

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Rapport public modifié Page couverture (M2)

Date de publication du rapport modifié : 12 juillet 2023

Date de publication du rapport original : 2 mai 2023

Numéro d'inspection : 2023-1011-0003 (M2)

Type d'inspection :

Suivi de plainte

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

Titulaire de permis : 2629693 Ontario Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Sarsfield Colonial Home, Sarsfield

Modifié par

Manon Nighbor (755)

**Signature numérique de l'inspectrice qui a
modifié le rapport**

Manon Nighbor

signé numériquement par Manon Nighbor
Date : 2023.07.13 14:54:42 -04'00'

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour :

tenir compte du fait que dans l'avis de non-conformité n° 007, programmes de soins alimentaires et d'hydratation, le numéro de la personne résidente a été corrigé dans le premier paragraphe, émis dans le rapport du titulaire de permis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1011-0002, daté du 2 mai 2023.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Rapport public modifié (M2)

Date de publication du rapport modifié : 12 juillet 2023	
Date de publication du rapport original : 2 mai 2023	
Numéro d'inspection : 2023-1011-0003 (M2)	
Type d'inspection : Suivi de plainte Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques	
Titulaire de permis : 2629693 Ontario Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Sarsfield Colonial Home, Sarsfield	
Inspectrice principale Manon Nighbor (755)	Autres inspectrices ou inspecteurs Julienne Ngo Nloga (502)
Modifié par Manon Nighbor (755)	Signature numérique de l'inspectrice qui a modifié le rapport Manon Nighbor <small>signé numériquement par Manon Nighbor Date : 2023.07.13 14:55:41 -04'00'</small>

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour :

tenir compte du fait que dans l'avis de non-conformité n° 007, programmes de soins alimentaires et d'hydratation, le numéro de la personne résidente a été corrigé dans le premier paragraphe, émis dans le rapport du titulaire de permis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1011-0002, daté du 2 mai 2023.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes :

Sur place : le 27 janvier, et les 1^{er}, 2, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, et 17 février 2023.

À l'extérieur du foyer : les 30 et 31 janvier, les 3, 10, 22, 27 et 28 février, les 1^{er}, 2, 3, 6 et 8 mars 2023.

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Registre : n° 00019078 — ordre de suivi concernant des portes dans le foyer.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

- Registre : n° 00001066 [IC : 0943-000005-22] rapport dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques concernant le système de chauffage à eau chaude.
- Registres : n°s 00014032 et 00014392 — plaintes concernant ce qui suit : déclaration des droits des résidents, allégations de mauvais traitements d'une personne résidente de la part du personnel, transfert et changement de position.
- Registre : n° 00014353 [IC : 0943-000009-22] rapport dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques concernant des allégations de mauvais traitement d'une personne résidente de la part du personnel.
- Registres : n°s 00014388 et 00018500 — plaintes concernant des allégations de mauvais traitements d'une personne résidente de la part du personnel.
- Registres : n°s 00015813 et 00018500 — plaintes concernant les soins à des personnes résidentes.
- Registre : n° 00020005 — plainte concernant la gestion des médicaments.
- Registres : n°s 00020074 et 00021260 — plaintes concernant des allégations de négligence.

NOTA : un ordre de conformité relatif aux dispositions 76 (1), 76 (2) a) et b), et (3) b) de la LRSLD 2021 a été mentionné lors de cette inspection et a été émis lors d'une inspection simultanée n° 2023-1011-0002 datée du 2 mai 2023.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2022-1011-0001 relatif à l'alinéa 12 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Julienne Ngo Nloga. (502)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Protection des dénonciateurs et représailles
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Non-respect des exigences rectifié

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD 2021

Disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce que ces portes doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé :

Une inspectrice a observé que la porte du local d'entretien était entrebâillée, et qu'il y avait un linge blanc inséré entre le cadre de porte et le mécanisme de la serrure.

Considérant que des membres du personnel étaient visibles et surveillaient les personnes résidentes, et que l'on avait déterminé que les bouteilles que l'on remarquait sur le sol du local d'entretien n'étaient pas dangereuses, les personnes résidentes ne couraient qu'un risque minime.

La porte a été immédiatement fermée, et les bouteilles de produits de nettoyage ont été mises sous clé. Au cours de l'inspection, on a trouvé que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles étaient fermées et verrouillées.

Sources : Observations de l'inspectrice et entretiens avec plusieurs membres du personnel.
[755]

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 9 février 2023

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD 2021

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que fût adopté pour chaque personne résidente un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

1- Justification et résumé :

Le programme de soins d'une personne résidente demandait au personnel d'ajouter un agent humidifiant à son repas en raison d'un état de santé déterminé.

L'observation de la personne résidente pendant le service du petit déjeuner montrait qu'elle toussait et se raclait la gorge après chaque cuillerée d'un certain aliment à texture modifiée.

