



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

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

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

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

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

**Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection des FLSD**

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 destinée au public

Dates du rapport : 6 et 7 nov. 2018; 12 févr. 2019	N° d'inspection : 2018_621547_0036	N° de registre : 029079-18	Type d'inspection : Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
---	--	--------------------------------------	--

Titulaire de permis

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

Foyer de soins de longue durée

Résidence Élisabeth-Bruyère
75, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N 5C8

Nom des inspectrices

LISA KLUKE (547), GILLIAN CHAMBERLIN (593), LINDA HARKINS (126),
LYNE DUCHESNE (117)

Résumé de l'inspection



Il s'agissait d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22 et 23 novembre 2018.

Les incidents critiques et les plaintes qui suivent ont été inspectés simultanément au cours de cette inspection :

Registre n° 018869-18, RIC n° 2759-000021-18, registre n° 019790-18, RIC n° 2759-000023-18, concernant des chutes avec blessures, Registre n° 018554-18, RIC n° 2759-000026-18, concernant un décès inattendu, registres n° 025365-18, 023439-18 et 017987-18, concernant des plaintes relatives à la prestation des soins aux personnes résidentes, à la qualité de la nourriture et à un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente.

Au cours de l'inspection, la ou les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membres de familles, bénévoles, personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), personnes préposées à l'entretien ménager et à l'entretien, commis d'unité, chef de bureau, directrice ou directeur des services de gestion des situations d'urgence de l'environnement et des télécommunications, ingénieure ou ingénieur d'entretien, mécanicienne ou mécanicien d'entretien, superviseure ou superviseur de l'entretien des installations, agentes ou agents de prévention des incendies, récréothérapeute, personnes préposées au service d'alimentation, responsables du service d'alimentation, diététiste agréé(e), aide-physiothérapeute, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), administratrice ou administrateur et directrice générale ou directeur général.

En outre la ou les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des documents relatifs à la préparation alimentaire, notamment des menus planifiés, des procès-verbaux du conseil des résidents, des procès-verbaux du conseil des familles, des documents relatifs aux enquêtes du foyer concernant des incidents critiques qui ont été soumis par le titulaire de permis, ainsi que des politiques et marches à suivre concernant ce qui suit : plan d'intervention en cas d'urgence pour le code rouge, mauvais traitements de personnes résidentes, obligation de faire rapport des incidents critiques, soins de la peau et des plaies, chutes, programme de soins alimentaires et d'hydratation et incidents liés à des médicaments. Les inspectrices ont observé la prestation des soins et des services



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

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

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

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

aux personnes résidentes, ainsi que les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes. Les inspectrices ont examiné les administrations de médicaments et les endroits où les médicaments sont entreposés, et observé plusieurs services de repas. L'inspectrice a également examiné ce qui suit : documents d'enquête interne, information sur la formation du personnel, horaires de travail du personnel, attribution des tâches et dossiers du personnel pertinents pour cette inspection.

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

Services d'hébergement - entretien ménager

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Dignité, choix et respect de la vie privée

Prévention des chutes

Conseil des familles

Qualité des aliments

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Soins alimentaires et hydratation

Douleur

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Conseil des résidents

Foyer sûr et sécuritaire

Soins de la peau et des plaies

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

18 AE

8 PRV

4 OC

0 RD

0 OTA

Au moment de cette inspection, les non-respects aux ordres suivants émis antérieurement avaient été corrigés :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE OU DE L'INSPECTEUR
Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.	OC n° 902	2018_621547_0036	547
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230. (5).	OC n° 901	2018_621547_0036	547

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. 230. Plans de mesures d'urgence

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par.230. (5) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence traitent des questions suivantes :

- 1. L'activation des plans. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (5).**
- 2. La filière hiérarchique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (5).**
- 3. Le plan de communications. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (5).**
- 4. Les rôles et responsabilités particuliers du personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (5).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses plans de mesures d'urgence traitent des questions suivantes :

1. L'activation des plans,
2. La filière hiérarchique,
3. Les plans de communications,
4. Les rôles et responsabilités particuliers du personnel.

Le 6 novembre 2018, dans la dépense d'une unité, pendant le service du repas de midi, la personne préposée aux services de soutien (PSSP) 101 a mis un aliment dans le four à micro-ondes de la dépense pour le réchauffer. La ou le PSSP a quitté la dépense pour s'occuper de personnes résidentes dans la salle à manger principale de l'unité.

L'aide-diététiste 103 a remarqué qu'il y avait du feu et de la fumée dans le micro-ondes. L'aide-diététiste a arrêté le micro-ondes et retiré l'aliment. Il y avait une fumée grise dans la dépense, qui s'élevait en volutes dans la salle à manger et le couloir de l'unité. Il y avait plusieurs personnes résidentes et des membres du personnel dans la salle à manger. Les personnes résidentes sont restées assises avec le personnel présent.

L'aide-diététiste 103 a appelé le « 222 », centre d'appels d'urgence du foyer, pour l'informer de la présence de fumée. Trois membres du personnel sont venus évaluer la situation. La ou le commis d'unité 111, l'inspectrice 126 et la ou le PSSP 101 ont remarqué de la fumée grise dans la salle à manger adjacente à la dépense et aucune alarme n'était activée. On a remarqué qu'aucune personne résidente n'était en état de détresse.

On a remarqué que la personne résidente 007 parlait à la personne préposée à l'entretien 109, et se disait préoccupée par la fumée et par le fait que l'on ne faisait rien.

La personne résidente 021 était dans la salle à manger et a informé l'inspectrice 126 qu'elle avait la gorge irritée par la fumée et était contrariée que personne n'eût rien fait pour remédier à la fumée.

La personne résidente 006 était dans la salle à manger plus petite en face de la dépense. Elle a dit à l'inspectrice 547 qu'il y avait beaucoup de fumée. Elle toussait en se cachant la bouche et le nez avec un protège-vêtements, et était contrariée.



On a discuté de cet incident à 13 h 5 avec l'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des services de gestion des situations d'urgence de l'environnement et des télécommunications, la ou le responsable de la gestion des installations et une ingénieure ou un ingénieur d'entretien. L'ingénieure ou l'ingénieur d'entretien a dit avoir reçu un appel du « 222 » indiquant qu'il y avait de la fumée provenant d'une rôtie brûlée au 5^e étage, et avoir pris la décision de contourner le système d'alarme incendie et d'envoyer du personnel à l'unité du 5^e étage.

La ou le responsable de la gestion des installations a déclaré que l'on avait contourné le système d'alarme parce que la source de fumée était une rôtie brûlée. Il ou elle a dit que contourner l'alarme incendie constituait la bonne décision dans le cas présent, car l'alarme concerne l'ensemble du bâtiment.

L'administratrice ou l'administrateur et la directrice ou le directeur des services de gestion des situations d'urgence de l'environnement et des télécommunications ont dit que tout le personnel connaît la marche à suivre SCATEE en cas d'incendie (sauver, contenir, avertir, téléphoner, évacuer ou éteindre). La directrice ou le directeur des services de gestion des situations d'urgence de l'environnement et des télécommunications a dit que le titulaire de permis s'attend à ce que tout le personnel réagisse et évacue les personnes résidentes de l'endroit affecté. [Paragraphe 230 (5)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 901 a été signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130. Sécurité de la réserve de médicaments

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

- 1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.**
- 2. Seuls ont accès à ces endroits :**
 - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,**
 - ii. l'administrateur du foyer.**



3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures fussent prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les mesures suivantes :

Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le 6 novembre 2018, l'inspectrice 547 a observé l'IAA 114 qui travaillait dans une des unités de soins aux personnes résidentes et qui était responsable du chariot à médicaments.

Vers 11 h 15, l'inspectrice 547 a remarqué que le chariot à médicaments de cette unité était déverrouillé et accessible aux personnes résidentes de cette unité. On remarquait que ce chariot n'était pas supervisé par un membre du personnel infirmier autorisé. On avait déterminé pendant cette inspection que l'unité de soins aux personnes résidentes avait plusieurs personnes résidentes atteintes de démence et ayant des comportements d'errance.

Vers 11 h 58 environ, l'inspectrice 547 a remarqué le même chariot à médicaments situé à l'extérieur de la salle à manger de l'unité, déverrouillé. On remarquait que ce chariot n'était pas supervisé par un membre du personnel infirmier autorisé. L'inspectrice 547 a remarqué la personne résidente 024 qui déambulait à l'extérieur de cette salle à manger près de ce chariot à médicaments. La personne résidente 024 a une déficience cognitive et des comportements d'errance mentionnés dans son programme de soins.

L'inspectrice 547 a interrogé à ces deux reprises l'IAA 114 qui a indiqué que les chariots à médicaments doivent être gardés verrouillés en tout temps pour raisons de sécurité quand ils ne sont pas supervisés.



Le lendemain, l'inspectrice 547 a observé l'IAA 113 qui travaillait dans la même unité de soins aux personnes résidentes et qui était responsable du chariot à médicaments. Vers 12 heures, l'inspectrice 547 a remarqué que le chariot à médicaments de l'unité situé à l'extérieur de la salle à manger de l'unité était déverrouillé. On remarquait plusieurs personnes résidentes qui marchaient dans ce couloir à l'extérieur de cette salle à manger près de ce chariot à médicaments pour aller déjeuner. Ce chariot déverrouillé n'était pas supervisé par un membre du personnel infirmier autorisé. L'IAA 113 a dit être en retard et ne pas être au courant que le chariot à médicaments devait être verrouillé en tout temps.

Le même jour à 12 h 45 dans la même unité, l'inspectrice 117 a remarqué que le chariot à médicaments était déverrouillé et non supervisé. L'IAA de l'unité 113 était dans la salle à manger principale de l'unité et donnait des médicaments à une personne résidente. On ne pouvait pas voir l'IAA depuis le chariot à médicaments. L'IAA est revenu(e) au chariot à médicaments. Quand l'inspectrice 117 lui a posé des questions sur la sécurité du chariot à médicaments, l'IAA 113 lui a dit ne pas avoir conscience d'avoir laissé le chariot à médicaments déverrouillé en partant administrer un médicament à une personne résidente.

Vers 13 h 25, l'inspectrice 547 a remarqué que la salle des médicaments de la même unité située dans une aire commune avait un trousseau de clés inséré dans le mécanisme de verrouillage de la porte. L'inspectrice 547 a pu ouvrir la porte de la salle des médicaments qui n'était pas supervisée par un membre du personnel infirmier autorisé. L'inspectrice 547 a remarqué, à l'extérieur de cette salle des médicaments, trois personnes résidentes qui déambulaient dans cet endroit avec leurs marchettes, ainsi que d'autres personnes résidentes en fauteuils roulants.

Vers 13 h 30, l'inspectrice 547 a apporté les clés de la salle des médicaments à l'administratrice ou à l'administrateur qui a indiqué que le personnel infirmier autorisé est censé garder ces clés en tout temps et que, pour la sécurité des personnes résidentes, elles ne devraient pas être laissées sans surveillance ou dans le mécanisme de verrouillage de la salle des médicaments. L'administratrice ou l'administrateur a indiqué en outre que l'on s'attend à ce que les chariots à médicaments soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas supervisés par du personnel infirmier autorisé.
[Paragraphe 130. 1]

Autres mesures requises :

L'OC n° 902 a été signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10,
art. 71. Planification des menus**

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 71. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

**e) soit approuvé par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer;
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer fût approuvé par la diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) qui fait partie du personnel du foyer.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la superviseure ou le superviseur en service alimentaire (SSA) 141 a indiqué que le cycle actuel de menus a été examiné et approuvé par la ou le DA en janvier 2018. Au moment de l'entretien, la ou le SSA 141 n'avait pas les documents pour corroborer ce point, et a cependant indiqué qu'il ou elle les fournirait le lendemain.

