

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

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

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

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

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

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

**Copie du rapport public modifiée**

**Date du rapport : N° d'inspection**

8 février 2022      2021\_831211\_0021  
(M1)

**N° de registre :**

009505-21, 009661-21,  
011043-21, 014105-21,  
014213-21, 014543-21,  
014817-21, 014853-21,  
015977-21, 016867-21,  
000768-22

**Type d'inspection :**

Inspection dans le  
cadre du Système de  
rapport d'incidents  
critiques

**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**

JOELLE TAILLEFER (211), JULIENNE NGONLOGA (502)

**Résumé de l'inspection modifié**

**Le rapport public a été modifié, car des erreurs de grammaire figurant dans le rapport ont été relevées et corrigées.**

**Émis le 8 février 2022 (M1)**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**

**Rapport original signé par l'inspectrice.**

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

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

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

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

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

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

## Copie du rapport public modifiée

Date du rapport :	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
8 février 2022	2021_831211_0021 (M1)	N° de registre : 009505-21, 009661-21 011043-21, 014105-21 014213-21, 014543-21 014817-21, 014853-21 015977-21, 016867-21 000768-22	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

### 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

JOELLE TAILLEFER (211), JULIENNE NGONLOGA (502)

## Résumé de l'inspection

**Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.**

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16 et 20 décembre 2021, et 21 janvier 2021 (sur place), et les 17, 21, 22 et 23 décembre 2021, et les 5, 6, 7, 11 et 12 janvier 2022 (hors site).**

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

- le registre n° 000768-22 concernant une hospitalisation et un changement d'état de santé,**
- les registres n° 014543-21 et n° 014817-21 concernant un incident lié à des médicaments et une réaction indésirable à un médicament avec un changement important dans l'état de santé de la personne résidente.**
- le registre n° 014105-21 concernant d'une part une allégation de négligence de personnes résidentes de la part du personnel et d'autre part l'administration de médicaments,**
- le registre n° 015977-21 concernant la prévention et le contrôle des infections,**
- - le registre n° 016867-21 concernant une blessure de cause inconnue,**
- - le registre n° 011043-21 concernant une chute avec blessure,**
- -les registres n° 014105-21, n° 014543-21 et n° 014817-21 concernant l'administration de médicaments,**
- les registres n° 009505-21, n° 009661-21 et n° 014213-21 concernant une chute avec blessure (groupés).**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : la vice-présidente ou le vice-président des soins et programmes résidentiels et communautaires, Soins continus Bruyère, des directrices ou directeurs des soins infirmiers (DSI), l'administratrice associée ou l'administrateur associé, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien (IP), plusieurs infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), des infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), une diététiste agréée ou un diététiste agréé, une pharmacienne ou un pharmacien de *MediSystem Pharmacy*, des aides ménagères ou aides ménagers, une ou un aide à l'entretien, la ou le physiothérapeute, des personnes préposées aux services de soutien des unités, du personnel de dépistage actif, des membres de plusieurs familles de personnes résidentes, et des personnes résidentes.**

L'inspectrice a également examiné les dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, y compris les documents électroniques de l'interface Point of Care (POC), elle a examiné plusieurs politiques du titulaire de permis : politique GESTION DES RISQUES n° 04 SLD intitulée « Gestion des incidents critiques : Résidents, Soins de longue durée »; politique MÉDICATION n° 06-02 SLD intitulée *Medication in Long-Term Care: Transcription, Order verification, Receipt of* (médication dans les soins de longue durée : transcription, vérification et réception des ordonnances); politique MÉDICATION n° 19 intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication); politique GESTION DES RISQUES n° 03 intitulée *Incidents, Non-Critical: Patients, Residents, Visitors* (incidents non critiques : patients, résidents, visiteurs). L'inspectrice a également examiné un résumé de réunion avec un membre du personnel, des courriels envoyés par un membre d'une famille concernant l'équipement de protection individuelle, une lettre envoyée par le titulaire de permis à un membre d'une famille, un courriel envoyé par le titulaire de permis aux personnes résidentes, à des membres de familles et à des proches concernant une éclosion suspectée de la COVID-19, un courriel envoyé par l'administratrice adjointe ou l'administrateur adjoint concernant une formation obligatoire en prévention et contrôle des infections (PCI), et l'inspectrice a observé la prestation des soins aux personnes résidentes,

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

**Prévention des chutes**

**Hospitalisation et changement de l'état pathologique**

**Prévention et contrôle des infections**

**Médicaments**

**Douleur**

**Rapports et plaintes**

**Soins de la peau et des plaies**

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

**9 AE**

**7 PRV**

**1 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. 114.**

### **Systeme de gestion des médicaments**

**En particulier concernant ce qui suit :**

**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).**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques écrites relatives à l'administration des médicaments fussent mises en œuvre conformément aux pratiques couramment admises pour trois personnes résidentes.

Trois personnes résidentes avaient des médicaments qui devaient être administrés par un membre du personnel infirmier autorisé.

La politique du titulaire de permis intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication) indiquait que la patiente ou le patient prend les médicaments en présence d'un membre d'une profession de la santé réglementée et que les membres d'une profession de la santé réglementée consignent tous les médicaments administrés sur le registre d'administration des médicaments (RAM) ou sur la feuille de soins immédiatement après l'administration.