Un membre du personnel a indiqué que l'aliment à texture modifiée déterminé avait une texture et une humidité adéquates au début du premier service de repas. La personne résidente mangeait au second service qui avait lieu environ 45 minutes depuis le moment où l'on avait placé l'aliment à texture modifié sur la table à vapeur, ce qui faisait que l'aliment se desséchait. Le membre du personnel a indiqué que le personnel infirmier devrait ajouter de la confiture, du lait, du beurre ou de l'eau pour humidifier l'aliment à texture modifiée.

Deux membres du personnel ont déclaré ne pas savoir quel agent humidifiant ajouter à l'aliment à texture modifiée, car la sauce et le jus de viande ne convenaient pas pour ce repas déterminé.

Un autre membre du personnel a indiqué que l'information figurant dans le programme de soins était fournie par la diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) et demandait au personnel d'ajouter un agent humidifiant (comme de la margarine, de la sauce ou du jus de viande). Le membre du personnel a déclaré qu'il fera un suivi auprès de la diététiste agréée ou du diététiste agréé (DA) pour avoir des éclaircissements sur le type d'agent humidifiant à ajouter à chaque aliment.

Parce que l'on n'ajoutait pas d'agent humidifiant à la nourriture à texture modifiée, la personne résidente risquait de s'étouffer pendant le repas.

2- Justification et résumé :

En 2023, une personne résidente a fait une chute pendant son transfert par un membre du personnel. Le membre du personnel a déclaré que les jambes de la personne résidente étaient coincées dans le fauteuil roulant.

Une observation du pictogramme des interventions pour prévenir les chutes, qui était placé au-dessus du lit de la personne résidente, indiquait qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes, et demandait au personnel d'ajouter des repose-pieds lorsque le fauteuil roulant était en mouvement.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Deux membres du personnel ont déclaré qu'on leur avait demandé de mettre les repose-pieds tout le temps lorsque la personne résidente était dans son fauteuil roulant et de basculer celui-ci pour effectuer le transfert de la personne résidente, mais que celle-ci se déplaçait parfois elle-même. Les membres du personnel ne savaient pas avec certitude à quel moment mettre en place les repose-pieds.

Un membre du personnel a indiqué que le besoin de la personne résidente d'avoir un fauteuil roulant avec des repose-pieds avait été réévalué par l'ergothérapeute qui avait fait une recommandation en 2021. Le membre du personnel a indiqué que le programme de soins de la personne résidente ne fournissait pas d'éclaircissements concernant l'utilisation des repose-pieds du fauteuil roulant, et qu'il ne donnait pas les mêmes renseignements que le pictogramme au-dessus du lit de la personne résidente.

Parce que le programme de soins de la personne résidente n'était pas clair pour le personnel, la personne résidente avait été transférée sans repose-pieds et le fauteuil roulant n'était pas basculé, ce qui avait occasionné une blessure.

Sources : Observation, programme de soins, pictogramme et entretiens avec du personnel.
[502]

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD 2021.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : les mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Justification et résumé :

On avait reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant des soupçons de cas allégué de mauvais traitements d'un membre du personnel envers une personne résidente.

Un membre du personnel a déclaré que lorsque la personne résidente lui avait fait part de l'incident allégué, il en avait fait part à ses collègues.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Un autre membre du personnel a déclaré que lorsqu'il avait appris l'incident allégué on lui avait dit de signaler l'incident à la directrice ou au directeur des soins infirmiers. Le membre du personnel a dit qu'il avait signalé l'incident le lendemain à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé. La directrice ou le directeur des soins infirmiers n'était pas au foyer cette semaine-là.

Un autre membre du personnel a déclaré avoir entendu parler de l'incident pour la première fois par des collègues et que lorsque la personne résidente le lui avait dit directement, il n'avait pas signalé l'incident.

La directrice médicale ou le directeur médical qui est le médecin traitant a dit n'avoir appris l'incident qu'une semaine après que la personne résidente l'avait initialement signalé.

L'enquête du titulaire de permis a été entreprise le lendemain du jour où la personne résidente avait signalé l'incident allégué, et on en avait fait rapport au directeur huit jours après que la personne résidente avait initialement signalé l'incident à des membres du personnel.

Ainsi, le titulaire de permis n'avait pas immédiatement fait rapport de l'incident allégué de mauvais traitements.

Sources : Système de rapport d'incidents critiques, rapport d'enquête du foyer et entretiens avec plusieurs membres du personnel.

[755]

AVIS ÉCRIT : Formation complémentaire — personnel chargé des soins directs

Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la disposition 82 (7) 1 de la LRSLD 2021.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les personnes résidentes, une formation en dépistage et prévention des mauvais traitements avant d'assumer leurs responsabilités, et tous les ans par la suite.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

La marche à suivre n° 3 du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence précise que : la formation consistant à fournir au personnel des mécanismes d'adaptation (p. ex., STOP, approche douce et persuasive) est impérative et devrait être offerte à l'embauche et tous les ans pour le personnel chargé des soins directs. La formation du titulaire de permis pour les membres du personnel se déroule dans le cadre d'un apprentissage en ligne offert par la compagnie Surge Learning.