Le 20 novembre 2018, on a remis à l'inspectrice 593 une copie du cycle de menus actuel datée du 9 mars 2018, et du menu des collations actuel datée de février 2018.

L'énoncé suivant figurait sur le cycle de menus :

« Je soussigné(e) (nom - DA) avoir examiné le cycle de menus de la compagnie EBR, et avoir indiqué mes réserves/questions/modifications aux fins de suivi avec le service alimentaire, s'il y a lieu ». Daté du : 7 novembre 2018.

L'énoncé suivant figurait sur le cycle de menus des collations :

« Je soussigné(e) (nom - DA) avoir examiné le cycle de menus des collations, et avoir indiqué mes questions et réserves à communiquer au service alimentaire, s'il y a lieu ». Daté du : 7 novembre 2018.



Un examen du document CLIN CARE 40 LTC intitulé *Nutrition and Hydration Program, Long Term Care* (programme de soins alimentaires et d'hydratation – soins de longue durée), révisé en août 2017, a révélé que la ou le DA :

. approuve les menus des personnes résidentes tels qu'ils sont mis au point par le service alimentaire, en veillant à ce que les menus satisfassent aux besoins des personnes résidentes en matière de nutrition et d'ingestion des liquides, et qu'il ou elle approuve au moins une fois par an les menus mis à jour.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la ou le DA a indiqué avoir revu le cycle de menus actuels la semaine dernière, et l'avoir fait pour la dernière fois avant cela il y avait un an environ. La ou le DA a ajouté avoir émis de nombreux commentaires et réserves, et qu'une fois ces points résolus, il ou elle approuverait le menu.

L'examen et l'approbation du cycle de menus par la diététiste agréée ou le diététiste agréé (AD) inclut le menu pour les régimes réguliers, le menu des collations, les boissons, et le menu pour les personnes résidentes nécessitant un régime thérapeutique et qui présentent également un risque nutritionnel élevé, notamment les personnes résidentes nécessitant un régime à texture modifiée.

On a également trouvé une non-conformité concernant le cycle de menus pour les régimes à texture modifiée et leur comparabilité avec le cycle de menus pour les régimes réguliers (se reporter à l'AE 17). Lorsque la ou le DA a effectivement revu le cycle de menus pendant l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, il ou elle a mentionné des réserves concernant la répétition du menu des régimes à texture modifiée, et n'avait pas approuvé ce menu au moment de son examen.

Comme l'indiquent les timbres dateurs figurant sur le cycle de menus actuel, celui-ci a été mis en œuvre en février et mars 2018. Le titulaire de permis n'a pas été en mesure de produire une preuve indiquant que le cycle de menus actuel avait été revu et approuvé par la ou le DA, et comme l'a indiqué la ou le DA, le cycle de menus actuel n'avait pas été examiné par elle ou lui avant le début du mois de novembre 2018, et doit encore être approuvé. [Alinéa 71 (1)e]

Autres mesures requises :

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

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 114. Système de gestion des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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 et protocoles écrits pour la gestion des médicaments, visant à assurer que tous les médicaments fussent entreposés et administrés de façon rigoureuse, fussent mis en œuvre conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Comme l'indique le Règl. de l'Ont., article 114, le titulaire de permis a les politiques suivantes concernant l'administration des médicaments :

MediSystem Policy MEDI-CL-003 Medication Pass (politique de MediSystem MEDI-CL-003 – distribution des médicaments) datée du 1^{er} octobre 2018 :

6.4 - L'administration des médicaments est un processus continu que l'on doit toujours terminer pour une personne résidente déterminée avant de s'occuper des médicaments ou de la demande d'une autre personne résidente.

6.8 - L'infirmière ou l'infirmier qui prépare un médicament ou une injection aux fins d'administration doit l'administrer.

6.9 - Approcher la personne résidente quand tous les médicaments à lui donner sont préparés. Vérifier l'identité de la personne résidente à l'aide de deux identificateurs. Administrer les médicaments à la personne résidente en s'assurant que tous les médicaments administrés par voie orale ont été avalés. Ne pas laisser de médicaments au chevet de la personne résidente. Ne pas demander à quelqu'un d'autre d'administrer les médicaments; l'administration des médicaments est un processus continu.

6.11 - Commencer une feuille du dossier d'administration des médicaments (MAR) pour chaque médicament.

MediSystem Policy MEDI-CL-ONT-042 - Narcotic and Controlled Substances Administration Record ((politique MEDI-CL-ONT-042 de MediSystem – fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées) datée du 1^{er} octobre 2018.

4. - Quand une nouvelle ordonnance de narcotiques ou de médicament désigné arrive, on doit la garder sous clé dans le compartiment des narcotiques avec sa fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées jusqu'à ce que l'ordonnance soit prête à être utilisée.

5. - Toutes les entrées doivent être effectuées au moment où l'on retire le médicament du contenant.

Le 15 novembre 2018 à 11 h 45, l'inspectrice 117 effectuait, avec l'IAA 102, un examen des substances désignées d'une unité de soins aux personnes résidentes quand on a remarqué que de multiples doses de trois substances désignées prescrites pour la personne résidente 004 étaient manquantes sur les fiches d'administration des narcotiques et des substances désignées.

On avait prescrit à la personne résidente 004 trois substances désignées : un médicament (n° 1) à administrer deux fois par jour, un médicament (n° 2) à administrer trois fois par jour, et un autre médicament (n° 3) à administrer toutes les 4 à 6 heures au besoin. Les fiches d'administration des substances désignées indiquaient qu'une dose des médicaments n° 1 et n° 3, ainsi que deux doses du médicament n° 2 étaient manquantes dans la section des substances désignées du chariot à médicaments qui est verrouillée à double tour. La fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées ne comportait aucune mention concernant les substances désignées manquantes.

L'IAA 102 a indiqué avoir administré la dose du matin des médicaments n° 1 et n° 2 de la personne résidente 004, toutefois l'IAA n'avait pas documenté l'administration de ces substances désignées dans la fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées au moment de leur administration. L'IAA 102 a dit n'avoir souvent pas le temps de documenter l'administration des médicaments immédiatement après leur administration, comme l'exige la politique du titulaire de permis.



L'IAA 102 a également dit avoir versé à l'avance un deuxième comprimé du médicament n° 2 ainsi qu'un comprimé du médicament n° 3 pour la prochaine distribution des médicaments de la personne résidente 004. L'inspectrice a remarqué que ces deux substances désignées se trouvaient dans le chariot à médicaments déverrouillé, avec d'autres médicaments de la personne résidente 004. L'IAA a dit préparer régulièrement les substances désignées de la personne résidente 004 avant le moment de l'administration des médicaments à l'heure du déjeuner, et ne documenter le retrait et l'administration des substances désignées que plus tard dans la journée. Quand on lui a demandé pourquoi le médicament n° 3, qui est un médicament à administrer selon le besoin, était versé à l'avance, l'IAA a dit que c'était parce que la personne résidente 004 le demande habituellement, et avoir préparé le médicament en prévision de l'éventualité que la personne résidente en ait besoin. L'inspectrice a posé des questions à l'IAA 102 concernant les politiques du titulaire de permis relatives au fait de verser à l'avance des médicaments et de documenter une substance désignée. L'IAA 102 a dit à l'inspectrice que les politiques du titulaire de permis relatives à l'administration des médicaments et à sa documentation indiquent que le personnel autorisé doit préparer les médicaments à administrer au moment de l'administration et documenter leur administration immédiatement après celle-ci.

Les 14 et 15 novembre 2018, les IAA 114, 115 et 102 ont dit à l'inspectrice éprouver des difficultés à documenter l'administration des médicaments. Les trois membres du personnel autorisé ont tous déclaré que le système eMAR sur les chariots à médicaments est très lent, et qu'ils sont souvent incapables de documenter l'administration des médicaments d'une personne résidente dans l'eMAR au moment de l'administration. Les IAA ont indiqué remplir souvent la documentation dans l'eMAR après leur distribution des médicaments, au poste infirmier. Il convient de noter que les 15 et 19 novembre 2018, l'inspectrice avait remarqué l'IAA 102 qui documentait vers 10 h 50 environ, dans la salle de documentation d'une des unités de soins aux personnes résidentes, la distribution de médicaments qui avait eu lieu entre 8 h et 9 h.

Les IAA 114, 115 et 102 sont au courant de la politique du foyer voulant que tous les médicaments administrés doivent être documentés dans l'eMAR au moment de leur administration. Les IAA ont indiqué que cela a constitué un problème permanent depuis la mise en œuvre du système eMAR il y a deux ans environ.

Le 15 novembre 2018, la ou le DSI et l'administratrice ou l'administrateur ont déclaré ne pas être au courant de tout problème que l'on aurait signalé concernant des retards ou des difficultés de documentation avec l'eMAR. Ces deux personnes ont dit que le personnel autorisé doit mettre en œuvre les politiques du titulaire de permis relatives à l'administration des médicaments pour veiller d'une part à ne pas préparer les médicaments ou les substances désignées avant le moment de leur administration, et d'autre part à documenter les médicaments ou les substances désignées comme étant administrés au moment de leur administration.

Ainsi, le personnel autorisé n'a pas mis en œuvre les politiques du titulaire de permis relatives à l'administration des médicaments et des substances désignées et à la documentation de leur administration. [Alinéa 114 (3)a)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 5 : 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 les dispositions suivantes :

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente 031 lui soient fournis tel que le précise le programme.

Un examen du programme de soins de la personne résidente 031 a trouvé un programme de soins documenté (daté d'un jour déterminé de 2018) axé sur ce qui suit : Surveillance de l'ALIMENTATION requise concernant ce qui suit : difficulté de déglutition, risque d'étouffement, avec une intervention pour les liquides à consistance de miel.

Une note d'évolution documentée par la diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) à une date déterminée de 2017 indiquait que l'on avait effectué une évaluation de la fonction de déglutition de la personne résidente. La ou le DA avait observé pendant un déjeuner la personne résidente qui consommait un jus à consistance de nectar, un lait à consistance de nectar et un jus à consistance de miel. Elle semblait mieux se débrouiller avec le liquide à consistance de miel. On recommande de charger la texture des liquides pour qu'il s'agisse d'une texture « à consistance de miel.

Lors de l'observation d'un service de petit déjeuner, le 15 novembre 2018, dans la salle à manger principale d'une unité de soins aux personnes résidentes, on remarquait que la ou le PSSP 115 faisait absorber à la personne résidente 031 avec deux liquides à texture de nectar - un jus de pomme préalablement épaissi et de l'eau préalablement épaissie. La ou le PSSP 115 a dit à l'inspectrice 593 que la personne résidente 031 devait avoir des liquides épaissis, mais n'a pas précisé leur consistance exacte.