Plus précisément, un membre du personnel infirmier autorisé n'a pas respecté la politique et la marche à suivre du titulaire de permis intitulées *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication) pour consigner dans le RAM des personnes résidentes les médicaments après leur administration.

Un examen du résumé d'une réunion indiquait qu'un membre du personnel infirmier autorisé avait apposé sa signature pour indiquer que plusieurs médicaments de trois personnes résidentes avaient été administrés, mais qu'une autre ou un autre membre du personnel infirmier autorisé travaillant pendant un autre poste de travail les avait trouvés dans le chariot à médicaments, dans leur emballage, et qu'ils n'avaient pas été administrés. Le résumé de la réunion indiquait ce qui suit pour les personnes résidentes suivantes :

1- Le registre d'administration des médicaments (RAM) d'une personne résidente indiquait, à une date de 2021, que l'on avait apposé une signature pour confirmer que les médicaments de la personne résidente avaient été administrés, mais on avait trouvé dans leur emballage plusieurs médicaments prescrits pour être administrés à trois heures différentes, non administrés.

2- Le registre d'administration des médicaments (RAM) d'une deuxième personne résidente indiquait, à deux dates de 2021, que l'on avait apposé une signature pour confirmer que les médicaments de la personne résidente avaient été administrés, mais on avait trouvé dans leur emballage plusieurs médicaments prescrits pour être administrés à une certaine heure, non administrés.

3- Le registre d'administration des médicaments (RAM) d'une troisième personne résidente indiquait, à une date de 2021, que l'on avait apposé une signature pour confirmer que les médicaments de la personne résidente avaient été administrés, mais on avait trouvé dans leur emballage plusieurs médicaments prescrits pour être administrés à une certaine heure, non administrés. De plus, le RAM de la personne résidente indiquait que l'on devait prendre ses signes vitaux avant d'administrer un médicament. Le médicament prescrit tous les jours ne devait pas être administré si la pression artérielle systolique (PAS) était inférieure à une certaine valeur. La pression

**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***

artérielle de la personne résidente consignée dans son RAM indiquait qu'elle avait été mesurée à deux heures différentes, et que le médicament devait être administré conformément à l'ordonnance. Le membre du personnel infirmier autorisé avait mentionné le médicament comme étant administré à la date en question, mais un autre membre du personnel infirmier autorisé l'avait trouvé dans le chariot à médicaments pendant un autre poste de travail. En outre, il y avait eu un autre incident lié à des médicaments à une autre date de 2021, quand on avait laissé les médicaments de la personne résidente au chevet de son lit. Une ou un DSI a déclaré qu'un autre membre du personnel infirmier autorisé avait trouvé au chevet de la personne résidente pendant le poste de travail suivant plusieurs médicaments entiers. Les médicaments n'avaient pas été administrés comme prescrit à cette date de 2021 par un membre du personnel infirmier autorisé pendant un poste de travail.

La ou le DSI a déclaré que le membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas administré les médicaments à trois personnes résidentes comme on l'indiquait dans la politique du titulaire de permis intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication).

Ainsi, il y avait un risque réel pour les trois personnes résidentes lorsque leurs médicaments n'avaient pas été administrés comme prescrit, ce qui pouvait prédisposer ces personnes résidentes à subir une aggravation de leurs problèmes médicaux. En outre, il y avait également un risque réel lorsque les médicaments d'une personne résidente avaient été laissés à son chevet à une date de 2021.

Sources : Dossiers médicaux des personnes résidentes, politique du titulaire de permis intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication) et entretiens avec plusieurs membres du personnel infirmier autorisé et une ou un DSI. [Disposition 114. (3) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique et la marche à suivre écrites relatives à l'administration des médicaments et à la transcription des ordonnances fussent mises en œuvre conformément aux pratiques couramment admises pour une personne résidente.

Un examen des dossiers médicaux d'une personne résidente indiquait que l'on savait qu'elle avait un état de santé peu stable. Les dossiers médicaux de la personne résidente révélaient que l'on n'avait pas consigné un contrôle du test d'un certain taux à une heure déterminée lors de deux dates.

**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 mentions dans les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient que l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) avait ordonné un contrôle du test d'un certain taux à une heure précise pendant une (1) semaine. Le lendemain, l'IP avait documenté dans les notes d'évolution de la personne résidente que l'on n'avait pas vérifié ni consigné le contrôle du test du taux à l'heure déterminée. Ce jour-là, l'IP avait ordonné de contrôler le test du taux à une heure déterminée de façon continue afin de prévenir un état pathologique. Cinq jours plus tard, l'IP avait ordonné de cesser d'appliquer une ordonnance médicale liée au contrôle du test du taux à l'heure déterminée. Le lendemain, l'IP avait documenté dans les notes d'évolution de la personne résidente que l'on n'avait pas effectué le contrôle du test du taux à l'heure déterminée conformément à l'ordonnance et que le contrôle du test était toujours en vigueur. On avait seulement cessé d'exécuter l'ordonnance médicale à cette heure déterminée.