Un membre du personnel a confirmé ne pas avoir reçu de formation en dépistage et prévention des mauvais traitements offerte par le programme d'apprentissage en ligne de la compagnie Surge Learning, et il a déclaré ne pas être au courant qu'il pouvait bénéficier de cette formation.

Trois autres membres du personnel ont déclaré ne pas avoir effectué de recyclage en dépistage et prévention des mauvais traitements l'année passée.

Les dossiers demandés concernant la formation en dépistage et en prévention des mauvais traitements n'ont pas été mis à la disposition des inspectrices.

Ne pas veiller à ce que tous les membres du personnel reçoivent leur recyclage en dépistage et prévention des mauvais traitements peut avoir eu une incidence sur la sensibilisation du personnel pour prévenir, détecter et signaler des soupçons ou des cas allégués de mauvais traitements, en exposant les personnes résidentes à un risque accru de subir des mauvais traitements.

Sources : *Zero Tolerance to Abuse and Neglect Policy* (politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence), entretiens avec plusieurs membres du personnel.

[755]

AVIS ÉCRIT : Exigences générales**Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de la disposition 34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des règles suivantes à l'égard, d'une part de chacun des programmes structurés exigés aux termes des articles 11 à 20 de la Loi, et d'autre part de chacun des programmes interdisciplinaires exigés aux termes de l'article 53 du présent règlement.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

En particulier, le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Justification et résumé :

Lors de l'inspection, le titulaire de permis n'a pas été en mesure de fournir un dossier d'évaluation pour les programmes de soins de la peau et des plaies et de prévention des chutes.

Les deux programmes portaient une date de révision de 2023 apposée au timbre à date.

La conseillère ou le conseiller de l'administrateur a indiqué ne pas avoir fait d'évaluations de programmes depuis le début de la pandémie de COVID-19, en mars 2020.

En l'absence de documents attestant de l'évaluation des programmes, il est difficile de vérifier quels sont les membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont participé à l'évaluation, et d'avoir un résumé des changements et de leur mise en œuvre, ce qui peut éventuellement avoir une incidence sur les soins des plaies et les interventions de prévention des chutes des personnes résidentes.

Sources :

Politiques et programmes de soins de la peau et des plaies et de prévention des chutes, et entretien avec des membres du personnel. [755]

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident des personnes résidentes.

1-Justification et résumé :

En 2023, une personne résidente est tombée de son fauteuil roulant pendant son transfert par un membre du personnel. Le membre du personnel a déclaré que les jambes de la personne résidente étaient coincées dans le fauteuil roulant. La chute a occasionné une blessure.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Une observation du pictogramme des interventions de prévention des chutes placé au-dessus du lit de la personne résidente indiquait qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes, et demandait d'utiliser des repose-pieds lorsque le fauteuil roulant était en mouvement.

Un membre du personnel a indiqué que le jour de l'incident, il s'était arrêté, que la personne résidente était soudainement tombée et qu'il n'avait pas eu le temps de réagir. Le membre du personnel a indiqué que l'on n'avait pas mis les repose-pieds au fauteuil roulant pendant le transfert.

Le membre du personnel qui était affecté à la personne résidente a indiqué ne pas avoir mis les repose-pieds après avoir transféré la personne résidente dans le fauteuil roulant le matin de l'incident, car elle se déplaçait parfois elle-même.

Parce que l'on n'avait pas mis de repose-pieds pendant un transfert, la personne résidente avait subi une chute avec blessure.

2- Justification et résumé :

Une personne résidente avait subi une chute avec blessure en 2023. Un membre du personnel a indiqué qu'un premier membre du personnel avait placé le dispositif de soutien de la personne résidente à l'envers sur le fauteuil roulant après l'avoir nettoyé. Un deuxième membre du personnel n'avait pas rectifié la position du dispositif de soutien avant de transférer la personne résidente dans le fauteuil roulant après les soins.

Un membre du personnel a indiqué que le dispositif de soutien sur le fauteuil roulant de la personne résidente créait un angle qui l'empêchait de glisser. Le membre du personnel a déclaré que la personne résidente avait essayé de déplacer le poids de son corps, car elle n'était pas à l'aise. Il avait vérifié le fauteuil roulant de la personne résidente après la chute, le dispositif de soutien était à l'envers, et avait occasionné la chute de la personne résidente hors du fauteuil roulant.

Ainsi, le dispositif de soutien placé à l'envers avait contribué à la chute de la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident concernant la chute, notes d'évolution, observation de l'inspectrice, entretien avec du personnel.

[502]

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Avis écrit de non-conformité n° 007 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du paragraphe 74 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis a omis de respecter les politiques et les marches à suivre relatives à l'hydratation d'une personne résidente. Ces politiques et marches à suivre comprennent d'une part le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation, et d'autre part la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques, et elles doivent être respectées.