Pendant l'observation du même service de petit déjeuner, l'inspectrice 593 a examiné le Kardex des besoins diététiques affiché au mur de la cuisine, on y indiquait que la personne résidente 032 nécessitait des liquides à consistance de miel.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 15 novembre 2018, l'aide-diététiste 114 a indiqué que les liquides à consistance de nectar étaient disponibles et offerts aux personnes résidentes qui nécessitaient des liquides épaissis. Quand on lui a demandé si l'on pourrait fournir des liquides à consistance de miel à la personne résidente 031, l'aide-diététiste 114 a répondu que l'on pourrait probablement utiliser de la poudre épaississante pour épaissir les liquides et obtenir une consistance de miel, puis l'aide-diététiste a appelé une ou un des superviseurs en service alimentaire pour confirmer ce processus.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la diététiste agréée ou le diététiste agréé 113 a confirmé que la personne résidente 031 nécessitait des liquides à consistance de miel et que l'on s'attendait à ce que le personnel infirmier utilise de la poudre épaississante pour épaissir les liquides et obtenir une consistance de miel, dans la salle à manger ou à la dépense pendant le service des repas.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 15 novembre 2018, la ou le DSI a indiqué que l'on s'attendait à ce que les PSSP se conforment au Kardex pour les exigences de la personne résidente en matière de régime alimentaire. [Paragraphe 6 (7)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente lui soient fournis tel que le précise le programme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : 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. 15.

Services d'hébergement

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 15. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
- c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ameublement et l'équipement fussent toujours propres et sanitaires.

Les 6, 8, 13, 14 et 15 novembre 2018, l'inspectrice 547 a observé ce qui suit :

Une chaise verte de la personne résidente 008 dans sa chambre avait une tache jaune sur le coussin du siège couvert par une couverture beige. Ces jours-là, on remarquait que le matelas bleu de la personne résidente avait des taches en anneau sous les draps, avec présence d'odeurs.

La salle de repos/salon du foyer n° 613Y, avait six fauteuils pour les personnes résidentes, et l'on remarquait que deux chaises en tissus étaient souillées avec présence d'odeur. La salle de repos avait également une chaise berçante en simili cuir brun, qui laissait voir le rembourrage aux accoudoirs et à l'appui-tête, avec présence d'odeurs.

On remarquait les 8, 13 et 15 novembre 2018 que la toilette du 6^e étage destinée au public avait un siège de toilette relevé et souillé avec un liquide brun/jaune à la base du siège relevé, avec des barres d'appui dont la mousse était endommagée avec présence d'odeurs.

On remarquait, les 8, 14 et 15 novembre 2018 dans la salle de bains n^o 505, des collecteurs d'urine qui servaient à vider l'urine des sacs collecteurs d'une personne résidente et qui avaient du liquide dans le fond avec présence d'odeur d'urine. La ou le PSSP 135 a indiqué que le processus du foyer concernant les collecteurs d'urine consiste à vider les sacs collecteurs, puis à les rincer à l'eau et à les entreposer dans les salles de bains des personnes résidentes. On change ces conteneurs lors du premier bain de la semaine de la personne résidente.

Au cours de cette inspection, l'équipe d'inspection a remarqué que les murs et les plinthes des couloirs des unités de soins aux personnes résidentes aux 5^e et 6^e étages étaient rayés de marques noires, étaient sales par endroits, avec de la poussière et de la saleté. Le 15 novembre 2018, la superviseuse ou le superviseur des services de l'environnement a indiqué que le personnel de l'entretien ménager et le personnel infirmier peuvent appeler le 4444 quand ils ont besoin de faire faire quelque chose en dehors de leurs tâches habituelles. Les plinthes font partie d'un projet spécial de nettoyage quand elles sont signalées par un bon de travail du 4444. Le membre du personnel des services d'entretien ménager 134 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'on ne lave pas les murs et les plinthes du foyer dans le cadre des tâches courantes d'entretien ménager, et qu'il faut un projet spécial pour ce faire. Le membre du personnel des services d'entretien ménager 134 a indiqué avoir travaillé au foyer régulièrement pendant les trois dernières années, et ne pas avoir eu à appeler le 4444, car l'entretien ménager avait été bien géré.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel fussent toujours propres et sanitaires comme l'exige le présent alinéa [Alinéa 15 (2)a)]

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 l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires. Ce plan 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. 30. Exigences générales

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 30. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celui-ci aux interventions soient documentées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celle-ci aux interventions fussent documentées.

Le 6 novembre 2018, on a remarqué que la personne résidente 012 avait trois pansements. Un examen de son programme de soins actuel révélait qu'elle avait une peau fragile et risquait d'avoir une altération de l'intégrité épidermique.

On a effectué un examen de son dossier médical. Il indiquait que depuis un certain mois de 2018 la personne résidente a des problèmes récurrents d'intégrité épidermique nécessitant l'application de pansements. Un certain jour de 2018, on a envoyé la personne résidente à l'hôpital après une chute et une blessure. Elle est revenue avec des pansements à quatre (4) sièges de blessure. Il n'y a pas d'évaluations hebdomadaires de la peau ou des blessures concernant l'état des quatre sièges de la blessure dans le dossier électronique PointClickCare (PCC) de la personne résidente ni dans le dossier en version papier, pour la période entre le jour de la blessure et les 32 jours suivants. Il n'y a pas de documentation indiquant l'état de ces quatre blessures.

Un examen plus poussé du dossier médical de la personne résidente indiquait, dans les notes d'évolution, que la personne résidente avait subi des lésions de la peau nécessitant l'application de divers pansements les jours suivants :

Un certain jour de 2018, la personne résidente a eu une grande lacération à un membre déterminé. Les notes indiquaient que ce pansement devait être en place pendant 21 jours ou au besoin. On n'a trouvé dans le dossier médical de la personne résidente aucune autre documentation concernant l'état de la plaie.



Le lendemain, on indiquait que la personne résidente avait subi à un membre déterminé une lésion de la peau avec perte partielle de tissu. On indiquait que l'on avait mis un pansement. On n'a trouvé dans le dossier médical de la personne résidente aucune autre documentation concernant l'état de la plaie.

Cinq jours plus tard, on indiquait que la personne résidente avait une lésion cutanée à un autre membre déterminé. On indiquait que l'on avait mis un pansement. On n'a trouvé dans le dossier médical de la personne résidente aucune autre documentation concernant l'état de la plaie.

Quatre jours plus tard (10 jours après la première blessure signalée), on indiquait que la personne résidente avait une lésion cutanée à un autre membre déterminé. On indiquait que l'on avait mis un pansement. On n'a trouvé dans le dossier médical de la personne résidente aucune autre documentation concernant l'état de la plaie.

Trois jours plus tard, on indiquait que la personne résidente avait trois lésions cutanées à trois différents endroits de l'épiderme. On les a nettoyées et on a mis des pansements. Il n'y avait pas de documentation pour indiquer s'il s'agissait de lésions cutanées précédentes ou nouvelles.

Deux jours plus tard, on indiquait que la personne résidente avait une lésion cutanée à un autre membre. On indiquait que l'on avait mis un pansement. On n'a trouvé dans le dossier médical de la personne résidente aucune autre documentation concernant l'état de la plaie.

Trois jours plus tard (19 jours après la première blessure signalée) on indiquait que la personne résidente avait des lésions cutanées à la face postérieure de membres déterminés. On les a nettoyées et on a mis des pansements. Il n'y avait pas de document pour indiquer s'il s'agissait de lésions cutanées précédentes ou nouvelles.

Deux jours plus tard, on indiquait que la personne résidente avait une plaie sur la face postérieure d'un autre membre. On l'a nettoyée et on a mis un pansement. Il n'y avait pas de documents pour indiquer s'il s'agissait de lésions cutanées précédentes ou nouvelles.

Deux jours plus tard, on indiquait que la personne résidente avait une plaie à des membres déterminés. On les a nettoyées et on a mis des pansements. Il n'y avait pas de documents pour indiquer s'il s'agissait de lésions cutanées précédentes ou nouvelles.

Neuf jours plus tard (32 jours après la blessure initiale), on indiquait que la personne résidente avait une nouvelle blessure à un membre déterminé. On indiquait que l'on avait mis un pansement. On a trouvé, dans le dossier médical de la personne résidente, de la documentation concernant l'état de la blessure sept (7) jours, dix (10) jours et 24 jours après que cette blessure s'était produite.

Quinze (15) jours plus tard, on indiquait que la personne résidente avait eu un changement de pansement à un membre déterminé. On l'a nettoyé et mis un pansement. Il n'y avait pas de documentation pour indiquer s'il s'agissait de lésions cutanées précédentes ou nouvelles.

À une autre date déterminée de 2018, 62 jours après le signalement de la première blessure, on indiquait que la personne résidente avait une nouvelle blessure à un membre déterminé.

L'IA 100 a dit à l'inspectrice 117 que lorsqu'une personne résidente a une plaie ou un problème d'intégrité épidermique avec un pansement, il incombe au personnel infirmier autorisé de veiller à ce que les plaies ou le problème d'intégrité épidermique soient évalués sur une base hebdomadaire à l'aide de l'outil d'évaluation de la peau du foyer PointClickCare (PCC) et que cette évaluation doit être documentée dans le dossier électronique. L'IA 100 a également dit que les plaies ou les blessures de la personne résidente 012 et les traitements et pansements y afférents sont également mentionnés dans l'eMAR de la personne résidente, ce qui aide à se rappeler quand il faut faire l'évaluation hebdomadaire des plaies. Le personnel infirmier peut aussi documenter l'état de la plaie de la personne résidente dans les notes d'évolution. L'IA 100 et l'IAA 102 ne pouvaient pas expliquer pourquoi il y avait un manque d'uniformité dans la documentation concernant l'état des multiples plaies et traitements de la personne résidente 012. La ou le DSI a dit à l'inspectrice qu'il incombe à l'IA et à l'IAA de l'unité de veiller à ce que les personnes résidentes qui ont des plaies aient leurs traitements et interventions documentés dans leur dossier. [Paragraphe 30 (2)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celle-ci aux interventions soient documentées. Ce plan 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 les dispositions suivantes :

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

a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé :

- (i) dans les 24 heures de son admission,**
- (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant,**
- (iii) dès son retour d'une absence de plus de 24 heures, le cas échéant; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).**

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 :

- (i) 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,**
- (ii) 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,**
- (iii) 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,**
- (iv) 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 que, lorsque la personne résidente présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, elle se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital.

Un certain jour de 2018, la personne résidente 005 est tombée sur le sol et a subi plusieurs blessures. Elle a été envoyée à l'hôpital et est revenue au foyer deux jours plus tard.

On a examiné le dossier médical de la personne résidente 005, et l'on n'a pas trouvé de documentation concernant une évaluation de la peau à son retour de l'hôpital. Ainsi la personne résidente 005 ne s'est pas fait évaluer la peau à son retour de l'hôpital à une certaine date de 2018. [Disposition 50 (2)a)(ii)]

2. Cette inspection concerne l'incident critique n° 2759-000021-18 dont le titulaire de permis a fait rapport à une date déterminée de 2018; cet incident concernait une chute de personne résidente avec blessure qui avait eu lieu deux jours auparavant, et un changement important de son état de santé. On indiquait que la personne résidente 011 était revenue de l'hôpital un certain jour de 2018, huit (8) jours après la chute.

L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 011 qui avait eu une évaluation de la peau effectuée seulement deux jours après son retour de l'hôpital quand on avait remarqué qu'elle avait des ecchymoses déterminées. La personne résidente était revenue de l'hôpital à une certaine date de 2018 avec une plaie provenant d'une procédure de l'hôpital que l'on n'avait également évaluée que huit (8) jours après son retour de l'hôpital. [Disposition 50 (2)a) (ii)]

3. Cette inspection concerne un incident critique n° 2759-000023-18 dont le titulaire de permis avait fait rapport à une date déterminée de 2018; cet incident concernait une hospitalisation et un changement de l'état de santé de la personne résidente 025 qui avait fait une chute.

L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 025 concernant cette hospitalisation. La personne résidente 025 avait fait une chute à une date déterminée de 2018 et on l'avait envoyée à l'hôpital pour une évaluation plus poussée de deux blessures particulières. Elle était revenue de l'hôpital le lendemain avec un dispositif médical en place, néanmoins aucune évaluation de la peau après son retour de l'hôpital ne figurait dans ses dossiers médicaux comme c'est requis.