Un examen des feuilles d'ordonnance informatisées *Physician's DigiOrder* (DigiOrder du médecin) de la personne résidente révélait que les membres du personnel n'avaient pas respecté la politique et la marche à suivre du titulaire de permis intitulées : *Medication in Long-Term Care: Transcription, Order verification, Receipt of* (médication dans les soins de longue durée : transcription, vérification et réception des ordonnances) comme suit :

- quand l'infirmière ou l'infirmier qui transcrit l'ordonnance dans le registre électronique d'administration des médicaments « RAME » n'a pas apposé ses initiales dans la case *1st check* (1<sup>ère</sup> vérification) de la feuille d'ordonnance informatisée *Physician's DigiOrder* (DigiOrder du médecin) à deux dates de 2021,
- quand une autre infirmière ou un autre infirmier n'a pas apposé ses initiales dans la case *2nd check* (2<sup>e</sup> vérification) en indiquant que l'ordonnance, transcrite à partir de la feuille d'ordonnance informatisée *Physician's DigiOrder* (DigiOrder du médecin) dans le RAME par la pharmacie ou par une autre infirmière ou un autre infirmier, avait été vérifiée pour quatre ordonnances en 2021.

Une ou un DSI déclaré que l'infirmière ou l'infirmier qui transcrit une ordonnance doit apposer ses initiales dans la case *1st check* (1<sup>ère</sup> vérification), et une deuxième infirmière ou un deuxième infirmier qui a vérifié l'ordonnance transcrite doit apposer ses initiales dans la case *2nd check* (2<sup>e</sup> vérification) de la feuille d'ordonnance informatisée *Physician's DigiOrder* (DigiOrder du médecin).

Ainsi, étant donné que l'on n'a pas mis en œuvre le processus pour transcrire et vérifier une ordonnance dans les feuilles d'ordonnance informatisée *Physician's DigiOrder* (DigiOrder du médecin) comme on l'indiquait dans la politique et dans la marche à suivre du titulaire de permis, il y avait un risque de préjudice pour la personne résidente quand le contrôle du test de son taux n'avait pas été vérifié par un membre du personnel infirmier autorisé à une heure précise lors de deux dates en 2021.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretien avec une ou un DSI. [Disposition 114. 3) a)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques écrites relatives à l'administration des médicaments fussent mises en œuvre pour une personne résidente, conformément aux pratiques couramment admises.

À une date de 2021, on a observé une personne résidente qui tenait un contenant avec un médicament. Un membre du personnel a confirmé que la personne résidente avait le médicament.

L'ordonnance du médecin de la personne résidente indiquait que le médicament était prescrit au besoin, et que la personne résidente pouvait avoir le médicament plusieurs fois par jour.

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Medication in Long-Term Care: Transcription, Order verification, Receipt of* (médication dans les soins de longue durée : transcription, vérification et réception des ordonnances), indiquait que le membre d'une profession de la santé réglementée consigne, dans le RAME ou sur une feuille de soins, tous les médicaments qu'il ou elle a administrés immédiatement après l'administration, en documentant les effets de tous les médicaments à prendre au besoin.

Un examen du RAME et des notes d'évolution pour la date déterminée n'indiquait pas que le médicament avait été administré, et les effets du médicament susmentionné n'étaient pas consignés.

La personne résidente a confirmé qu'elle recevait le médicament le matin et l'après-midi. Elle en obtenait également un dans la soirée et au coucher.

Le membre du personnel a déclaré qu'il ou elle aurait dû signer le RAME avant de donner le médicament à la personne résidente.

Sources : Observation directe de la personne résidente. Ordonnance du médecin, RAME, notes d'évolution, entretiens avec la personne résidente et un membre du personnel. [Disposition 114. 3) a)]

**Autres mesures requises :**

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

***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 la politique et la marche à suivre écrites relatives au traitement des médicaments et à la transcription des ordonnances soient mises en œuvre conformément aux pratiques couramment admises. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 5.**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents. 2007, chap. 8, art. 5**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer fût un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes lorsqu'un membre du personnel n'a pas porté correctement l'équipement de protection individuelle (EPI).

À une date de 2021, la vice-présidente ou le vice-président des soins et des programmes résidentiels et communautaires a répondu à un courriel envoyé par un membre de la famille d'une personne résidente qui avait remarqué qu'un membre du personnel infirmier autorisé ne portait pas d'écran facial et ne portait pas correctement son masque facial. Le courriel indiquait que le membre du personnel infirmier autorisé portait les masques complètement baissés sous le menton.

À la date de l'incident, la Directive n° 3 du médecin hygiéniste en chef (MHC) était toujours en vigueur et indiquait ce qui suit :

Port du masque universel. Tous les membres du personnel et tous les visiteurs doivent toujours respecter le port du masque universel et doivent porter un masque médical pendant toute la durée de leur quart de travail ou de leur visite. Les exigences suivantes s'appliquent, qu'il y ait une éclosion ou non dans le FSLD.

Protection oculaire. Tous les membres du personnel et les visiteurs essentiels sont tenus de porter une protection oculaire appropriée (p. ex., des lunettes ou un écran facial) lorsqu'ils sont à une distance de moins de deux mètres pour prodiguer des soins directs ou lorsqu'ils interagissent avec une ou plusieurs personnes résidentes dans une aire intérieure du foyer.

La ou le DSI et le membre du personnel infirmier autorisé ont reconnu que l'écran facial et les masques n'étaient pas correctement portés à une date de 2021.

Ainsi, les personnes résidentes ont été exposées à un risque de transmission de l'infection quand le membre du personnel ne portait pas correctement l'EPI.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente. Entretiens avec la ou le DSI et le membre du personnel infirmier autorisé. [Article 5]

### ***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 le foyer était un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins**  
**En particulier concernant ce qui suit :**

**Par. 6. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :**

- 1- La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 2- Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 3- L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**

**Par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :**

- 1. un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- 2. les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; ou 2007, chap. 8, par. 6 (10)**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les éléments suivants fussent documentés :

- a) La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.
- b) Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.
- c) L'efficacité du programme de soins.

