

Rapport public original

<b>Date de publication du rapport</b>	9 novembre 2022		
<b>Numéro de l'inspection</b>	2022_1508_0002		
<b>Type d'inspection</b>	<input type="checkbox"/> Système de rapport obligatoire d'incidents critiques <input checked="" type="checkbox"/> Plainte <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Suivi d'un ordre du directeur		
<input type="checkbox"/> Inspection proactive	Lancée par le BRS		<input type="checkbox"/> Après emménagement
<input type="checkbox"/> Autre	_____		
<b>Titulaire de permis</b>	Bruyère Continuing Care Inc		
<b>Foyer de soins de longue durée et ville</b>	Résidence St Louis, Ottawa		
<b>Inspecteur principal</b>	Manon Nighbor n° 755		<b>Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Inspecteur(s) supplémentaire(s)</b>	Julienne Ngo Nloga n° 502 Laurie Marshall n° 742466 était présente lors de cette inspection		Manon Nighbor 

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu à la (aux) date(s) suivante(s) : 15-17, 20, 22-24, 27-30 juin et 6-8, 18-22, 25-28 juillet 2022.

Le ou les registres suivants ont été inspectés :

– Registre n° 005483-22 relatif aux transferts, aux chutes, à la gestion de la douleur, aux médicaments, aux soins personnels et aux soins de la peau.

Remarque : Un ordre de conformité relatif au par. 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 identifié lors d'une inspection simultanée n° 2022\_1508\_0001 (n° de journal 009638-22) a été délivré dans le présent rapport.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés au cours de cette inspection :

- Soins de la continence
- Prévention et gestion des chutes
- Gestion des médicaments
- Gestion de la douleur
- Services de soins et de soutien aux résidents
- Traitement de la peau et des plaies et prévention des plaies

**RÉSULTATS DE L'INSPECTION****AVIS ÉCRIT : PLAN DE SOINS****Problème de conformité n° 01 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021****Non-respect de : l'al. 6 (9) 1 de la LRSLD, 2021.**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins liés au bain, aux soins de continence et à la surveillance de la peau, prévue dans le plan de soins de la personne résidente, soit documentée.

**Justification et résumé**

A) Le plan de soins de la personne résidente exigeait qu'elle reçoive de l'aide pour prendre son bain. Sur une période de quatre mois, il y a eu de nombreux incidents où les soins liés au bain fournis n'étaient pas documentés ou si la personne résidente refusait de recevoir son bain.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé qu'elle fournissait son bain à la personne résidente et que celle-ci refusait parfois de prendre son bain. Elle a dit qu'elle avait dû oublier de le documenter. Une deuxième PSSP a déclaré avoir fourni les soins et avoir oublié de les documenter. Une troisième PSSP a indiqué qu'elle se souvenait avoir donné un bain à la personne résidente avec son collègue et qu'elle pensait que son collègue allait documenter.

B) Le plan de soins de la personne résidente indique que celle-ci est incontinente et porte des produits d'incontinence. La personne résidente avait besoin d'aide pour ses soins de continence. Il était également indiqué qu'il fallait changer le produit de soins de continence à des intervalles précis et au besoin en cas de souillure.

Pendant plusieurs quarts de travail sur une période de deux mois, aucun document n'indiquait si les soins de continence avaient été fournis ou refusés.

Selon deux membres du personnel, les soins fournis ou refusés devraient être documentés.

C) La personne résidente a développé une rupture de la peau et une crème de traitement a été prescrite et administrée. Le plan de soins de la personne résidente indiquait que sa peau devait être surveillée à chaque quart de travail.

Il y a eu de nombreux quarts de travail pour lesquels il n'y avait aucune documentation sur la surveillance de la peau de la personne résidente sur une période d'un mois.

Deux membres du personnel ont expliqué que la personne résidente avait eu des lésions cutanées qui avaient guéri, mais qu'il restait un risque de lésions cutanées potentielles. Un membre du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et un membre du personnel infirmier autorisé (IA) ont déclaré qu'il était difficile de fournir des soins à la personne résidente. La personne résidente refusait parfois les soins. Le refus de soins n'a pas été documenté.

Il y avait un risque modéré pour la personne résidente puisque les soins fournis ou refusés n'étaient pas documentés. Il était difficile de surveiller et d'évaluer les soins fournis à la personne résidente et ses réactions aux soins.

**Sources :**

Dossier électronique de soins de santé comprenant le point de service, le plan de soins et les notes d'évolution, les évaluations de la peau et des plaies  
Entrevues avec cinq membres du personnel. [755]

**AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE GESTION DES MÉDICAMENTS****Problème de conformité n° 02 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021****Non-respect de : l'al. 114 (3) a) du Règl. de l'Ont. 79/10 :**

Le titulaire du permis n'a pas respecté la documentation sur l'administration des médicaments de sa politique sur les pratiques sécuritaires en matière de médicaments.

Conformément à l'al. 8 (1) b) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis doit s'assurer que sa politique sur les pratiques sécuritaires en matière de médicaments est respectée.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du foyer sur les pratiques sécuritaires en matière de médicaments (MEDICATION 19) concernant la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un médicament dont la personne résidente avait besoin lui a été prescrit. L'IAA a documenté dans la fiche d'administration des médicaments (FAM) l'administration d'un médicament à la personne résidente, mais ne le lui a pas administré.

La politique du titulaire de permis sur les pratiques sécuritaires en matière de médicaments stipule que le professionnel de la santé réglementé doit documenter tous les médicaments qu'il a administrés dans la FAM ou la feuille de route immédiatement après l'administration, en documentant les effets de tous les médicaments PRN.