Le 20 novembre 2018, l'IA 100 a indiqué que les évaluations de la peau après une hospitalisation doivent être effectuées par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé pendant le poste du soir de la date du retour de l'hôpital de la personne résidente. Après examen des dossiers médicaux de la personne résidente, l'IA 100 n'a pas trouvé que l'on avait effectué d'évaluation de la peau pour les personnes résidentes 005, 011 et 025 comme l'exige la présente disposition. [Disposition 50 (2)a)(ii)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 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, se fasse 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.

Le 7 novembre 2018, l'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente 001 avait une plaie à un membre déterminé et des ecchymoses que l'on remarquait à d'autres endroits.

L'inspectrice 547 a examiné les évaluations de la personne résidente 001, toutefois elle n'a découvert aucune évaluation de la peau et des plaies pour le membre déterminé de la personne résidente. On a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 001, cependant la dernière note concernant la plaie de la personne résidente remontait à une certaine date, deux mois auparavant, après que la personne résidente avait une chute avec lésions cutanées. On avait nettoyé la peau de la personne et mis un pansement. Aucune évaluation ou réévaluations de la peau n'avaient été effectuées pour indiquer si la plaie ouverte de la peau datait de cette chute. À une date déterminée de 2018, près de cinq semaines plus tard, on indiquait que l'on avait enlevé un vieux pansement, et nettoyé et recouvert la plaie d'un pansement.

Le 20 novembre 2018, l'IA 100 a indiqué l'inspectrice 547 que toutes les plaies, toutes les déchirures et tous les ulcères de la peau nécessitaient une évaluation dans le système de documentation électronique, que cette évaluation doit être faite une fois que l'on a remarqué une altération de la peau, et avoir lieu ensuite chaque semaine.

Ainsi, la personne résidente 001, qui avait une altération de l'intégrité épidermique ou une plaie à un membre déterminé, n'a pas fait l'objet d'une évaluation de la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique comme l'exige la présente disposition. [Disposition 50 (2)b)(i)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 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, reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 qui faisaient état des problèmes d'altération de l'intégrité épidermique suivants :



À une certaine date de 2018, une plaie à un endroit déterminé comme on l'établit dans les notes d'évolution de la personne résidente, qui nécessitait d'être nettoyée et qu'on y mette un pansement.

Un certain jour de 2018, 27 jours après que l'on eut découvert la plaie susmentionnée, lors d'une première évaluation de la peau et des plaies, la plaie de la personne résidente, qualifiée de plaie de stade 1, était mentionnée comme s'étant détériorée et nécessitant d'être nettoyée et qu'on lui mette un pansement.

Vingt-six (26) jours plus tard, on indiquait que la personne résidente avait eu des ecchymoses à un membre déterminé.

Douze (12) jours après, on remarquait que la personne résidente avait à un autre endroit du corps une plaie rouge à vif qualifiée de plaie de stade 2 nécessitant d'être nettoyée et qu'on lui mette un pansement.

Neuf (9) jours plus tard, un certain jour de 2018, la personne résidente avait fait une chute avec plaies à deux endroits déterminés qui nécessitaient d'être nettoyées et que l'on mette des pansements.

Un jour après la chute susmentionnée, on documentait la présence de croûte et d'ecchymose à un membre déterminé.

Un certain jour de 2018, 29 jours après l'entrée susmentionnée, on avait enlevé un vieux pansement à la personne résidente, nettoyé la plaie et mis un pansement.

Un certain jour de 2018, 72 jours plus tard, on remarquait que la personne résidente avait une petite lésion cutanée à un endroit déterminé qui nécessitait d'être nettoyée et l'on avait mis un pansement.

L'inspectrice 547 a examiné le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) de la personne résidente que la directrice ou le directeur des soins infirmiers avait désigné comme étant l'endroit où l'on devait mentionner le traitement de la peau et les interventions pour les personnes résidentes. Pendant une période de six (6) mois en 2018, l'eMAR de la personne résidente 001 ne comportait aucun traitement ou aucunes interventions documentés requis pour un quelconque des problèmes susmentionnés d'altération de l'intégrité de la peau. [Disposition 50 (2)b)(ii)]



6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui présentait 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, fût réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

La ou le DSI a indiqué à l'inspectrice 547 que le personnel infirmier autorisé doit effectuer une réévaluation hebdomadaire pour chaque déchirure, plaie ou ulcère, dans le système de documentation électronique appelé PointClickCare (PCC).

L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 qui mentionnaient des problèmes d'intégrité épidermique identifiés à trois endroits déterminés. La seule évaluation hebdomadaire de la peau figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente était celle d'une date déterminée de 2018, concernant la première des trois plaies identifiées de la personne résidente. On n'a trouvé pendant une période de six mois aucune évaluation hebdomadaire pour chacun de ces trois problèmes d'intégrité épidermique comme l'exige la présente disposition. [Disposition 50 (2)b)(iv)]

7. L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 014 qui indiquaient, dans l'évaluation figurant dans le minimum de données standardisées (MDS) de la personne résidente daté d'une certaine date de 2018, qu'elle avait une lésion de pression de stade 2 à un endroit déterminé, lésion liée à des problèmes de mobilité. Les évaluations de la peau de la personne résidente dans le système de documentation PointClickCare (PCC) avaient été effectuées pour la dernière fois quatre mois avant la date déterminée.

Ainsi, la personne résidente 014 qui manifestait une altération de l'intégrité de la peau en raison d'une lésion de pression à une certaine date de 2018, n'avait pas eu d'évaluations hebdomadaires de la peau pour une altération de la peau qui continuait ainsi qu'on l'indiquait dans l'évaluation effectuée quatre mois plus tard et figurant dans le MDS, comme l'exige la présente disposition. [Disposition 50 (2)b)(iv)]

8. Le 6 novembre 2018, on a remarqué que la personne résidente 012 avait trois pansements. Un examen de son programme de soins actuel révélait qu'elle avait une peau fragile et risquait d'avoir une altération de l'intégrité épidermique. On a effectué un examen de son dossier médical. Il indique que depuis un certain mois de 2018 la personne résidente a des problèmes récurrents d'intégrité épidermique nécessitant l'application de pansements. Un certain jour de 2018, on a envoyé la personne résidente à l'hôpital après une chute et une blessure. La personne résidente

est revenue avec des pansements à quatre (4) sièges de blessure. Il n'y a pas d'évaluations hebdomadaires de la peau ou des plaies concernant l'état des quatre sièges de la blessure figurant dans le dossier électronique PointClickCare (PCC) de la personne résidente ni dans le dossier en version papier, pour la période entre le jour de la blessure et les 32 jours suivants. Il n'y a pas de documentation indiquant l'état de ces quatre blessures.

À une date déterminée de 2018, l'évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies indiquait que la personne résidente avait une grande plaie à un membre déterminé avec écoulement provenant du siège de la plaie. L'évaluation indiquait également que l'on avait mis un pansement huit (8) jours auparavant et qu'il était intact. Les notes indiquent que ce pansement devait être en place pendant 21 jours ou au besoin. On n'a trouvé dans le dossier médical de la personne résidente aucune autre documentation concernant l'état de la plaie.

Le lendemain, on indiquait que la personne résidente avait subi une lésion de la peau avec perte de tissu partielle à un membre déterminé. On indiquait que l'on avait mis un pansement. On n'a trouvé dans le dossier médical de la personne résidente aucune autre documentation concernant l'état de la plaie.

Un certain jour de 2018, 32 jours plus tard, la personne résidente 012 a subi une autre blessure à deux endroits déterminés. Des ordonnances médicales datées du lendemain, donnaient des directives à l'intention du personnel autorisé pour nettoyer les plaies avec de l'eau stérile, pour les recouvrir d'un pansement déterminé, et surveiller la plaie et le pansement deux fois par semaine. Un examen de deux dossier électronique d'administration des médicaments mensuels (eMAR) dans lesquels les soins des plaies consistants en pansements et traitements étaient documentés, indiquait que la plaie de la personne résidente avait été évaluée trois fois sur une période de quatre semaines, à trois dates déterminées. Il n'y avait pas d'évaluation hebdomadaire de la peau effectuée par du personnel autorisé concernant cette plaie, à compter du jour de la blessure et jusqu'au moment où l'on avait mis fin à l'ordonnance de traitement, 28 jours plus tard.

L'IA 100 a dit à l'inspectrice 117 que, quand une personne résidente a une plaie avec pansement, il incombe au personnel infirmier autorisé de veiller à ce que les plaies soient évaluées sur une base hebdomadaire à l'aide de l'outil d'évaluation de la peau PointClickCare (PCC) et à ce que cette évaluation soit documentée dans le dossier électronique. L'IA 100 a également dit que les plaies de la personne résidente 012 et les traitements et pansements y afférents sont également mentionnés dans l'eMAR, ce qui aide à se souvenir du moment où l'on doit faire l'évaluation hebdomadaire des plaies. L'IA 100 et l'IAA 102 ne pouvaient pas expliquer pourquoi, depuis une date déterminée de 2018, on n'avait pas effectué les évaluations hebdomadaires des plaies



de la personne résidente 012 dans le PCC alors que celle-ci avait de multiples lésions cutanées nécessitant des pansements. La ou le DSI a dit à l'inspectrice qu'il incombe aux IA et aux IAA de l'unité de veiller à ce que les personnes résidentes qui ont des plaies fassent l'objet d'évaluations hebdomadaires de la peau et que ces évaluations doivent être documentées dans le dossier électronique PCC de la personne résidente. [Disposition 50 (2)b)(iv)]

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 la personne résidente dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital, le cas échéant [disposition 50 (2)a) (ii)], et le titulaire de permis doit veiller à ce que [disposition 50 (2)b)] la personne résidente 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, (i) se fasse 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, (ii) reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire, et (iv) soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 68. Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

En particulier concernant les dispositions suivantes :

- Par. 68. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :**
- a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).**
 - b) l'identification des risques afférents aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).**



- c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).
- d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques afférents à l'alimentation
- e) et à l'hydratation sont identifiés; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).
- f) un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner à l'égard de chaque résident :
 - (i) le poids à l'admission et tous les mois par la suite,
 - (ii) l'indice de masse corporelle et la stature à l'admission et une fois par année par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation exigé à l'alinéa 11 (1)a) de la Loi comportât e) un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner à l'égard de chaque personne résidente, (i) le poids à l'admission et tous les mois par la suite.

Le 19 novembre 2018, l'inspectrice 593 a examiné, documentés dans l'interface PointClickCare (PCC), les poids mensuels des personnes résidentes suivantes :

Personne résidente 007 - un certain jour de 2018, on avait pesé la personne résidente et le poids mentionné était de 19,2 kg de plus que le poids du mois précédent. On n'avait pas effectué de vérification ultérieure.

Les poids mensuels de la personne résidente 026 n'étaient pas documentés pendant trois mois consécutifs de 2018.

Les poids mensuels de la personne résidente 034 n'étaient pas documentés pendant 6 mois déterminés des 10 derniers mois de 2018.

Les poids mensuels de la personne résidente 035 n'étaient pas documentés pendant 6 mois déterminés des 10 derniers mois de 2018.

Les poids mensuels de la personne résidente 036 n'étaient pas documentés pendant 3 mois déterminés de 2018. À une date déterminée de 2018, la personne résidente a été pesée, le poids documenté était de 36,6 kg de plus que celui du mois précédent. On n'avait pas effectué de vérification ultérieure.