Un examen des dossiers médicaux d'une personne résidente indiquait que l'on savait qu'elle avait un état de santé peu stable.

L'interface Point of Care (POC) de la personne résidente, à la rubrique *Nutrition-Snack* (nutrition-collation) à une date de 2021, indiquait qu'un membre du personnel n'avait pas consigné les collations fournies à la personne résidente à 10 h 30.

Environ quatre mois plus tard, les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'elle avait commencé de refuser d'ingérer des aliments et des liquides malgré les offres de nourriture. L'interface Point of Care (POC) de la personne résidente à la rubrique *Nutrition-Snack* (nutrition-collation) pour deux dates à 10 h 30 et à 14 h 30, et pour une autre date à 14 h 30, indiquait qu'un membre du personnel n'avait pas consigné la quantité de collations consommée ou si les collations avaient été refusées. L'interface Point of Care (POC) de la personne résidente à une date à 12 h 30 indiquait qu'un membre du personnel n'avait pas consigné la quantité d'aliments du déjeuner consommée ou si le déjeuner avait été refusé.

Les membres du personnel et une ou un DSI ont déclaré que la consommation des collations et des repas aurait dû être consignée par un membre du personnel.

Ainsi, étant donné que la consommation de plusieurs collations et d'un déjeuner n'était pas consignée, la gestion du traitement des soins de santé de la personne résidente comportait un risque éventuel.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec deux membres du personnel et une ou un DSI. [Disposition 6. (9)].

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fût réévaluée et à ce que son programme de soins réexaminé et révisé lorsqu'elle a eu une blessure.

Les notes d'évolution indiquaient que l'on avait diagnostiqué que la personne résidente avait une blessure et qu'elle avait nécessité par la suite une intervention. L'évaluation de la ou du physiothérapeute indiquait que la personne résidente n'était pas capable de supporter son poids avant et après l'intervention.

Le programme de soins écrit de la personne résidente avant et après l'intervention, indiquait qu'elle était continente pour l'intestin et la vessie et qu'elle nécessitait un appareil particulier pour les transferts avec l'assistance de deux (2) personnes.

À une certaine date, la personne résidente avait demandé de l'assistance pour l'élimination. Un membre du personnel l'avait transférée à la toilette sans assistance.

Le membre du personnel a indiqué que l'état de santé de la personne résidente s'était amélioré, et qu'elle était capable d'utiliser la toilette pour ses besoins en matière de continence avec l'assistance d'une personne en utilisant une autre technique de transfert.

Trois autres membres du personnel ont indiqué que quand la personne résidente demande de l'assistance pour l'élimination, ils ou elles la transfèrent à l'aide d'un dispositif de transfert particulier pour lui fournir au lit des soins liés à l'incontinence.

Un autre membre du personnel a indiqué que la personne résidente était continente et qu'on l'assistait au lit quand elle avait un besoin impérieux d'aller à la selle ou d'uriner, mais que les besoins de la personne résidente en soins liés à l'incontinence devraient être réévalués s'ils avaient changé.

En ne réévaluant pas les besoins en soins liés à l'incontinence de la personne résidente, on n'avait pas encouragé son désir d'utiliser la toilette et de rester continente.

Sources : Observation directe, programme de soins écrit et notes d'évolution de la personne résidente, entretiens avec du personnel. [Disposition 6. (10) 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 d'une part à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la personne résidente est réévaluée et son programme de soins réexaminé et révisé à tout autre moment lorsque les besoins en soins de la personne résidente évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires, et d'autre part à veiller à ce que les éléments suivants soient documentés :***

- 1. la fourniture des soins prévus dans le programme de soins,***
- 2. les résultats des soins prévus dans le programme de soins,***
- 3. l'efficacité du programme de soins.***

***Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : 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 ce qui suit :**

**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 :**

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

**Constatations :**

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique relative au système de gestion des médicaments fût respectée quand on a découvert à une date de 2021 un incident lié à des médicaments pour une personne résidente.**

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*

Le Règl. de l'Ont. 79/10, paragraphe 114 (3) exige que les politiques et protocoles écrits du titulaire de permis doivent être 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.

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis intitulée *Incident, Non-Critical Patients, Residents, Visitors*, ((incidents non critiques : patients, résidents, visiteurs), qui indiquait à la rubrique *Reporting and Documentation* (obligation de faire rapport et consignation) :

- Le professionnel de la santé approprié consigne dans le dossier de la patiente ou du patient les faits en rapport avec l'incident, notamment des informations comme la nature de l'incident, les interventions et les personnes avisées.
- Le professionnel de la santé approprié remplit le rapport en ligne du *Risk Incident Management System* (RIMS) (système de gestion des incidents et des risques) au cours du même poste de travail.
- La ou le responsable, la directrice ou le directeur des soins infirmiers ou bien sa déléguée ou son délégué :
  - a) examine le rapport du RIMS dans les 24 heures,
  - b) entreprend une enquête dans les 48 heures suivant l'incident, assure un suivi au besoin, veille à ce que le médecin ait été informé de l'incident concernant la patiente ou le patient, et change l'état d'avancement du rapport du RIMS en indiquant « enquête en cours »,
  - c) termine l'enquête dans les 10 jours suivant l'incident et change l'état d'avancement du rapport du RIMS en indiquant « dossier fermé ».

