant un changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : directrice générale ou directeur général (DG), les deux directrices ou directeurs des soins infirmiers (DSI), l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP), l'ergothérapeute, la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins de longue durée, une ou un garde de sécurité, plusieurs infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs personnes résidentes et des membres de plusieurs familles.

Les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, la politique de gestion des chutes et les politiques d'administration des médicaments; elles ont examiné des plannings du personnel, des rapports d'incident critique, et des rapports d'enquête interne du titulaire de permis.

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

**Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
Intervention en cas d'incident critique
Prévention des chutes
Hospitalisation et changement de l'état pathologique
Médicaments
Nutrition et hydratation
Services de soutien personnel
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Comportements réactifs**

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

**3 AE
2 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA**

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD — Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique 19 intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médicaments) et les politiques « Registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés » de MediSystem fussent respectées pour une personne résidente précise.

Le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (2) exige 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.

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

Plus précisément, les infirmières auxiliaires autorisées ou les infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) 110, 130 et 134 n'ont pas respecté ces politiques : *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médicaments) et « Registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés » de MediSystem, révisée le 17 janvier 2017.

À une date déterminée de 2020, un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis pour quatre ampoules de stupéfiants ou de substances désignées manquantes ou pour une différence d'inventaire. La dernière dose de stupéfiant documentée avait été administrée à la personne résidente trois mois auparavant.

À une date déterminée de 2020, une dose du stupéfiant a été administrée par l'IAA 110. L'IAA n'a pas respecté les politiques qui exigent que la personne qui administre le médicament signe le registre d'administration des médicaments (RAM) et le Registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés.

À une date déterminée de 2020, deux doses de stupéfiant ont été administrées à la personne résidente, une par l'IAA130, et une par l'IAA 110. Les deux IAA n'ont pas respecté la politique qui exige que la personne qui administre le médicament signe le Registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés.

À une date déterminée de 2020, l'IAA 134 a documenté dans le Registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés que l'on avait retiré 10 ampoules de stupéfiant aux fins de destruction. Trois doses sur dix avaient été comptabilisées et administrées à la personne résidente. Selon la politique, le dénombrement des stupéfiants doit se faire à la fin de chaque poste de travail avec l'assistance d'un autre membre du personnel infirmier autorisé.

Trois mois après l'administration des doses de stupéfiant, l'IAA 130 a remarqué qu'il y avait quatre ampoules de stupéfiant manquantes ou qu'il y avait une différence d'inventaire. La politique exige que tous les mois une ou un IA avec un autre membre du personnel infirmier autorisé passe en revue le Registre d'administration des stupéfiants et des médicaments contrôlés et signale tout écart à la directrice ou au directeur des soins infirmiers (DSI). Il n'y a pas eu d'examen mensuel du Registre pour la personne résidente pendant trois mois.

Sources : RCI, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, notes d'évolution et RAM de la personne résidente, politiques relatives à l'administration des médicaments; entretiens avec la ou le DSI 102 et avec d'autres IAA. [Disposition 8. (1)b)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les politiques relatives aux médicaments sont respectées. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux membres du personnel à une certaine date, et deux autres membres du personnel à une deuxième date utilisent des appareils et des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires en aidant deux personnes résidentes.

À une date déterminée de 2020, une personne résidente a été transférée à l'aide d'un verticalisateur Sara au lieu d'un lève-personne fixé au plafond. Les PSSP n'ont pas utilisé l'appareil de transfert recommandé pour la personne résidente qui avait été indiqué par la ou le physiothérapeute résident, et n'ont pas suivi son pictogramme pour effectuer un transfert sécuritaire, ce qui a entraîné des lésions pour la personne résidente.

À une date déterminée de 2020, l'autre personne résidente a été transférée à l'aide d'un verticalisateur Sara au lieu d'un lève-personne mécanique. Les PSSP n'ont pas utilisé l'appareil de transfert recommandé pour la personne résidente qui avait été indiqué par la ou le physiothérapeute résident et qui figurait dans son programme de soins pour effectuer un transfert sécuritaire, ce qui a entraîné des lésions pour la personne résidente.