En particulier, le personnel n'a pas respecté les politiques intitulées *Nursing/Dietary Referral Form* (formulaire d'aiguillage — soins infirmiers/diététiques) et *Nutrition Care Planning* (planification des soins alimentaires) datées du 1^{er} avril 2013 et qui étaient incluses dans le programme de soins alimentaires et d'hydratation du titulaire de permis.

1- Justification et résumé :

Le formulaire intitulé *Nursing/Dietary Referral Form* (formulaire d'aiguillage — soins infirmiers/diététiques) indiquait que si l'on documente qu'une personne résidente mange peu d'aliments ou boit peu de liquides pendant trois jours ou plus, l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) ou bien l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) remplit un formulaire d'aiguillage — soins infirmiers/diététiques. Le formulaire est remis à la ou au gestionnaire de la nutrition qui met en œuvre les changements et en confie le soin à la ou au diététiste.

L'évaluation de l'état nutritionnel d'une personne résidente lors de son admission indiquait que son objectif d'apport hydrique quotidien était de 1 100 ml, ce qui satisfaisait 85 % de ses besoins en hydratation (1 300 ml).

Sur une période de 10 jours en 2023, la documentation indiquait que la personne résidente n'atteignait pas son apport hydrique quotidien.

L'apport hydrique susmentionné de la personne résidente indiquait qu'elle n'atteignait pas constamment ses objectifs fixés en matière d'apport hydrique. Un jour de 2023, la personne résidente a été transférée à l'hôpital en raison d'un état pathologique déterminé.

Un membre du personnel a indiqué ne pas avoir reçu de formulaire d'aiguillage — soins infirmiers lorsque l'apport hydrique de la personne résidente avait diminué.

2- Justification et résumé :

La politique indiquait que la réévaluation du programme de soins alimentaires pouvait être déclenchée par la nécessité d'une nouvelle approche ou d'un nouvel objectif si l'on ne satisfaisait pas aux besoins de la personne résidente au moment considéré.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

On avait déterminé qu'une personne résidente était à haut risque sur le plan nutritionnel en lien avec un problème de santé qui avait une incidence sur sa capacité à avaler les aliments. La personne résidente continuait de mal absorber les aliments par voie orale lors des repas et des collations. Pendant une période de 10 jours en 2023, la personne résidente n'atteignait pas constamment ses objectifs en matière d'ingestion des liquides et des aliments.

Un membre du personnel a indiqué qu'il n'avait pas déclenché le processus de réévaluation nutritionnelle pour la personne résidente, car sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial (MS) lui avait dit que la personne résidente avait une maladie en phase terminale. Le membre du personnel a dit ne pas avoir mis en œuvre des interventions immédiates étant donné que la personne résidente devait être transférée à l'hôpital conformément à ses directives médicales anticipées.

Le non-respect de la politique du titulaire de permis intitulée *Nutrition and Hydration Policy* (politique relative à la nutrition et à l'hydratation) a contribué à la détérioration de la santé de la personne résidente.

Sources : Politique, programme de soins, ingestion des liquides et des aliments, entretien avec un membre du personnel.

[502]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Avis écrit de non-conformité n° 008 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un menu individualisé fût élaboré pour une personne résidente lorsqu'il n'était pas possible de répondre à ses besoins dans le cadre du cycle de menus du foyer.

Justification et résumé :

On avait évalué qu'une personne résidente présentait un risque nutritionnel élevé en raison d'un problème de santé déterminé et qu'elle nécessitait 2 000 kilocalories (kcal) par jour.

En septembre 2022, la personne résidente avait vomi pour la première fois des aliments non digérés et avait continué d'avoir des vomissements persistants après les repas. En novembre 2022, la personne résidente avait dit au médecin qu'elle en avait assez d'avoir des vomissements tout le temps, et qu'elle serait heureuse d'avoir un traitement déterminé s'il prévenait les vomissements.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

En décembre 2022, le médecin traitant à l'hôpital a indiqué que l'état de santé de la personne résidente n'avait pas d'incidence sur sa digestion, et il avait recommandé qu'elle mange des petits repas, fréquemment et lentement.

Un examen plus approfondi des notes d'évolution révélait que la personne résidente continuait occasionnellement d'avoir des vomissements et qu'elle avait refusé de manger ou de boire pendant deux jours en janvier 2023.

L'observation pendant les heures de repas et l'examen du programme de soins de la personne résidente indiquaient qu'elle recevait la moitié des portions habituelles lors des repas pour faciliter la digestion en raison des nausées et des vomissements fréquents, portions qui étaient inférieures à ses besoins énergétiques de 2 000 kcal.

En novembre 2022, la diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) avait évalué la personne résidente et remarqué que les symptômes déterminés de son état de santé pouvaient avoir accru la dépense énergétique, mais que l'ingestion demeurait inchangée. La ou le DA avait recommandé d'encourager la personne résidente à continuer de manger la totalité des trois repas et des trois collations, et de continuer de surveiller les changements de poids importants.