Un examen du registre d'administration des médicaments (RAM) de la personne résidente indiquait qu'un membre du personnel infirmier autorisé avait apposé sa signature pour attester que plusieurs médicaments prescrits avaient été administrés à une certaine date de 2021.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré qu'une personne identifiée avait trouvé au chevet du lit de la personne résidente plusieurs médicaments provenant d'un poste de travail précédent. Les médicaments avaient été remis à une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé pendant ce poste de travail. L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé a déclaré que les médicaments découverts à la date déterminée avaient été placés dans une enveloppe dans le bureau de la ou du DSI six jours plus tard.

La ou le DSI confirmé que l'on aurait dû faire rapport de l'incident lié aux médicaments et remplir immédiatement par écrit un rapport dans le *Risk Incident Management System* (RIMS) (système de gestion des incidents et des risques) quand on avait découvert les médicaments au chevet de la personne résidente à la date déterminée de 2021, conformément à la politique intitulée *Incidents, Non-Critical : Patients, Residents, Visitors* (incidents non critiques : patients, résidents, visiteurs). La ou le DSI a déclaré que le rapport du RIMS avait été rempli sept (7) jours plus tard, que l'on informait l'IA quand on découvrait tout incident lié à des médicaments, et que l'on devait remplir un rapport du RIMS au cours du même poste de travail.

Ainsi, il y avait un risque réel pour les personnes résidentes lorsque les mesures définies ci-dessus dans la politique du titulaire de permis intitulée *Incidents, Non-Critical : Patients, Residents, Visitors* (incidents non critiques : patients, résidents, visiteurs) n'avaient pas été respectées quand on avait découvert que les médicaments de la personne résidente n'avaient pas été administrés à une date déterminée de 2021. Par la suite, on avait découvert six jours plus tard d'autres médicaments pour plusieurs personnes résidentes qui n'avaient pas été administrés par le membre du personnel infirmier autorisé.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec plusieurs membres du personnel infirmier autorisé et avec une ou un DSI. [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 lorsque la Loi ou ce règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique et une marche à suivre, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que la politique et la procédure soient respectées. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 5 : 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 les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

Les notes d'évolution indiquaient que l'on avait diagnostiqué qu'une personne résidente avait une blessure et qu'elle avait nécessité par la suite une intervention.

Le programme de soins de la personne résidente et le pictogramme au-dessus de son lit indiquaient que la personne résidente nécessitait l'utilisation d'un dispositif déterminé avec l'assistance de deux personnes pour tous les transferts.

À une certaine date 2021, la personne résidente avait demandé de l'aide pour l'élimination. Un membre du personnel a transféré la personne résidente à la toilette sans l'assistance d'autre membre du personnel.

Le membre du personnel a déclaré que la personne résidente nécessitait un transfert à deux personnes du lit au fauteuil roulant, et l'aide d'une personne pour le transfert du fauteuil roulant à la toilette, parce que l'amplitude de ses mouvements (ADM) s'était améliorée depuis l'intervention. Le membre du personnel a indiqué avoir été capable de transférer la personne résidente à la toilette en utilisant une technique de transfert en pivot à l'aide d'une personne.

La ou le physiothérapeute a déclaré que la personne résidente nécessitait l'assistance de deux personnes pour tous les transferts. La ou le physiothérapeute n'avait pas reçu d'aiguillage pour évaluer les besoins de la personne résidente en matière de transfert.

Le membre du personnel a utilisé une méthode de transfert qui n'était pas approuvée par la ou le physiothérapeute, ce qui a fait courir à la personne résidente le risque de subir une autre blessure.

Sources : Observation directe, notes d'évolution et programme de soins d'une personne résidente, évaluation de la ou du physiothérapeute, pictogramme, entretiens avec le personnel. [Article 36]

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

**En particulier concernant ce qui suit :**

**Par. 131. (5) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (5).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne s'administre elle-même un médicament à moins que son administration n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec la personne résidente.

On a observé une personne résidente qui tenait un contenant avec un médicament tout en marchant de façon autonome dans sa chambre après un service de repas.

L'inspectrice 502 a porté ce fait à l'attention d'un membre du personnel. La ou le membre du personnel a confirmé que la personne résidente avait le médicament.

L'ordonnance de la ou du médecin de la personne résidente indiquait d'administrer le médicament au besoin, et que la personne résidente pouvait en avoir plusieurs fois par jour, mais le dossier n'indiquait pas que la personne résidente pouvait s'administrer le médicament prescrit par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Medication in Long-Term Care : Transcription, Order verification, Receipt of* (médication dans les soins de longue durée : transcription, vérification et réception des ordonnances), stipulait que « la patiente ou le patient prend le médicament en présence du membre d'une profession de la santé réglementée, sauf si elle est inscrite ou s'il est inscrit à un programme d'automédication, ou s'il y a au dossier une ordonnance de médecin autorisant la patiente ou le patient à garder un ou des médicaments à son chevet pour se l'administrer ».

La personne résidente a déclaré que le membre du personnel lui avait donné le médicament après le repas pour l'apporter dans sa chambre, afin qu'elle puisse se l'administrer quand elle en avait besoin.