SOURCES : notes d'évolution, programme de soins pour les deux personnes résidentes, politique du foyer intitulée *Lifts, Transfers and Repositioning Policy* (politique relative aux appareils de levage, aux transferts et aux changements de position), révisée en août 2014; entretiens avec les personnes suivantes : physiothérapeute, IA 121, IAA120 et PSSP 118.

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires quand il assiste des personnes résidentes. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 107. (4) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (3.1), dans les 10 jours suivant le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait par écrit à ce dernier un rapport où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

- i. les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, et par qui,**
- ii. une mention indiquant si un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure a été contacté,**
- iii. les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant,**
- iv. si l'incident implique un résident, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou un mandataire spécial de celui-ci a été contacté ainsi que le nom d'une telle ou de telles personnes,**
- v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (4).**

Par. 107. (4) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (3.1), dans les 10 jours suivant le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait par écrit à ce dernier un rapport où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

4. Une analyse et un suivi, notamment :

- i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,**
- ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (4).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport écrit d'incident critique (RIC) comprenne le résultat atteint d'une personne résidente qui avait été impliquée dans l'incident de chute.

L'inspectrice 126 a examiné un RIC et a remarqué que l'incident de chute avait eu lieu à une date déterminée de 2020 et avait provoqué une lésion à la personne résidente. Le RIC avait été modifié cinq jours plus tard, en indiquant que la personne résidente avait été admise à l'hôpital. Le RIC n'avait pas été modifié pour tenir compte du résultat atteint après la chute de cette personne résidente.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice a examiné de multiples RIC et a remarqué que plusieurs d'entre eux ne comportaient pas de modification définitive concernant le résultat atteint pour les personnes résidentes impliquées dans ces incidents.

Des échanges de vues ont eu lieu avec la directrice générale ou le directeur général (DG) 100, et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) 102 pour veiller à ce que l'on modifie les RIC conformément aux exigences. Ils ou elles ont indiqué qu'ils veilleront à ce que ce soit fait à l'avenir.

Sources : RIC, notes d'évolution des personnes résidentes et entretiens avec la ou le DSI 102 et la ou le DG 100.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'incident critique (RIC) écrit comporte une analyse pour prévenir une récurrence du non-signalement, par le personnel, des chutes ou des incidents impliquant deux personnes résidentes et qui ont provoqué une lésion pour toutes les deux.

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

Les deux RCI ont été examinés pour ces personnes résidentes, et ont été soumis en application de la disposition « un incident qui cause à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé ». On avait documenté dans les notes d'évolution que chaque personne résidente avait indiqué avoir fait une chute et que le personnel les avait aidées à se remettre au lit. Les enquêtes ont eu lieu, mais n'ont pas permis de déterminer comment les incidents avaient eu lieu et quel membre du personnel avait fourni de l'aide.

Des entretiens avec la ou le DSI 102 indiquaient qu'il ou elle avait effectué les deux enquêtes et interrogé le personnel qui travaillait pendant la période spécifique qui avait précédé l'incident ou la chute. Tout le personnel a nié avoir vu quelque chose, et il n'y a pas eu de signalement concernant ces incidents ou chutes. Les deux incidents ont occasionné une lésion, et il était peu probable que les personnes résidentes auraient pu se remettre au lit par leurs propres moyens.

Des entretiens ont eu lieu avec plusieurs membres du personnel infirmier [l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) 113, l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 113, la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) 129], et toutes ces personnes ont indiqué qu'elles n'avaient rien à signaler au sujet de ces incidents, et qu'elles étaient conscientes de la nécessité de signaler tout incident ou chute.

Sources : Les deux RCI, les notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, les notes d'évolution des deux personnes résidentes, et des entretiens avec la ou le DSI 102 et d'autres membres du personnel. [Disposition 107. (4) 4.]

Émis le 4 novembre 2020.

Signature de l'inspectrice ou des inspecteurs

Rapport original signé par l'inspectrice.