Les poids mensuels de la personne résidente 037 n'ont pas été documentés pendant 9 mois déterminés des 11 derniers mois de 2017 et 2018.



Les poids mensuels de la personne résidente 038 n'étaient pas documentés pendant 4 mois déterminés des 9 derniers mois de 2018.

À une date déterminée de 2018, la personne résidente 029 a été pesée, et le poids documenté était de 2,0 kg. On n'avait pas effectué de vérification ultérieure.

À une date déterminée de 2018, la personne résidente 002 a été pesée, et le poids documenté était de 24,4 kg de plus que le poids du mois précédent. On n'avait pas effectué de vérification ultérieure.

Les poids mensuels de la personne résidente 019 n'étaient pas documentés pendant 8 mois déterminés des 9 derniers mois de 2018.

L'inspectrice 593 a examiné la politique du foyer CLIN CARE 40 LTC intitulée *Nutrition and Hydration Program, Long Term Care* (programme de soins alimentaires et d'hydratation - soins de longue durée), révisée en août 2017. À la rubrique « rôles et responsabilités » pour les infirmières autorisées ou les infirmiers autorisés (IA) et pour les infirmières auxiliaires autorisées ou les infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), on indiquait de « noter le poids et la taille des personnes résidentes lors de leur admission, et également de mesurer la taille tous les ans et le poids au moins une fois par mois ».

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) a indiqué que, lors de l'examen des poids mensuels, il y avait souvent des poids manquants et inexacts, et qu'il ou elle demandait souvent de refaire les pesages, toutefois seulement pour les personnes résidentes que l'on surveillait parce qu'elles présentaient un risque plus élevé.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 20 novembre 2018, l'administratrice ou l'administrateur a indiqué que les poids mensuels étaient censés être mesurés et documentés dans l'interface PointClickCare (PCC) pendant les cinq ou six premiers jours du mois. S'il y avait un écart de deux kilos ou plus, il fallait alors refaire le pesage et le signaler au personnel infirmier autorisé. L'administratrice ou l'administrateur a dit que l'interface PCC ne signale pas les écarts de poids. [Disposition 68 (2)e) (i)]



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 il veille à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation exigé à l'alinéa 11 (1)a) de la Loi comporte e) un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner à l'égard de chaque personne résidente, (i) le poids à l'admission et tous les mois par la suite.

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 87. Entretien ménager

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 87. Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit : l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant à l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

On a remarqué que les aires de soins aux personnes résidentes suivantes avaient des odeurs nauséabondes persistantes les 6, 8, 13 et 15 novembre 2018 :

- salle de télévision du 6^e étage,
- chambre de la personne résidente 008, près du lit et dans un fauteuil recouvert de couvertures,
- salles de bains partagées des personnes résidentes 004 et 021.

Le 13 novembre 2018, la personne préposée à l'entretien ménager 110 a indiqué qu'il y avait plusieurs aires de soins aux personnes résidentes qui ont des odeurs nauséabondes persistantes que l'agent neutralisant Oxypur utilisé pour ce type d'odeurs n'éliminait pas toujours. La personne préposée à l'entretien ménager 110 vaporise ces produits dans les conduites de ces endroits, comme dans les siphons d'évier et de sol afin de neutraliser ces odeurs, toutefois cela ne semble pas être efficace.

Le 14 novembre 2018, la ou le PSSP 112 a indiqué à l'inspectrice 547 que certaines salles de bains de personnes résidentes avaient une odeur nauséabonde persistante, et qu'ils avaient un processus pour changer les accessoires de soins personnels toutes les semaines lors du premier bain de la semaine pour tenter de limiter ces odeurs. Ces accessoires de soins personnels, comme les sacs collecteurs pour l'urine, les collecteurs d'urine et les bassins de lit, sont censés être rincés après chaque utilisation, et il se peut que ce ne soit pas fait comme c'est requis.

Le 15 novembre 2018, la ou le PSSP 133 faisait le lit de la personne résidente 008 avec des draps propres, car c'était le jour du bain de cette personne résidente, et la ou le PSSP pensait qu'il n'y avait pas d'odeurs. La ou le PSSP 133 a indiqué que le matelas de la personne résidente n'était pas lavé, car cet équipement ne faisait pas partie du processus de nettoyage du foyer. La ou le PSSP 133 pensait que vraisemblablement le lavage des matelas incombait aux services d'entretien ménager.

La personne préposée à l'entretien ménager 134 a indiqué à l'inspectrice 547 que les matelas des personnes résidentes ne sont lavés qu'au moment de l'admission, et ensuite une fois que la personne résidente quitte le foyer, sauf si le personnel infirmier demande au personnel de l'entretien ménager de laver le matelas d'une personne résidente. La personne préposée à l'entretien ménager 134 a indiqué que le personnel des soins infirmiers ne l'a pas informée de la nécessité de nettoyer le matelas de la personne résidente 008.

Le 15 novembre 2018, la superviseure ou le superviseur des services de l'environnement du foyer a indiqué que le foyer utilise un produit spécialisé appelé Oxypur que les membres du personnel de l'entretien ménager ont dans leurs chariots de ménage. Ce produit doit être utilisé directement sur les endroits qui ont des odeurs persistantes; personne préposée à l'entretien ménager doit alors attendre cinq minutes et revenir nettoyer l'endroit. Une fois que l'endroit est sec, on peut répéter ce processus si les odeurs persistent. Si personne préposée à l'entretien ménager ne parvient pas à éliminer l'odeur persistante, il ou elle doit appeler la superviseure ou le superviseur de l'entretien des installations.

Lors de l'observation des aires des soins aux personnes résidentes, la superviseure ou le superviseur des services de l'environnement a indiqué que les marches à suivre élaborées par le titulaire de permis n'ont pas été mises en œuvre éliminer des odeurs nauséabondes persistantes, comme c'est requis. [Alinéa 87 (2)d)]

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 sont élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129. Entreposage sécuritaire des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 129. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

- (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,**
- (ii) il est sûr et verrouillé,**
- (iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,**
- (iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments, qui est spécifiquement sûr et verrouillé.

Le 7 novembre 2018, vers 13 h 25, on remarquait la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) 112 avec un chariot d'articles de soins personnels et deux pots de crème médicinale appartenant aux personnes résidentes 022 et 023.

La ou le PSSP 112 a indiqué à l'inspectrice 126 que l'administratrice ou l'administrateur avait demandé que l'on vérifie toutes les chambres des personnes résidentes afin de veiller à ce que les articles de soins personnels soient identifiés et à enlever ceux qui n'appartiennent pas à la chambre de la personne résidente. La ou le PSSP 112 a indiqué avoir trouvé les deux pots de crème médicinale prescrite dans les chambres des personnes résidentes.

Ainsi, les deux pots de crème médicinale prescrite n'étaient pas entreposés dans un endroit sûr et verrouillé. [Alinéa 129 (1)a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés spécifiquement dans un endroit ou un chariot à médicaments utilisé exclusivement pour les médicaments et les fournitures y afférentes.

Le 21 novembre 2018, l'inspectrice 547 a observé le membre du personnel des services d'entretien ménager 134 qui entrait dans le poste infirmier verrouillé d'une unité de soins aux personnes résidentes. On remarquait que le poste infirmier contenait des crèmes et des onguents prescrits non verrouillés destinés à des personnes résidentes du sixième étage du foyer.

Le poste infirmier est un lieu de réunion commun pour le personnel pour se documenter, pour tenir des réunions et prendre des pauses.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué que le poste infirmier n'est pas un endroit utilisé exclusivement pour les médicaments et les fournitures y afférentes, que l'on n'aurait pas dû y entreposer des crèmes et des onguents prescrits, et que l'on devrait les déplacer ailleurs comme c'est requis. [Disposition 129 (1)a)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le 15 novembre 2018, à 11 h 45, l'inspectrice 117 a effectué, avec l'IAA 102, un examen des substances désignées d'une unité de soins aux personnes résidentes, quand on a remarqué que deux doses de deux substances désignées prescrites pour la personne résidente 004 étaient manquantes dans les fiches d'administration des narcotiques et des substances désignées.

La personne résidente 004 a deux substances désignées prescrites : le médicament n° 1 trois fois par jour, et le médicament n° 2 toutes les 4 à 6 heures au besoin. Les dossiers d'administration des substances désignées indiquaient qu'une dose de chacun de ces médicaments était manquante dans la section du chariot à médicaments pour les substances désignées qui est verrouillée à double tour.

L'IAA 102 a indiqué avoir versé à l'avance la dose du médicament n° 1 pour le déjeuner ainsi qu'une dose du médicament n° 2. L'inspectrice avait remarqué que ces deux médicaments se trouvaient dans le chariot à médicaments déverrouillé, avec d'autres médicaments de la personne résidente 004. L'IAA a dit toujours préparer les substances désignées de la personne résidente 004 avant l'heure de l'administration des médicaments pendant le déjeuner. Ces médicaments sont alors placés dans un gobelet à médicaments transparent, avec les autres médicaments habituels de la personne résidente. Les autres médicaments de la personne résidente ne sont pas entreposés dans un endroit distinct, verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Quand on lui a demandé pourquoi le médicament n° 2, qui est un médicament à prendre au besoin, était préparé à l'avance, l'IAA a répondu que c'était parce que la personne résidente 004 en fait habituellement la demande, et l'IAA a dit avoir préparé le médicament en prévision de l'éventuel besoin de la personne résidente.

Ainsi, les médicaments n° 1 et n° 2, qui sont tous deux des substances désignées, n'étaient pas entreposés dans un endroit distinct, verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé dans l'aire de soins aux personnes résidentes. [Alinéa 129 (1)b)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est spécifiquement sûr et verrouillé. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131. Administration des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :



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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

La personne résidente 027 a une ordonnance pour un médicament déterminé qu'il faut administrer trois fois par jour. Le médicament doit être administré à 6 h, à 13 h et à 17 h.

Un certain jour de 2018, l'IA 138 est allée administrer le médicament prescrit de la personne résidente à 6 h. L'IA a apporté le médicament préparé au chevet de la personne résidente. Cependant on a appelé l'IA 138 pour répondre aux besoins d'une autre personne résidente. Le personnel du poste de travail suivant a découvert le médicament préparé au chevet de la personne résidente. On a évalué la personne résidente, et remarqué qu'elle n'avait pas de réactions indésirables. On a avisé la ou le médecin de la personne résidente et la personne détentrice d'une procuration de la personne résidente 027 que celle-ci n'avait pas reçu son médicament prescrit conformément à l'ordonnance. [Paragraphe 131 (2)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments sont administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 13 : 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. 3. Déclaration des droits des résidents

En particulier concernant les dispositions suivantes :



Par. 3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

11. . Le résident a le droit :

i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,

ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,

iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,

iv. de voir respecter, conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci. 2007, chap. 8, par. 3 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion des droits suivants des personnes résidentes :

11. La personne résidente a le droit :

i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,

ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informée des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,

iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci.



Le 20 novembre 2018, l'inspectrice 126 montait l'escalier de l'hôpital public à l'extérieur du foyer et a remarqué des morceaux de papier déchirés sur un côté de la fenêtre entre les 4^e et 5^e étages. Les feuilles de papier étaient déchirées en grands morceaux et l'on remarquait le nom de plusieurs personnes résidentes qui vivent au 5^e étage.