Le membre du personnel a reconnu avoir donné un comprimé du médicament à la personne résidente après son repas pour se l'administrer, car la personne résidente avait des capacités cognitives et était capable de s'administrer elle-même le médicament.

Un autre membre du personnel a confirmé que la personne résidente n'avait pas d'ordonnance du médecin pour s'administrer le médicament susmentionné.

Le membre du personnel n'a pas observé la personne résidente prendre le médicament, qui aurait donc pu être pris par une autre personne résidente.

Sources : Observation directe de la personne résidente. Ordonnance du médecin, RAME, politique du titulaire de permis. Entretiens avec la personne résidente et deux membres du personnel. [Paragraphe 131. (5)]

### ***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 aucune personne résidente ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec la personne résidente. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10,  
art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections**

**En particulier concernant ce qui suit :**

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participât à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections pour ce qui concerne le programme d'hygiène des mains, conformément au programme d'hygiène des mains de l'Ontario fondé sur des données probantes, « Programme Lavez-vous les mains (LVLM) ».

Lors d'un service de repas dans une unité déterminée, l'inspectrice a observé deux personnes résidentes que le personnel assistait pour entrer dans la salle à manger et à qui l'on avait servi un déjeuner sans pratiquer l'hygiène des mains. Une autre personne résidente s'était rendue de façon autonome dans la salle à manger et on lui avait servi un déjeuner sans pratiquer l'hygiène des mains.

Deux membres du personnel ont indiqué avoir aidé à transporter les personnes résidentes de leur chambre à la salle à manger. Les membres du personnel ont indiqué ne pas être responsables de l'hygiène des mains des personnes résidentes, et ne pas avoir observé qu'elles pratiquaient une quelconque forme d'hygiène des mains avant qu'on leur serve leur repas.

Un autre membre du personnel a déclaré ne pas avoir aidé les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains. Il a indiqué en outre qu'un flacon de désinfectant pour les mains « Purell » qui était placé sur les tables de salle à manger pour l'hygiène des mains des personnes résidentes avait été enlevé pour leur sécurité.

Un autre membre du personnel a déclaré ne pas avoir aidé une personne résidente à pratiquer l'hygiène des mains, car celle-ci était capable de le faire sans l'aide du personnel et que des désinfectants pour les mains à base d'alcool étaient facilement accessibles dans les couloirs et dans la salle à manger.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 211, une personne résidente a confirmé qu'elle n'avait pas pratiqué l'hygiène des mains, que le personnel ne l'avait pas aidée et ne lui avait pas rappelé de pratiquer l'hygiène des mains.

Ainsi, il y avait un risque éventuel que les personnes résidentes fussent touchées par une contamination croisée si leurs mains n'étaient pas propres.

Sources : Observations directes : pour trois personnes résidentes, trois membres du personnel. Examen du programme d'hygiène des mains conformément au programme d'hygiène des mains de l'Ontario fondé sur des données probantes « Programme Lavez-vous les mains (LVLM) », et entretiens avec une personne résidente et du personnel. [Paragraphe 229. (4)]

#### ***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 tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50.  
Soins de la peau et des plaies**

**En particulier concernant ce qui suit :**

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

- b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :**
- se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,**
  - reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,**
  - est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et**

**toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation est mise en œuvre,**

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

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique ait été évaluée par une diététiste agréée ou un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer, et à ce que toute modification apportée à son programme de soins concernant l'alimentation et l'hydratation fût mise en œuvre.

À une date de 2021, on a remarqué une lésion cutanée à un endroit du corps d'une personne résidente et une autre altération de l'intégrité épidermique à un autre endroit du corps.

Les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait eu une altération de l'intégrité épidermique à deux différents endroits du corps il y a quatre mois. Trois mois plus tard, le personnel avait remarqué une lésion cutanée à un autre endroit du corps de la personne résidente. Un mois plus tard, plus tard, le personnel avait remarqué une lésion cutanée à un autre endroit du corps de la personne résidente, et une autre altération de l'intégrité épidermique à un autre endroit du corps. Quatre jours plus tard, un membre du personnel infirmier autorisé avait remarqué une autre lésion de la peau à un endroit du corps différent et une lésion de la peau à un autre endroit du corps.

Le dossier d'évaluation de la peau n'indiquait pas que la diététiste agréée ou le diététiste agréé du foyer avait effectué une évaluation de la peau pour les lésions de la peau susmentionnées.

Un membre du personnel a déclaré que le processus actuel exige que le personnel infirmier effectue un aiguillage relatif à la nutrition pour une plaie et non pas pour d'autres problèmes d'altération de l'intégrité épidermique. Le membre du personnel a confirmé ne pas avoir effectué d'évaluation de la peau pour les problèmes d'altération de l'intégrité de la peau identifiés. [Disposition 50. (2) b)(iii)]

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10,  
art. 52. Gestion de la douleur****En particulier concernant ce qui suit :****Par. 52. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (2).****Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente, lorsque sa douleur n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales, fût évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Un membre du personnel infirmier autorisé a documenté à une certaine date de 2021 que la personne résidente avait dit au personnel qu'elle avait une forte douleur à un endroit de son corps. L'IAA avait massé la zone affectée et administré un analgésique. Il y avait eu un soulagement temporaire de la douleur.