Pendant cette période, la personne résidente avait graduellement perdu du poids jusqu'à ce qu'elle atteigne une perte de poids importante de neuf pour cent (9 %) sur trois mois et de 4,7 % au cours du dernier mois.

Trois membres du personnel ont indiqué que la personne résidente nécessitait des demi-portions d'aliments à texture modifiée à tous les repas et qu'elle mangeait de façon autonome.

Un autre membre du personnel a indiqué que les vomissements quotidiens avaient commencé en octobre 2022, et que la personne résidente avait par la suite refusé régulièrement des repas, ce qui avait occasionné sa perte de poids. On n'avait pas changé le plan de traitement nutritionnel de la personne résidente, car elle avait été adressée à un spécialiste déterminé et que l'on attendait que le nouveau traitement fasse effet.

Le membre du personnel a indiqué que si on l'avait mis au courant de la recommandation du gastroentérologue concernant les fréquents petits repas, il aurait ajouté des repas nutritifs à titre de collation le matin dans le but d'empêcher que la perte de poids se poursuive.

En ne mettant pas en œuvre un plan individualisé pour la personne résidente, on n'avait pas comblé ses besoins nutritionnels, ce qui avait occasionné une perte de poids de 9 % sur trois mois ou de 4,7 % en un mois.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Observation, programme de soins, rapport de sortie d'hôpital, entretiens avec du personnel.
[502]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Avis écrit de non-conformité n° 009 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à mettre en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

En particulier, aux termes de la disposition 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) selon laquelle le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les pratiques de base doivent comporter ce qui suit : l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains.

Justification et résumé :

Lors de cinq postes de travail de nuit, cinq membres du personnel n'ont pas pratiqué l'hygiène des mains conformément au minimum des pratiques de base, des normes de prévention et de contrôle des infections pendant la fourniture des soins du matin à des personnes résidentes qui occupaient quatre chambres différentes.

Ne pas pratiquer l'hygiène des mains entre les soins aux personnes résidentes a exposé celles-ci à un risque d'infection.

Sources : Examen des séquences de la caméra vidéo du foyer par l'inspectrice.

[755]

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Avis écrit de non-conformité n° 010 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre la directrice médicale ou le directeur médical, l'administrateur, la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Justification et résumé :

Le médecin traitant réexamine le régime médicamenteux trimestriel des personnes résidentes avec les examens des médicaments effectués par le médecin des personnes résidentes lors de ses visites hebdomadaires. On a détecté un écart entre les examens des médicaments par le médecin d'une personne résidente.

Le médecin traitant a déclaré que les écarts entre les examens des médicaments par un médecin étaient fréquents. La ou le DSI a affirmé avoir conscience du retard dans les examens trimestriels des médicaments et s'en inquiéter.

Le pharmacien a indiqué que depuis le changement de procédure, les examens des médicaments n'étaient pas aussi bien faits qu'avec l'ancienne procédure.

Ainsi, l'équipe interdisciplinaire du titulaire de permis n'a pas évalué tous les trimestres l'efficacité du système de gestion des médicaments des personnes résidentes, en exposant les personnes résidentes à un risque lié à l'administration de leurs médicaments et aux réactions qu'ils suscitent.

Sources : Examens des médicaments d'une personne résidente par son médecin, entretiens avec plusieurs membres du personnel.

[755]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Avis écrit de non-conformité n° 011 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Un traitement a été prescrit quatre fois par semaine pour l'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente. La personne résidente a reçu sa première dose de médicament 11 jours après qu'il avait été prescrit, et la dose suivante cinq jours plus tard.

Le retard dans l'administration du traitement prescrit peut avoir eu une incidence sur l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente.

Sources : Formulaire d'ordonnance du médecin, registres électroniques d'administration des médicaments (RAME), *Medical and Nursing Administration Steps to Follow After Doctors Order Policy 6.9* (politique 6.9 — étapes à suivre pour l'administration de médicaments et de soins infirmiers après une ordonnance de médecin), et entretiens avec des membres du personnel.
[755]

AVIS ÉCRIT : Régimes médicamenteux des personnes résidentes**Avis écrit de non-conformité n° 012 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 146 c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque personne résidente soit effectuée au moins une fois tous les trois mois.

Justification et résumé :

Le médecin traitant réexamine le régime médicamenteux trimestriel des personnes résidentes avec les examens des médicaments par le médecin des personnes résidentes lors de ses visites hebdomadaires.

On a remarqué un écart de six semaines entre deux examens des médicaments par le médecin d'une personne résidente.

Le médecin traitant a déclaré que les écarts entre les examens des médicaments par un médecin étaient fréquents.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers a déclaré avoir conscience du retard dans les examens trimestriels des médicaments et s'en inquiéter.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le pharmacien a indiqué que depuis le changement de procédure, les examens des médicaments n'étaient pas effectués aussi efficacement qu'avant le changement.

Ainsi, l'écart entre les examens des médicaments par un médecin pouvait constituer un risque pour la santé des personnes résidentes.