Lors d'une entrevue, l'IAA a déclaré qu'elle n'avait pas administré le médicament à la personne résidente puisque celle-ci n'en avait pas besoin. Un autre membre du personnel a confirmé que la vérification des médicaments de cette personne résidente n'avait pas changé. Le médicament documenté n'a pas été administré.

**Sources :**

Entrevue avec deux membres du personnel.  
MEDICATION 19, Politique sur les pratiques sécuritaires en matière de médicament, en vigueur en juillet 2009, révisée en mai 2019, publiée en décembre 2015 et révisée en mai 2021.  
Dossier électronique de soins de santé comprenant les notes d'évolution, le FAM, le formulaire de contrôle des médicaments de la personne résidente. [755]

**AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES****Problème de conformité n° 03 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021****Non-respect de : l'al. 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les lésions cutanées de la personne résidente soient réévaluées au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, selon les indications cliniques.

**Justification et résumé**

Pendant un mois, la personne résidente a eu des problèmes de peau. Un outil d'évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies a été mis en place. L'évaluation de la peau et des plaies a indiqué que la personne résidente avait deux plaies dans des zones précises différentes.

L'IAA a paraphé la FAM en indiquant qu'elle avait rempli un outil d'évaluation de la peau et des plaies, mais elle ne l'a pas fait ce jour-là.

Une autre IAA a confirmé que les outils d'évaluation de la peau et des plaies étaient remplis électroniquement, et elle a montré la liste des évaluations de la peau et des plaies effectuées pendant cette période. Il y a eu une semaine où aucune évaluation de la peau et des plaies n'a été effectuée.

**Sources :**

Entrevue avec deux membres du personnel.  
Dossier de soins de santé électronique comprenant des notes d'évolution, la FAM, des outils d'évaluation de la peau et des plaies. [755]

**ORDRE DE CONFORMITÉ [OC n° #] [ARTICLE DE LA LOI TITRE]**

**Problème de conformité n° 04 Ordre de conformité en vertu de l'al. 154 (1) 2 de la LRSLD, 2021**

Non-respect de : par. 54. (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

**L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de :**

LRSLD, 2021, al. 155 (1) a) faire ou s'abstenir de faire quoi que ce soit pour assurer le respect d'une exigence que prévoit la présente loi.

**Ordre de conformité [par. 155 (1), LRSLD, 2021]**

Le titulaire de permis n'a pas respecté le par. 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis doit :

- A. Former le personnel autorisé qui a travaillé dans une unité particulière pendant une certaine période sur la politique de prévention des chutes, en particulier la procédure après une chute sans témoin.
- B. Documente la formation, en indiquant le contenu de la formation, le membre du personnel qui l'a fournie, la date et le nom des membres du personnel qui y ont participé.
- C. Effectuer deux vérifications (par semaine) sur une période de quatre semaines pour s'assurer que la documentation des évaluations neurologiques après une chute sans témoin est remplie lorsque cela est indiqué.
- D. Documenter les vérifications et les mesures prises sur la base des résultats de la vérification.

**Motifs**

**Non-respect de : par. 54. (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique et sa procédure de prévention des chutes pour la surveillance de deux personnes résidentes.

Conformément à l'al. 11. (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que sa politique et sa procédure sur la prévention des chutes sont respectées.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique et à la procédure de prévention des chutes dans les soins de longue durée du foyer, en ce qui concerne les chutes sans témoins des personnes résidentes et les évaluations neurologiques.

**Justification et résumé**

Conformément à la politique de prévention des chutes du titulaire de permis, une évaluation des signes neurologiques doit être effectuée à la suite d'une chute sans témoin. La politique stipule que l'évaluation neurologique après une chute sans témoin doit être effectuée immédiatement après la chute, 30 minutes après l'évaluation initiale et pendant chaque quart de travail par la suite, pendant 48 heures.

Un examen des notes d'évolution, des réunions après les chutes et des évaluations neurologiques a révélé que plusieurs évaluations neurologiques n'avaient pas été effectuées conformément à la politique et à la procédure de prévention des chutes du foyer pour les chutes sans témoin de deux personnes résidentes.

Pendant une période de trois mois, l'une des personnes résidentes a fait de multiples chutes sans témoin et de nombreuses évaluations neurologiques n'ont pas été effectuées.

Pendant une période d'environ six semaines, une deuxième personne résidente a fait de multiples chutes sans témoin et plusieurs évaluations neurologiques n'ont pas non plus été effectuées.

Deux membres du personnel ont confirmé que les évaluations neurologiques post-chute des personnes résidentes n'étaient pas effectuées selon la fréquence prévue par la politique du titulaire de permis. Le manquement à effectuer les évaluations neurologiques des personnes résidentes pourrait potentiellement mettre ces dernières en danger, puisque le personnel ne serait pas en mesure de surveiller si leur état de santé changeait après une chute.

**Sources :**

Deux membres du personnel.

Politique de prévention des chutes CLIN CARE 33 LTC, publiée en décembre 2015 et révisée en mai 2021. Dossier de soins de santé électronique comprenant des notes d'évolution, des réunions post-chute et des évaluations neurologiques. [755]

**Cet ordre doit être respecté au plus tard le** 23 décembre 2022

**INFORMATIONS SUR LA RÉVISION/L'APPEL****PRENDRE ACTE**

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* la (Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS).

La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit inclure,

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée. Veuillez inclure le numéro du rapport d'inspection et le numéro de commande ou de l'APA;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

**Ministère des Soins de longue durée**  
Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**Bureau régional de services d'Ottawa**  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à :

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage, Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après que le service de messagerie commerciale a reçu le document.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur :

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers  
de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University,  
8<sup>e</sup> étage, Toronto  
(Ontario) M7A 1N3  
Courriel :  
[MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).