Le nom de la personne résidente 007 y figurait, avec mention de son taux de glycémie et sa tension artérielle. Les taux de glycémie étaient mentionnés pour les personnes résidentes 004 et 026. Il y avait une colonne comportant le nom d'un médicament déterminé et quatre noms de personnes résidentes à côté de ce nom. Il y avait également le nom d'une personne résidente avec mention de ses signes vitaux, notamment température, tension artérielle, saturation en oxygène, respiration et pouls.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas respecté le caractère confidentiel des renseignements personnels sur la santé des personnes résidentes susmentionnées. [Alinéa 3 (1) 11.]

AE n° 14 : 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 les personnes résidentes.

Le 14 novembre 2018, l'inspectrice 117 a observé la personne résidente 027 avec l'IAA 114 dans la chambre à 9 h 20 durant la distribution de médicaments du matin. À ce moment-là, on remarquait que la personne résidente était soulevée dans un lève-personne mécanique et que la ou le PSSP 125 était au côté de la personne résidente. À 9 h 35, la porte de la chambre de la personne résidente s'est ouverte, et la ou le PSSP 125 a amené la personne résidente en fauteuil roulant hors de sa chambre et dans la salle à manger principale de l'unité. On remarquait qu'aucun autre membre du personnel ne sortait de la chambre. L'inspectrice 117 a remarqué que la personne résidente était assise dans son fauteuil roulant, sur la toile ayant servi à son transfert.

L'inspectrice 117 a demandé à la ou au PSSP 125 quels étaient les besoins de la personne résidente en matière de transfert et comment on avait procédé ce matin-là. La ou le PSSP 125 a dit s'aider mutuellement avec la ou le PSSP 126 en faisant une partie des soins du matin de la personne résidente 027, notamment pour ses besoins en matière de transfert. La ou le PSSP 125 a confirmé que la personne résidente est un cas de transfert par lève-personne mécanique, et a dit que la ou le PSSP 126 avait fourni de l'aide ce matin-là pour le transfert de la personne résidente par lève-personne mécanique. L'inspectrice 117 s'est entretenue avec la ou le PSSP 126, qui était dans la troisième salle à manger de l'unité et aidait une autre personne résidente à manger. Quand on le lui a demandé, la ou le PSSP 126 a dit être affecté(e) à la prestation des soins de la personne résidente 027. Toutefois, ce matin-là, elle avait prêté assistance pour un transfert de la personne résidente 027 par lève-personne mécanique du lit au siège d'aisances, avec la ou le PSSP 125. La PSSP 126 avait alors quitté la chambre de la personne résidente pour aider à répondre aux besoins en soins d'autres personnes résidentes. La ou le PSSP 125 ne l'avait pas approché(e) et ne lui avait pas demandé de l'aider pour le transfert de la personne résidente 027 du siège d'aisances au fauteuil roulant.

L'inspectrice 117 s'est entretenue avec la personne résidente 027 concernant qui lui avait fourni ses soins ce matin-là. La personne résidente a indiqué que la ou le PSSP 125 était la seule personne qui lui avait fourni des soins ce matin-là.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle est un cas de transfert par lève-personne mécanique avec deux personnes. Au chevet du lit de la personne résidente, il y a un journal de bord des transferts qui indique que la personne résidente est un cas de transfert par lève-personne mécanique avec deux personnes. L'administratrice ou l'administrateur et la ou le DSI ont dit tous deux à l'inspectrice que la politique du foyer relative aux transferts indique très clairement que deux membres du personnel doivent être présents et fournir de l'assistance pour tout transfert par lève-personne mécanique.

Le 15 novembre 2018, l'administratrice ou l'administrateur a confirmé avoir parlé aux deux PSSP 125 et 126 concernant les techniques de transfert utilisées pendant le transfert de la personne résidente 027 le 14 novembre 2018 lors des tâches habituelles des soins du matin. L'administratrice ou l'administrateur a dit que la ou le PSSP 125 avait effectué par ses propres moyens le transfert de la personne résidente du siège d'aisances à son fauteuil roulant. L'administratrice ou l'administrateur a dit que la politique du foyer et le programme de soins de la personne résidente exigent qu'il y ait deux membres du personnel pour veiller à ce que les transferts par lève-personne mécanique soient sécuritaires.

Ainsi, la ou le PSSP 125 n'a pas utilisé des techniques de transfert sécuritaires en aidant la personne résidente 027 pour ses transferts d'un siège d'aisances à un fauteuil roulant. [Article 36]

AE n° 15 : 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. 60. Pouvoirs du conseil des familles

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 60. (2) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 et 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 60 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par le conseil des familles de sujets de préoccupation ou de recommandations.

L'inspectrice 547 a examiné les procès-verbaux du conseil des familles du titulaire de permis, de 2018 jusqu'à ce jour, et a noté les sujets de préoccupation suivants :

Au paragraphe 5.3 du procès-verbal du 30 janvier 2018, on mentionnait l'eau chaude de la machine à laver du 6^e étage. Le conseil des familles a fait part de la préoccupation que la machine à laver du 6^e étage ne fonctionne pas à l'eau chaude. L'adjointe ou l'adjoint au conseil des familles a présenté une demande pour faire contrôler et réparer cette machine à laver, comme c'est requis, à titre de réponse au conseil des familles.

Le paragraphe 4.1 du procès-verbal du 27 mars 2018 concernant les questions découlant du procès-verbal précédent mentionnait que la fonction d'eau chaude ne fonctionnait toujours pas dans la machine à laver du 6^e étage.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué à titre de réponse de valider ce sujet de préoccupation auprès du service de gestion des installations afin de s'assurer que l'on s'occupe de la réparation de la machine. L'administratrice ou l'administrateur a indiqué qu'il n'y avait pas de mention initiale de cette demande de réparation émanant de la réunion de janvier 2018. Une demande de réparation a été faite par l'administratrice ou l'administrateur au service de gestion des installations le 28 mars 2018. L'administratrice ou l'administrateur a fourni à l'inspectrice 547 une copie d'un courriel de la présidente ou

du président du conseil des familles daté du 23 avril 2018 qui réitérait la préoccupation du conseil concernant la réparation requise à la machine à laver du 6^e étage.

L'administratrice ou l'administrateur a répondu à la présidente ou au président du conseil des familles le même jour dans un courriel pour indiquer qu'il fallait une nouvelle pièce de rechange pour la machine et qu'il faudra remplacer le plancher. Cette réponse écrite au conseil des familles a été faite 27 jours après que le titulaire de permis eût été mis au courant de cette préoccupation, et 83 jours après la mention initiale de cette préoccupation lors de la réunion de janvier 2018.

Le paragraphe 5.5 du procès-verbal du 29 mai 2018 concernait une préoccupation au sujet des chaises du hall principal qui étaient recouvertes de tissu, utilisées par de nombreuses personnes résidentes du 6^e étage et qui posaient de nombreux problèmes d'hygiène. Les mesures identifiées dans le procès-verbal indiquaient que l'administratrice ou l'administrateur ferait un suivi auprès de la présente ou du président du conseil des familles. Ces préoccupations ont été mentionnées au titulaire de permis le 14 juin 2018. Le procès-verbal a été communiqué au conseil des familles par courriel le 11 juillet 2018, 27 jours après que ce sujet de préoccupation eût été mentionné au titulaire de permis. Aucun autre dossier ne permettait d'identifier une réponse quelconque au conseil des familles dans les 10 jours comme l'exige le présent article.

Le paragraphe 5.1 du procès-verbal du 25 septembre 2018 concernait des sujets de préoccupation relatifs au fait que l'on servait les personnes résidentes aux tables avant que le personnel infirmier soit disponible pour les aider. Le procès-verbal documentait une réponse de l'administratrice ou de l'administrateur qui indiquait que cette question serait abordée avec le personnel. Le procès-verbal du 25 septembre 2018 a été communiqué au conseil des familles le 10 octobre 2018, douze jours après que ce sujet de préoccupation eût été porté à l'attention du titulaire de permis. [Paragraphe 60 (2)]

AE n° 16 : 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. 67. Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte tous les trois mois au moins. 2007, chap. 8, par. 67

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à consulter régulièrement le conseil des résidents tous les trois mois au moins.

L'inspectrice 126 a eu un entretien avec la présidente ou le président du conseil des résidents qui a indiqué que le dernier conseil des résidents avait eu lieu en mai 2018, et qu'il n'y avait donc pas eu de réunions ni de consultations du conseil des résidents entre mai et novembre 2018.

La ou le récréothérapeute 136 et l'administratrice ou l'administrateur ont indiqué à l'inspectrice 126 que la dernière réunion du conseil des résidents avait eu lieu en mai 2018.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas consulté le conseil des résidents tous les trois mois au moins, comme c'est requis. [Article 67]

AE n° 17 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 72. Préparation alimentaire**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

Par. 72. Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit : des substitutions de menu qui sont comparables au menu planifié; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 72 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de préparation alimentaire doive prévoir au minimum e) des substitutions de menu qui sont comparables au menu planifié.

L'inspectrice 593 a remarqué que le menu affiché dans les salles à manger des cinquième et sixième étages était daté du 9 mars 2018. Il s'agissait du menu dont on fait actuellement la rotation au foyer.

L'inspectrice 593 a examiné le cycle de menus daté du 9 mars 2018. Le cycle durait 21 jours.

L'inspectrice 593 a constaté ce qui suit :

- On documentait pour 30 des 42 déjeuners et dîners que le menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était différent du menu pour régime régulier dans le cas d'un ou des deux choix.
- Pour les choix qui étaient comparables, les choix multiples offraient les mêmes protéines, toutefois le repas lui-même n'était pas comparable :

Déjeuner du 3^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était de la lasagne à la viande, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du bœuf haché fin/en purée.

Déjeuner du 7^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était du pâté au poulet, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du poulet haché fin/en purée.

Déjeuner du 9^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était du poulet au beurre, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du poulet haché fin/en purée.

Déjeuner du 11^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était de la lasagne à la viande, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du bœuf haché fin/en purée.

Déjeuner du 12^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était des boulettes de viande teriyaki, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du bœuf haché fin/en purée.

Déjeuner du 14^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était du poulet à la king, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du poulet haché fin/en purée.

Déjeuner du 15^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était des boulettes de viande à la sauce aigre-douce, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du bœuf haché fin/en purée.

Déjeuner du 17^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était du poulet au curry doux, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du poulet haché fin/en purée.

Déjeuner du 20^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était du chili con carne, l'option de menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était du bœuf haché fin/en purée.

Dîner du 20^e jour - un des choix du menu pour les régimes réguliers était du pâté au poulet, l'option de menu comportant des aliments hachés fins était des pâtes au poulet et cette option n'était pas offerte en purée.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) a indiqué ne pas avoir revu et approuvé le menu actuel avant sa mise en œuvre en mars 2018. La ou le DA ne savait pas exactement pourquoi le menu comportant des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée était si différent du menu pour les régimes réguliers, et il ou elle a toutefois indiqué qu'il pouvait s'agir d'un problème d'approvisionnement.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la superviseure ou le superviseur en service alimentaire (SSA) 141 a indiqué qu'ils étaient plus limités pour le menu des aliments hachés fins ou composé d'aliments en purée, car ils n'avaient pas le personnel ni les ressources sur place pour hacher fin ou réduire en purée les aliments. La ou le SSA 141 a ajouté que le menu dépendait de la disponibilité du choix en question, car tous les repas étaient préparés à l'avance puis livrés au foyer. Si le même choix indiqué au menu n'est pas offert haché fin ou en purée, il se peut que l'on offre quelque chose de différent du menu régulier. [Alinéa 72 (2)e]

AE n° 18 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73. Service de restauration et de collation

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

6. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprît au minimum les éléments suivants : 6. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Pendant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, plusieurs d'entre elles ont indiqué que les repas servis n'étaient pas suffisamment chauds pour leur plaisir.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 16 novembre 2018, la personne résidente 007 a indiqué que souvent la nourriture n'était pas suffisamment chaude quand on la servait. La personne résidente 007 a décrit la nourriture servie comme étant « tiède » et elle a dit en outre qu'elle ajoute un sachet de sucre à la nourriture pour la rendre plus appétissante.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 16 novembre 2018, la personne résidente 006 a indiqué que la nourriture n'était jamais suffisamment chaude. La personne résidente 006 a décrit la nourriture comme étant « toujours froide ».