Sources : Examens des médicaments par le médecin d'une personne résidente, entretiens avec plusieurs membres du personnel. [755]

AVIS ÉCRIT : Directrice médicale ou directeur médical**Avis écrit de non-conformité n° 013 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de la disposition 251 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de conclure avec la directrice médicale ou avec le directeur médical du foyer une entente écrite qui prévoit au minimum la durée de l'entente.

Justification et résumé :

La directrice médicale ou le directeur médical a indiqué avoir demandé à plusieurs reprises un renouvellement de contrat avec le nouveau titulaire de permis qui a pris possession du foyer de soins de longue durée à la fin janvier 2020. Le dernier contrat signé en sa possession était avec l'ancien titulaire de permis.

Le manque de collaboration avec l'équipe de l'administration concernant le système de gestion des médicaments du foyer, les contrats de la directrice médicale ou du directeur médical et médecin traitant, et la communication interdisciplinaire ont été des éléments décisifs dans la notification au titulaire de permis, par la directrice médicale ou par le directeur médical, de sa démission.

La directrice médicale ou le directeur médical et médecin traitant a déclaré être en négociations avec le titulaire de permis concernant la possibilité de prolonger son séjour en qualité de directrice médicale ou directeur médical et médecin traitant.

Les contrats de la directrice médicale ou du directeur médical et médecin traitant ont été mis à disposition de cette personne 11 mois après la date de signature figurant sur le contrat.

L'administrateur a indiqué dans un courriel ne pas pouvoir fournir les contrats plus tôt, car la directrice médicale ou le directeur médical était parti en vacances quelques semaines avant que les contrats ne soient mis à sa disposition.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Ainsi, le titulaire de permis n'avait pas de contrat de directrice médicale ou de directeur médical en vigueur pour les services de celle-ci ou de celui-ci.

Sources : Communication avec le titulaire de permis et entretiens avec le médecin traitant et directrice médicale ou directeur médical, avec l'administrateur et la conseillère ou le conseiller de l'administrateur.

[755]

AVIS ÉCRIT : Embauche du personnel et acceptation de bénévoles

Avis écrit de non-conformité n° 014 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du paragraphe 252 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une vérification de dossier de police consistant en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables soit exigée avant qu'un titulaire de permis embauche un membre du personnel ou accepte une personne bénévole comme l'énonce le paragraphe 81 (2) de la Loi.

Justification et résumé :

On a confirmé que les vérifications de dossiers de police de plusieurs membres du personnel consistant en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables ne se trouvaient pas dans leur dossier d'emploi.

Le foyer n'a pas pu garantir que quatre membres du personnel avaient fait l'objet d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables avant de travailler au foyer.

Ainsi, ne pas veiller à ce que tous les membres du personnel aient fait l'objet d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables avant de travailler au foyer peut avoir accru le risque, pour les personnes résidentes, de subir des mauvais traitements.

Sources : Dossiers d'emploi de membres du personnel, et entretiens avec plusieurs membres du personnel.

[755]

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 — programme de prévention et de contrôle des infections

Non-conformité n° 015 — ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD 2021.
Non-respect de l'alinéa 102 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Le titulaire de permis veille à ce que l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections, qui comprend la ou le responsable de la prévention et du contrôle des infections, la directrice médicale ou le directeur médical, la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur, coordonne et mette en œuvre le programme.

En particulier, le titulaire de permis doit :

A — Tenir une réunion interdisciplinaire avant le 5 juin 2023, qui comprend la ou le responsable de la PCI, la directrice médicale ou le directeur médical, la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur, et programmer des réunions trimestrielles par la suite.

B — Veiller à ce que la, le ou les responsables de la PCI accomplissent les 17,5 heures requises par semaine dans leur rôle et consignent les heures pendant quatre semaines consécutives.

C — Veiller à ce que tout l'équipement de protection individuelle (EPI) soit facilement accessible pour le personnel, en tout temps. Veiller également à ce que les membres du personnel sachent où se procurer de l'EPI dans le foyer, le cas échéant.

D — Fournir à la, au ou aux responsables de la PCI et au DSI, de la formation qui comprend des pratiques exemplaires conformément aux exigences prévues par la loi, aux recommandations du bureau local de santé publique du foyer, et à la Norme de PCI du ministère des Soins de longue durée.

E — Consigner toutes les étapes susmentionnées, y compris A, B, C et D.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections, qui comprend la ou le responsable de la prévention et du contrôle des infections, la directrice médicale ou le directeur médical, la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur, coordonne et mette en œuvre le programme.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

La ou le responsable de la PCI a déclaré ne pas être au courant d'une évaluation du programme de PCI. Cette personne n'a pas réussi à contacter l'administrateur et a déclaré s'inquiéter de ce qui suit :

- Les membres du personnel ne savent pas où trouver l'équipement de protection individuelle (EPI) dans le foyer.
- Il ou elle ne parvient pas à effectuer le minimum d'heures requises pour la fonction de responsable de la PCI en raison des autres tâches qui lui sont confiées dans le foyer. La ou le responsable de la PCI a démissionné la semaine suivante, pendant une éclipse de COVID-19.