Le lendemain, un membre du personnel infirmier autorisé avait mentionné que la personne résidente était incapable de se tenir debout pendant les soins. La personne résidente semblait ressentir un grand inconfort et montrait du doigt l'endroit de son corps. La personne résidente avait fait état d'une forte douleur quand le membre du personnel avait essayé de faire bouger un endroit de son corps. La ou le physiothérapeute avait documenté que la personne résidente était incapable de supporter son poids. Le membre du personnel avait avisé le médecin qui lui avait demandé de transférer la personne résidente à l'hôpital. Le lendemain, on avait diagnostiqué que la personne résidente avait une blessure.

Le dossier d'évaluation de la douleur n'indiquait pas que l'on avait effectué une évaluation de la douleur quand la douleur initiale avait empiré lors du poste de travail suivant.

La ou le VP, en consultation avec une ou un DSI, a indiqué par courriel que l'évaluation de la douleur n'avait pas été effectuée, car les premières interventions avaient soulagé la douleur. Cette affirmation ne corrobore pas le fait que la douleur de la personne résidente avait empiré pendant le poste de travail du lendemain et qu'elle avait été transférée à l'hôpital en raison de la même douleur.

Source : notes d'évolution de la personne résidente, dossier d'évaluation de la douleur, courriel de la vice-présidente ou du vice-président et entretiens avec du personnel. [Paragraphe 52. (2)]

---

**Émis le 9 février 2022.**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**

**Rapport original signé par l'inspectrice.**

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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 Operations  
Division Long-Term Care  
Inspections Branch**

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

**Copie du rapport public**

---

**Nom de l'inspectrice (n°) :** JOELLE TAILLEFER (211), JULIENNE NGONLOGA (502)

**N° de l'inspection :** 2021\_831211\_0021

**N° de registre :** 009505-21, 009661-21, 011043-21, 014105-21,  
014213-21, 014543-21, 014817-21, 014853-21,  
015977-21, 016867-21, 000768-22

**Type d'inspection :** Inspection dans le cadre du Système de rapport  
d'incidents critiques

**Date du rapport :** 8 février 2020

**Titulaire de permis :** Soins continus Bruyère inc.  
43, rue Bruyère, Ottawa ON K1N 5C8

**Foyer de SLD :** Résidence Saint-Louis  
879, chemin Parc Hiawatha, Ottawa ON K1C 2Z6

**Nom de l'administratrice  
ou de l'administrateur :** Melissa Donskov

---

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

Aux termes du présent document, Soins continus Bruyère inc. est tenu de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

---

**Ordre n° :** 001      **Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1) a)

**Aux termes du :**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114. (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

(i) 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;

(ii) 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).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit se conformer au Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 114 (3) a) et il doit :

a) veiller à ce que tout le personnel infirmier autorisé du foyer de soins de longue durée (SLD) suive une remise à niveau sur les politiques du titulaire de permis relatives à la consignation de l'administration des médicaments.

b) effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre (4) semaines consécutives pour évaluer le respect des politiques et des protocoles écrits du titulaire de permis concernant la consignation de l'administration des médicaments.

c) documenter, mettre en œuvre et réévaluer des mesures correctrices pour remédier à toute lacune détectée tout en veillant à intégrer les enseignements tirés aux processus d'amélioration de la qualité.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques écrites relatives à l'administration des médicaments fussent mises en œuvre conformément aux pratiques couramment admises pour trois personnes résidentes

Trois personnes résidentes avaient des médicaments qui devaient être administrés par un membre du personnel infirmier autorisé.

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

La politique du titulaire de permis intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication) indiquait que la patiente ou le patient prend les médicaments en présence d'un membre d'une profession de la santé réglementée et que les membres d'une profession de la santé réglementée consignent tous les médicaments administrés sur le registre d'administration des médicaments (RAM) ou sur la feuille de soins immédiatement après l'administration.

Plus précisément, un membre du personnel infirmier autorisé n'a pas respecté la politique et la marche à suivre du titulaire de permis intitulées *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication) pour consigner dans le RAM des personnes résidentes les médicaments après leur administration.

Un examen du résumé d'une réunion indiquait qu'un membre du personnel infirmier autorisé avait apposé sa signature pour indiquer que plusieurs médicaments de trois personnes résidentes avaient été administrés, mais qu'une autre ou un autre membre du personnel infirmier autorisé travaillant pendant un autre poste de travail les avait trouvés dans le chariot à médicaments, dans leur emballage, et qu'ils n'avaient pas été administrés. Le résumé de la réunion indiquait ce qui suit pour les personnes résidentes suivantes :

1- Le registre d'administration des médicaments (RAM) d'une personne résidente indiquait, à une date de 2021, que l'on avait apposé une signature pour confirmer que les médicaments de la personne résidente avaient été administrés, mais on avait trouvé dans leur emballage plusieurs médicaments prescrits pour être administrés à trois heures différentes, non administrés.

2- Le registre d'administration des médicaments (RAM) d'une deuxième personne résidente indiquait, à deux dates de 2021, que l'on avait apposé une signature pour confirmer que les médicaments de la personne résidente avaient été administrés, mais on avait trouvé dans leur emballage plusieurs médicaments prescrits pour être administrés à une certaine heure, non administrés.