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 16 novembre 2018, la personne résidente 004 a indiqué que souvent la nourriture n'était jamais suffisamment chaude. La personne résidente 004 a dit que « la nourriture était rarement suffisamment chaude » et qu'elle aimerait qu'elle soit servie plus chaude. Quand on lui a demandé si le personnel la réchauffait pour elle, la personne résidente 004 a répondu « non, ils sont trop occupés ».

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 547, le 23 novembre 2018, la personne résidente 033 a indiqué que la nourriture était souvent froide, cependant quand la personne résidente demandait au personnel de réchauffer la nourriture, le personnel l'ignorait et s'éloignait.

Des observations de la salle à manger du cinquième étage pendant le petit déjeuner du 14 novembre 2018 permettaient de constater que le service avait commencé en retard, car l'aide-diététiste était malade et que ce poste n'avait pas été remplacé. Le service du petit déjeuner du cinquième étage était prévu pour commencer à 8 h, moment auquel la nourriture chaude était apportée à la dépense. À 9 h, on remarquait que des 20 personnes résidentes assises dans la salle à manger, deux avaient reçu une rôtie, et une des céréales. Aucune personne résidente n'avait encore reçu les aliments chauds du repas.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 14 novembre 2018, l'aide-diététiste (AD) 146 a indiqué que la nourriture arrive habituellement à la dépense à 8 h. La ou l'AD 146 a dit que l'on est censé effectuer des contrôles de température quand la nourriture arrive, toutefois on ne l'avait pas fait ce matin-là, car il n'y avait pas de personnel dans la dépense quand on avait apporté la nourriture. Quand on lui a demandé si l'on vérifiait la température des aliments à la fin du service de repas, la ou l'AD 146 a déclaré : « non, nous ne le faisons pas ».



L'inspectrice 593 a examiné les feuilles de menus et les relevés des températures pour ce qui suit (on remarquait qu'il y avait deux colonnes pour inscrire les températures) :

14 novembre 2018 - petit déjeuner cinquième étage : Aucun contrôle des températures n'a été effectué pour ce service de repas.

14 novembre 2018 - déjeuner cinquième étage : On n'a pas fait de contrôles des températures pour la fin du service de repas.

15 novembre 2018 - petit déjeuner cinquième étage : On n'a pas fait de contrôles des températures pour la fin du service de repas.

15 novembre 2018 - petit déjeuner sixième étage : On n'a pas fait de contrôles des températures pour la fin du service de repas.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la ou l'AD 144 a indiqué être la ou l'AD permanent(e) pour la salle à manger du sixième étage. La ou l'AD 144 a ajouté qu'il y avait plusieurs personnes résidentes qui se plaignaient régulièrement que la nourriture n'était pas assez chaude, et que certains récipients de nourriture provenant de la cuisine étaient constamment pas assez chauds et devaient être réchauffés dans la dépense. Il y avait eu également des moments où les récipients de nourriture étaient arrivés congelés en leur centre.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 20 novembre 2018, la superviseure ou le superviseur en service alimentaire (SSA) 141 a indiqué que l'on devait prendre la température des aliments et la documenter dès l'arrivée du chariot aux deux dépenses situées aux cinquième et sixième étages. La ou le SSA 141 a expliqué que l'on devait aussi prendre la température à la fin du service de repas pour s'assurer que la nourriture servie avait gardé la chaleur pendant le service et conservé une température minimale. La ou le SSA 141 a ajouté que c'était un point sur lequel on travaillait constamment, car habituellement les seconds contrôles de température n'avaient pas lieu. Quand on lui a demandé les données historiques des contrôles de température effectués à la fin du service de repas, la ou le SSA 141 a dit ne pas avoir cette information, car on n'avait pas fait de contrôles de température à la fin du service de repas depuis longtemps.

[Alinéa 73 (1)6.]



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

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

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

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

Émis le 14 février 2019.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.



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

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

Order(s) of the Inspector

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 Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection des FSLD**

Copie destinée au public

**Nom des inspectrices
(n°) :** LISA KLUKE (547), GILLIAN CHAMBERLIN (593),
LINDA HARKINS (126), LYNE DUCHESNE (117)

N° de l'inspection : 2018_621547_0036

N° de registre : 029079-18

Type d'inspection : Inspection de la qualité des services aux
personnes résidentes

Dates du rapport : 6 et 7 novembre 2018; 12 février 2019

Titulaire de permis : Soins continus Bruyère Inc.
43, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N-5C8

Foyer de SLD : Résidence Élisabeth-Bruyère
75, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N-5C8

**Nom de l'administratrice
ou de l'administrateur :** Chantale Cameron

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 :

Ordre n° 901 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes du :

Paragraphe 230 (5) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence traitent des questions suivantes :

1. L'activation des plans.
2. La filière hiérarchique.
3. Le plan de communications.
4. Les rôles et responsabilités particuliers du personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (5).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au Règl. de l'Ont. par. 230 (5).

En particulier le titulaire de permis doit veiller à ce que :

1. Le personnel qui travaille au foyer au cours des 24 heures qui suivent la signification de cet ordre, revoient le plan de mesures d'urgence du titulaire de permis intitulé « processus SCATEE » pour l'incendie et la fumée, et que cette révision soit documentée.
2. Au cours des 24 heures suivantes le titulaire de permis doit évaluer la santé et l'état émotionnel des personnes résidentes 006, 007 et 021, et de toute autre personne résidente qui manifeste des symptômes liés à cet incident qui a eu lieu le 6 novembre 2018 dans la déense du cinquième étage, au cours des 24 prochaines heures, et que ces évaluations soient documentées dans les dossiers médicaux des personnes résidentes.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses plans de mesures d'urgence traitent des questions suivantes :
 1. L'activation des plans,
 2. La filière hiérarchique,
 3. Les plans de communications,
 4. Les rôles et responsabilités particuliers du personnel.

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

Le 6 novembre 2018, dans la dépense d'une unité, pendant le service du repas de midi, la personne préposée aux services de soutien (PSSP) 101 a mis un aliment dans le four à micro-ondes de la dépense pour le réchauffer. La ou le PSSP a quitté la dépense pour s'occuper de personnes résidentes dans la salle à manger principale de l'unité.

L'aide-diététiste 103 a remarqué qu'il y avait du feu et de la fumée dans le micro-ondes. L'aide-diététiste a arrêté le micro-ondes et retiré l'aliment. Il y avait une fumée grise dans la dépense, qui s'élevait en volutes dans la salle à manger et le couloir de l'unité. Il y avait plusieurs personnes résidentes et des membres du personnel dans la salle à manger. Les personnes résidentes sont restées assises avec le personnel présent.

L'aide-diététiste 103 a appelé le « 222 », centre d'appels d'urgence du foyer, pour l'informer de la présence de fumée. Trois membres du personnel sont venus évaluer la situation. La ou le commis d'unité 111, l'inspectrice 126 et la ou le PSSP 101 ont remarqué de la fumée grise dans la salle à manger adjacente à la dépense et aucune alarme n'était activée. On a remarqué qu'aucune personne résidente n'était en état de détresse.

On a remarqué que la personne résidente 007 parlait à la personne préposée à l'entretien 109, et se disait préoccupée par la fumée et par le fait que l'on ne faisait rien.

La personne résidente 021 était dans la salle à manger et a informé l'inspectrice 126 qu'elle avait la gorge irritée par la fumée et était contrariée que personne n'eût rien fait pour remédier à la fumée.

La personne résidente 006 était dans la salle à manger plus petite en face de la dépense. Elle a dit à l'inspectrice 547 qu'il y avait beaucoup de fumée. Elle toussait en se cachant la bouche et le nez avec un protège-vêtements, et était contrariée.

On a discuté de cet incident à 13 h 5 avec l'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des services de gestion des situations d'urgence de l'environnement et des télécommunications, la ou le responsable de la gestion des installations et une ingénieure ou un ingénieur d'entretien. L'ingénieure ou l'ingénieur d'entretien a dit avoir reçu un appel du « 222 » indiquant qu'il y avait de la fumée provenant d'une rôtie brûlée au 5^e étage, et avoir pris la décision de contourner le système d'alarme incendie et d'envoyer du personnel à l'unité du 5^e étage.



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

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

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 ou le responsable de la gestion des installations a déclaré que l'on avait contourné le système d'alarme parce que la source de fumée était une rôtie brûlée. Il ou elle a dit que contourner l'alarme incendie constituait la bonne décision dans le cas présent, car l'alarme concerne l'ensemble du bâtiment.

L'administratrice ou l'administrateur et la directrice ou le directeur des services de gestion des situations d'urgence de l'environnement et des télécommunications ont dit que tout le personnel connaît la marche à suivre SCATEE en cas d'incendie (sauver, contenir, avertir, téléphoner, évacuer ou éteindre). La directrice ou le directeur des services de gestion des situations d'urgence de l'environnement et des télécommunications a dit que le titulaire de permis s'attend à ce que tout le personnel réagisse et évacue les personnes résidentes de l'endroit affecté. [Paragraphe 230 (5)]

(547)

Vous devez vous conformer à cet ordre immédiatement.

Ordre n° 902 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes de :

l'article 130 du Règl. de l'Ont. 79/10, Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.
2. Seuls ont accès à ces endroits :
 - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,
 - ii. l'administrateur du foyer.
3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 130 (1)

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a. Les chariots à médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés,
- b. Les clés de la salle des médicaments sont tout le temps en possession d'un membre du personnel infirmier autorisé qui les garde, et ne sont pas laissées sans surveillance.

Ceci doit être prouvé immédiatement.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures fussent prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les mesures suivantes :

Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.



Le 6 novembre 2018, l'inspectrice 547 a observé l'IAA 114 qui travaillait dans une des unités de soins aux personnes résidentes et qui était responsable du chariot à médicaments.

Vers 11 h 15, l'inspectrice 547 a remarqué que le chariot à médicaments de cette unité était déverrouillé et accessible aux personnes résidentes de cette unité. On remarquait que ce chariot n'était pas supervisé par un membre du personnel infirmier autorisé. On avait déterminé pendant cette inspection que l'unité de soins aux personnes résidentes avait plusieurs personnes résidentes atteintes de démence et ayant des comportements d'errance.

Vers 11 h 58 environ, l'inspectrice 547 a remarqué le même chariot à médicaments situé à l'extérieur de la salle à manger de l'unité, déverrouillé. On remarquait que ce chariot n'était pas supervisé par un membre du personnel infirmier autorisé. L'inspectrice 547 a remarqué la personne résidente 024 qui déambulait à l'extérieur de cette salle à manger près de ce chariot à médicaments. La personne résidente 024 a une déficience cognitive et des comportements d'errance mentionnés dans son programme de soins.

L'inspectrice 547 a interrogé à ces deux reprises l'IAA 114 qui a indiqué que les chariots à médicaments doivent être gardés verrouillés en tout temps pour raisons de sécurité quand ils ne sont pas supervisés.