La ou le responsable de la PCI suppléant a déclaré d'une part ne pas savoir si le foyer avait un programme écrit de prévention et de contrôle des infections, et d'autre part dépendre de la ou du responsable de la PCI et de la directrice ou du directeur des soins infirmiers (DSI) pour des conseils.

Un membre du personnel a expliqué que les membres du personnel n'entraient pas dans la chambre d'une personne résidente atteinte d'une maladie infectieuse pour voir comment elle allait, parce qu'un équipement de protection individuelle déterminé n'était pas facilement accessible et qu'ils ne savaient pas où le trouver dans le foyer.

Ainsi, l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections n'avait pas coordonné et mis en œuvre le programme de prévention et de contrôle des infections, ce qui exposait les personnes résidentes à un risque accru d'infection.

Sources : Observations de l'inspectrice, classeur des politiques, dossier médical d'une personne résidente et entretiens avec plusieurs membres du personnel.

[755]

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 29 septembre 2023.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 — système de gestion des médicaments

Non-conformité n° 016 — ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD 2021
Non-respect de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité

[alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] : le titulaire de permis doit évaluer et mettre en œuvre son système de gestion des médicaments en effectuant ce qui suit :

A — Réévaluer le Protocole de diabétique et les trois politiques suivantes :

- *Medical and Nursing Administration Steps to Follow After Doctors Orders 6.9 policy* (politique 6.9 — étapes à suivre pour l'administration de médicaments et de soins infirmiers après une ordonnance de médecin)
- *eMARS/eTARS (Medication and Treatment Administration Electronic Records) policy*, [politique relative aux RAME/RATe (registres électroniques d'administration des médicaments et des traitements)].
- *Quarterly Medication Review policy* (politique relative aux examens trimestriels des médicaments).

B — Faire participer à cette évaluation la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et la directrice médicale ou le directeur médical.

C — Apporter les modifications nécessaires aux politiques et au protocole écrits, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

D — Mettre en œuvre les politiques et le protocole écrits mis à jour, ce qui comprend notamment de fournir de la formation à tout le personnel qui s'occupe du système de gestion des médicaments, et de veiller à ce que les politiques et le protocole écrits mis à jour soient facilement accessibles à tout le personnel.

E — Consigner toutes les étapes susmentionnées, y compris A, B, C et D.

Motifs :

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les politiques et protocoles écrits doivent être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

1-Justification et résumé :

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a fourni les politiques suivantes qui étaient à sa disposition :

- *Medical and Nursing Administration Steps to Follow After Doctors Orders 6.9 policy*, (politique 6.9 — étapes à suivre pour l'administration de médicaments et de soins infirmiers après une ordonnance de médecin), en vigueur en octobre 2009, révisée en mai 2010 et en avril 2013.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

- *eMARS/eTARS (Medication and Treatment Administration Electronic Records) policy*, [politique relative aux RAME/TARe (registres électroniques d'administration des médicaments et des traitements)]. En vigueur en mars 2013, révisée en avril 2013.
- *Quarterly Medication Review policy*, (politique relative aux examens trimestriels des médicaments). En vigueur en septembre 2009, révisée en mai 2010 et en avril 2013.

Lorsque l'inspectrice s'est enquis des politiques obsolètes, l'administrateur, sa conseillère ou son conseiller, et la directrice générale ou le directeur général ont indiqué que leurs politiques avaient été transférées dans un système logiciel électronique avant 2020, système qui avait été piraté. Aucun document relatif à l'incident de piratage du système logiciel des politiques ou aux mises à jour subséquentes des politiques depuis 2013 n'a été mis à disposition sur demande.

Le fait que les membres du personnel n'avaient pas accès à des politiques et à un protocole mis à jour a occasionné un manque d'uniformité dans les méthodes de soins aux diabétiques et a exposé les personnes résidentes à un risque en raison de l'incidence éventuelle des erreurs d'administration liées aux médicaments.

2-Justification et résumé :

Le médecin traitant a déclaré que le protocole de diabétique n'était pas respecté.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a fourni à l'inspectrice le protocole de diabétique qui contenait les ordonnances d'intervention médicale pour le diabète. Pendant l'inspection, on remarquait également les ordonnances d'intervention médicale pour le diabète, affichées sur le mur près du chariot à médicaments devant le bureau des soins infirmiers. Les ordonnances d'intervention médicale pour le diabète spécifiaient qu'il fallait appeler le médecin traitant si le glucomètre indiquait moins de 3 mg/l et plus de 15 mg/l.

Les résultats du test de glycémie d'une personne résidente étaient de 16 mg/l et de 20 mg/l. Il n'y avait pas de document consigné au dossier médical de la personne résidente pour indiquer que l'on avait contacté le médecin, et il n'y avait aucune trace de nouvelles ordonnances. La directrice médicale ou le directeur médical a déclaré ne pas avoir reçu d'appel concernant l'hyperglycémie.