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

3- Le registre d'administration des médicaments (RAM) d'une troisième personne résidente indiquait, à une date de 2021, que l'on avait apposé une signature pour confirmer que les médicaments de la personne résidente avaient été administrés, mais on avait trouvé dans leur emballage plusieurs médicaments prescrits pour être administrés à une certaine heure, non administrés. De plus, le RAM de la personne résidente indiquait que l'on devait prendre ses signes vitaux avant d'administrer un médicament. Le médicament prescrit tous les jours ne devait pas être administré si la pression artérielle systolique (PAS) était inférieure à une certaine valeur. La pression artérielle de la personne résidente consignée dans son RAM indiquait qu'elle avait été mesurée à deux heures différentes, et que le médicament devait être administré conformément à l'ordonnance. Le membre du personnel infirmier autorisé avait mentionné le médicament comme étant administré à la date en question, mais un autre membre du personnel infirmier autorisé l'avait trouvé dans le chariot à médicaments pendant un autre poste de travail. En outre, il y avait eu un autre incident lié à des médicaments à une autre date de 2021, quand on avait laissé les médicaments de la personne résidente au chevet de son lit. Une ou un DSI a déclaré qu'un autre membre du personnel infirmier autorisé avait trouvé au chevet de la personne résidente pendant le poste de travail suivant plusieurs médicaments entiers provenant d'un poste de travail. Les médicaments n'avaient pas été administrés comme prescrit à cette date de 2021 par un membre du personnel infirmier autorisé pendant un poste de travail.

La ou le DSI a déclaré que le membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas administré les médicaments à trois personnes résidentes comme on l'indiquait dans la politique du titulaire de permis intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication).

Ainsi, il y avait un risque réel pour les trois personnes résidentes lorsque leurs médicaments n'avaient pas été administrés comme prescrit, ce qui pouvait prédisposer ces personnes résidentes à subir une aggravation de leurs problèmes médicaux. En outre, il y avait également un risque réel lorsque les médicaments d'une personne résidente avaient été laissés à son chevet à une date de 2021.

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

Sources : Dossiers médicaux des personnes résidentes, politique du titulaire de permis intitulée *Safe Medication Practices* (pratiques sécuritaires en matière de médication), et entretiens avec plusieurs membres du personnel infirmier autorisé et une ou un DSI. (211).

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques écrites relatives à l'administration des médicaments fussent mises en œuvre conformément aux pratiques couramment admises pour une personne résidente.

À une date de 2021, on a observé une personne résidente qui tenait un contenant avec un médicament. Un membre du personnel a confirmé que la personne résidente avait le médicament.

L'ordonnance du médecin de la personne résidente indiquait que le médicament était prescrit au besoin, et que la personne résidente pouvait avoir le médicament plusieurs fois par jour.

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Medication in Long-Term Care : Transcription, Order verification, Receipt of* (médication dans les soins de longue durée : transcription, vérification et réception des ordonnances), indiquait que le membre d'une profession de la santé réglementée consigne, dans le RAME ou sur une feuille de soins, tous les médicaments qu'il ou elle a administrés immédiatement après l'administration, en documentant les effets de tous les médicaments à prendre au besoin.

Un examen du RAME et des notes d'évolution pour la date déterminée n'indiquait pas que le médicament avait été administré, et les effets du médicament susmentionné n'étaient pas consignés.

La personne résidente a confirmé qu'elle recevait le médicament le matin et l'après-midi. Elle en obtenait également un dans la soirée et au coucher.

Le membre du personnel a déclaré qu'il ou elle aurait dû apposer sa signature dans le RAME avant de donner le médicament à la personne résidente.

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

Sources : Observation directe de la personne résidente. Ordonnance du médecin, RAME, notes d'évolution, entretiens avec la personne résidente et un membre du personnel.

Un ordre a été émis en tenant compte des éléments suivants :

Gravité : Le RAM de trois (3) personnes résidentes indiquait qu'un membre du personnel infirmier autorisé avait apposé sa signature pour indiquer que plusieurs médicaments avaient été administrés à plusieurs dates sur une période de sept jours en 2021, mais on avait trouvé qu'ils n'avaient pas été administrés, et les médicaments d'une autre personne résidente avaient été administrés, mais un membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas apposé sa signature pour l'indiquer à une certaine date de 2021. En conséquence, deux membres du personnel infirmier autorisé n'avaient pas respecté les politiques du titulaire de permis pour documenter les médicaments administrés dans les RAM des personnes résidentes après que les médicaments eussent été administrés.

Portée : Ce non-respect est très répandu, car il touche quatre (4) personnes résidentes identifiées.

Antécédents de conformité : Il y avait un plan de redressement volontaire (PRV) émis en octobre 2021 en application d'une disposition différente du Règl. de l'Ont. [disposition 8. (1) b)] et en avril 2021 en application du paragraphe 131. (2) du Règl. de l'Ont., tous deux concernant l'administration des médicaments au cours des 36 derniers mois. (502).

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

29 avril 2022

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

**ENSEIGNEMENTS 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 :

- 1- les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- 2- les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- 3- 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 des Soins de longue durée  
438, rue University, 8e étage  
Toronto ON M7A 1N3  
Télécopieur : 416-327-7603

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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)  
Commission d'appel et de révision  
des services de santé  
151, rue Bloor Ouest, 9e étage  
Toronto ON M5S 1S4

Directeur  
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière  
d'appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, rue University, 8e étage  
Toronto ON M7A 1N3  
Télécopieur : 416-327-7603

**Order(s) of the Inspector**

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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 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](http://www.hsarb.on.ca).

**Émis le 8 février 2022.**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :** Joelle Taillefer

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