Un membre du personnel a déclaré qu'il appelait le médecin si les résultats du test de glycémie étaient supérieurs à 20 mg/l ou inférieurs à 5. Un autre membre du personnel a indiqué qu'il appelait le médecin si la personne résidente avait un résultat supérieur à 15 mg/l et qu'elle était symptomatique, et si elle avait un résultat supérieur à 20 mg/l et qu'elle était asymptomatique. Un troisième membre du personnel a déclaré ne pas connaître le protocole de diabétique et ne pas être au courant des paramètres glycémiques pour appeler le médecin.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

La ou le DSI a déclaré qu'avec des résultats de tests glycémiques inférieurs à 4 et supérieurs à 15 mg/l, les interventions consistaient à documenter les résultats dans le dossier médical de la personne résidente, et que l'on s'attendait à ce que l'on appelle le médecin si le résultat était supérieur à 20 mg/l. La ou le DSI a expliqué que le protocole de diabétique remis à l'inspectrice, qui mentionnait le paramètre supérieur à 15 mg/l, était celui de leur précédent fournisseur de services pharmaceutiques. L'actuel fournisseur de services pharmaceutiques fournissait des services au titulaire de permis depuis les deux dernières années et la ou le DSI a remis la *Diabetic Protocol Blood Glucose Monitoring Policy* (politique relative au protocole de diabétique pour la surveillance de la glycémie).

Il y avait donc un risque pour la santé de la personne résidente en raison de la mise en œuvre inégale du protocole de diabétique et du manque de soins intégrés pour les personnes diabétiques.

3-Justification et résumé :

Une personne résidente a eu une plaie. La directrice médicale ou le directeur médical avait prescrit un traitement quatre fois par semaine. L'ordonnance n'était pas cosignée par une infirmière ou un infirmier conformément à la politique du titulaire de permis intitulée *Medical and Nursing Administration Steps to Follow After Doctors Orders 6.9 policy*, (politique 6.9 — étapes à suivre pour l'administration de médicaments et de soins infirmiers après une ordonnance de médecin).

L'ordonnance avait été transcrite dans le registre électronique d'administration des médicaments et des traitements (RAME/TARe) du mois suivant, la personne résidente avait reçu sa première dose plusieurs jours plus tard et la dose suivante avait également été administrée plusieurs jours après.

La plaie de la personne résidente peut avoir été affectée par le fait qu'elle avait reçu le traitement prescrit avec plusieurs jours de retard.

Sources : Ordonnances d'intervention médicale pour le diabète, *Diabetic Protocol Blood Glucose Monitoring Policy* (politique relative au protocole de diabétique pour la surveillance de la glycémie), *Medical and Nursing Administration Steps to Follow After Doctors Orders 6.9 policy*, (politique 6.9 — étapes à suivre pour l'administration de médicaments et de soins infirmiers après une ordonnance de médecin), *eMARS/eTARS (Medication and Treatment Administration Electronic Records) policy*, [politique relative aux RAME/RATe (registres électroniques d'administration des médicaments et des traitements)], politique relative aux examens trimestriels des médicaments), formulaire d'ordonnance du médecin, dossiers médicaux de deux personnes résidentes, et entretiens avec plusieurs membres du personnel. [755]

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 29 septembre 2023.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

INFORMATION SUR LES RÉEXAMENS ET LES APPELS**PRENEZ AVIS**

Le titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres ou de cet avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre cet ordre ou ces ordres en attendant le réexamen. Si le titulaire de permis demande le réexamen d'un avis de pénalité administrative, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à ce qu'il soit statué sur le réexamen.

Nota : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'un réexamen par le directeur ou d'un appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de réexamen par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative au titulaire de permis.

La demande de réexamen présentée par écrit doit inclure :

- a) les parties de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par courriel ou par messagerie commerciale, au :

Directeur

a/s du coordonnateur ou de la coordonnatrice des appels
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée Ministère
des Soins de longue durée
438, avenue University,
8^e étage Toronto, ON M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification est faite :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres ou le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

Aux termes de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de ce qui suit devant la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un avis de pénalité administrative délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) La décision du réexamen du directeur, délivrée en application de l'article 169 de la Loi, à l'égard de l'ordre de conformité d'un inspecteur ou d'une inspectrice (art. 155) ou d'un avis de pénalité administrative (art. 158).

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est établie par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le titulaire de permis décide de faire une demande d'appel, il doit présenter par écrit un avis d'appel dans les 28 jours suivant la date à laquelle on lui a signifié une copie de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur faisant l'objet de son 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 registrateur ou de la registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto ON M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur ou de la coordonnatrice des appels
Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée Ministère
des Soins de longue durée
438, avenue University,
8^e étage Toronto, ON M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et fournira des instructions relatives au processus d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS en visitant le site Web www.hsarb.on.ca.