Le lendemain, l'inspectrice 547 a observé l'IAA 113 qui travaillait dans la même unité de soins aux personnes résidentes et qui était responsable du chariot à médicaments. Vers 12 heures, l'inspectrice 547 a remarqué que le chariot à médicaments de l'unité situé à l'extérieur de la salle à manger de l'unité était déverrouillé. On remarquait plusieurs personnes résidentes qui marchaient dans ce couloir à l'extérieur de cette salle à manger près de ce chariot à médicaments pour aller déjeuner. Ce chariot déverrouillé n'était pas supervisé par un membre du personnel infirmier autorisé. L'IAA 113 a dit être en retard et ne pas être au courant que le chariot à médicaments devait être verrouillé en tout temps.

Le même jour à 12 h 45 dans la même unité, l'inspectrice 117 a remarqué que le chariot à médicaments était déverrouillé et non supervisé. L'IAA de l'unité 113 était dans la salle à manger principale de l'unité et donnait des médicaments à une personne résidente. On ne pouvait pas voir l'IAA depuis le chariot à médicaments. L'IAA est revenu(e) au chariot à médicaments. Quand l'inspectrice 117 lui a posé



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

des questions sur la sécurité du chariot à médicaments, l'IAA 113 lui a dit ne pas avoir conscience d'avoir laissé le chariot à médicaments déverrouillé en partant administrer un médicament à une personne résidente.

Vers 13 h 25, l'inspectrice 547 a remarqué que la salle des médicaments de la même unité située dans une aire commune avait un trousseau de clés inséré dans le mécanisme de verrouillage de la porte. L'inspectrice 547 a pu ouvrir la porte de la salle des médicaments qui n'était pas supervisée par un membre du personnel infirmier autorisé. L'inspectrice 547 a remarqué, à l'extérieur de cette salle des médicaments, trois personnes résidentes qui déambulaient dans cet endroit avec leurs marchettes, ainsi que d'autres personnes résidentes en fauteuils roulants.

Vers 13 h 30, l'inspectrice 547 a apporté les clés de la salle des médicaments à l'administratrice ou à l'administrateur qui a indiqué que le personnel infirmier autorisé est censé garder ces clés en tout temps et que, pour la sécurité des personnes résidentes, elles ne devraient pas être laissées sans surveillance ou dans le mécanisme de verrouillage de la salle des médicaments. L'administratrice ou l'administrateur a indiqué en outre que l'on s'attend à ce que les chariots à médicaments soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas supervisés par du personnel infirmier autorisé. [Paragraphe 130. 1]

(547)

Vous devez vous conformer à cet ordre immédiatement.

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 no : 001

Genre d'ordre : Compliance Orders, s. 153. (1)a)

Aux termes du :

paragraphe 71 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

- a) dure au moins 21 jours;
- b) comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations;
- c) comprenne des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner;
- d) comprenne des choix de boissons aux repas et aux collations;
- e) soit approuvé par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer;
- f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer;
- g) soit examiné et mis à jour au moins une fois par année. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 71(1)e).

En particulier, le titulaire de permis doit veiller à ce que :

1. Le cycle de menus du foyer soit revu et approuvé par une diététiste agréée ou un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer,
2. La superviseure ou le superviseur en service alimentaire documente les révisions ou les changements apportés au menu et reçoive l'approbation de la diététiste agréée ou du diététiste agréé avant d'envoyer le menu à la préparation.
3. La texture des aliments du cycle de menus pour les régimes à texture modifiée est comparable à celle du cycle de menus pour les régimes réguliers.



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

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer fût approuvé par la diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) qui fait partie du personnel du foyer.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la superviseure ou le superviseur en service alimentaire (SSA) 141 a indiqué que le cycle actuel de menus a été examiné et approuvé par la ou le DA en janvier 2018. Au moment de l'entretien, la ou le SSA 141 n'avait pas les documents pour corroborer ce point, et a cependant indiqué qu'il ou elle les fournirait le lendemain.

Le 20 novembre 2018, on a remis à l'inspectrice 593 une copie du cycle de menus actuel datée du 9 mars 2018, et du menu des collations actuel datée de février 2018.

L'énoncé suivant figurait sur le cycle de menus :

« Je soussigné(e) (nom - DA) avoir examiné le cycle de menus de la compagnie EBR, et avoir indiqué mes réserves/questions/modifications aux fins de suivi avec le service alimentaire, s'il y a lieu ». Daté du : 7 novembre 2018.

L'énoncé suivant figurait sur le cycle de menus des collations :

« Je soussigné(e) (nom - DA) avoir examiné le cycle de menus des collations, et avoir indiqué mes questions et réserves à communiquer au service alimentaire, s'il y a lieu ». Daté du : 7 novembre 2018.

Un examen du document CLIN CARE 40 LTC intitulé *Nutrition and Hydration Program, Long Term Care* (programme de soins alimentaires et d'hydratation – soins de longue durée), révisé en août 2017, a révélé que la ou le DA :

. approuve les menus des personnes résidentes tels qu'ils sont mis au point par le service alimentaire, en veillant à ce que les menus satisfassent aux besoins des personnes résidentes en matière de nutrition et d'ingestion des liquides, et qu'il ou elle approuve au moins une fois par an les menus mis à jour.



Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le 19 novembre 2018, la ou le DA a indiqué avoir revu le cycle de menus actuels la semaine dernière, et l'avoir fait pour la dernière fois avant cela il y avait un an environ. La ou le DA a ajouté avoir émis de nombreux commentaires et réserves, et qu'une fois ces points résolus, il ou elle approuverait le menu.

L'examen et l'approbation du cycle de menus par la diététiste agréée ou le diététiste agréé (AD) inclut le menu pour les régimes réguliers, le menu des collations, les boissons, et le menu pour les personnes résidentes nécessitant un régime thérapeutique et qui présentent également un risque nutritionnel élevé, notamment les personnes résidentes nécessitant un régime à texture modifiée.

On a également trouvé une non-conformité concernant le cycle de menus pour les régimes à texture modifiée et leur comparabilité avec le cycle de menus pour les régimes réguliers (se reporter à l'AE 17). Lorsque la ou le DA a effectivement revu le cycle de menus pendant l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, il ou elle a mentionné des réserves concernant la répétition du menu des régimes à texture modifiée, et n'avait pas approuvé ce menu au moment de son examen.

Comme l'indiquent les timbres dateurs figurant sur le cycle de menus actuel, celui-ci a été mis en œuvre en février et mars 2018. Le titulaire de permis n'a pas été en mesure de produire une preuve indiquant que le cycle de menus actuel avait été revu et approuvé par la ou le DA, et comme l'a indiqué la ou le DA, le cycle de menus actuel n'avait pas été examiné par elle ou lui avant le début du mois de novembre 2018, et doit encore être approuvé. [Alinéa 71 (1)e]



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

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

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

L'étendue du non-respect est déterminée comme étant une tendance, et la gravité comme étant un préjudice minime ou un potentiel de préjudice réel.

Les antécédents de conformité sont évalués comme étant de niveau 4) en ce sens qu'en dépit des mesures prises par le ministère de la Santé (PRV, ordre) la non-conformité persiste dans le domaine initial de non-conformité.

- L'alinéa 71 (3)b) du Règl. de l'Ont.- a fait l'objet d'un ordre de conformité dans le cadre de l'inspection n° 2016_330573_0014 le 20 juin 2016. Il a été signifié de nouveau comme ordre de conformité le 6 octobre 2016.
- Les alinéas 71 (3)b) et c) du Règl. de l'Ont – ont été signifiés de nouveau comme ordre de conformité dans le cadre de l'inspection n° 2016_450138_0032 le 6 octobre 2016. Cet ordre a été trouvé en conformité le 22 décembre 2016.

(593)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 avril 2019

Ordre n° 002 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes du :

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

- a) d'une part, être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;
- b) d'autre part, être examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).

Ordre :

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

En particulier, afin d'assurer la conformité au système de gestion des médicaments, le titulaire de permis doit :

1. Fournir de la formation aux IAA 102, 114 et 115 et à tout autre membre du personnel infirmier autorisé concernant la politique du titulaire de permis relative aux pratiques d'administration des médicaments.
2. Au minimum, veiller au respect des politiques et marches à suivre du foyer en matière de distribution des médicaments habituels et à administrer au besoin (PRN); en matière d'administration des médicaments et de documentation de l'administration des médicaments, en effectuant des vérifications hebdomadaires de la totalité des trois postes de travail pendant une période de quatre semaines consécutives, et
3. Prendre des mesures correctives immédiates si l'on repère des écarts par rapport aux politiques et marches à suivre du foyer.



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

On doit tenir un dossier écrit de tout ce qui est requis aux points 1 à 3.

Motifs :

1. 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits pour la gestion des médicaments, visant à assurer que tous les médicaments fussent entreposés et administrés de façon rigoureuse, fussent mis en œuvre conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Comme l'indique le Règl. de l'Ont., article 114, le titulaire de permis a les politiques suivantes concernant l'administration des médicaments :

MediSystem Policy MEDI-CL-003 Medication Pass (politique de MediSystem MEDI-CL-003 – distribution des médicaments) datée du 1^{er} octobre 2018 :

6.4 - L'administration des médicaments est un processus continu que l'on doit toujours terminer pour une personne résidente déterminée avant de s'occuper des médicaments ou de la demande d'une autre personne résidente.

6.10 - L'infirmière ou l'infirmier qui prépare un médicament ou une injection aux fins d'administration doit l'administrer.

6.11 - Approcher la personne résidente quand tous les médicaments à lui donner sont préparés. Vérifier l'identité de la personne résidente à l'aide de deux identificateurs. Administrer les médicaments à la personne résidente en s'assurant que tous les médicaments administrés par voie orale ont été avalés. Ne pas laisser de médicaments au chevet de la personne résidente. Ne pas demander à quelqu'un d'autre d'administrer les médicaments; l'administration des médicaments est un processus continu.

6.11 - Commencer une feuille du dossier d'administration des médicaments (MAR) pour chaque médicament.

MediSystem Policy MEDI-CL-ONT-042 - Narcotic and Controlled Substances Administration Record ((politique MEDI-CL-ONT-042 de MediSystem – fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées) datée du 1^{er} octobre 2018.



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

6. - Quand une nouvelle ordonnance de narcotiques ou de médicament désigné arrive, on doit la garder sous clé dans le compartiment des narcotiques avec sa fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées jusqu'à ce que l'ordonnance soit prête à être utilisée.

7. - Toutes les entrées doivent être effectuées au moment où l'on retire le médicament du contenant.

Le 15 novembre 2018 à 11 h 45, l'inspectrice 117 effectuait, avec l'IAA 102, un examen des substances désignées d'une unité de soins aux personnes résidentes quand on a remarqué que de multiples doses de trois substances désignées prescrites pour la personne résidente 004 étaient manquantes sur les fiches d'administration des narcotiques et des substances désignées.

On avait prescrit à la personne résidente 004 trois substances désignées : un médicament (n° 1) à administrer deux fois par jour, un médicament (n° 2) à administrer trois fois par jour, et un autre médicament (n° 3) à administrer toutes les 4 à 6 heures au besoin. Les fiches d'administration des substances désignées indiquaient qu'une dose des médicaments n° 1 et n° 3, ainsi que deux doses du médicament n° 2 étaient manquantes dans la section des substances désignées du chariot à médicaments qui est verrouillée à double tour. La fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées ne comportait aucune mention concernant les substances désignées manquantes.

L'IAA 102 a indiqué avoir administré la dose du matin des médicaments n° 1 et n° 2 de la personne résidente 004, toutefois l'IAA n'avait pas documenté l'administration de ces substances désignées dans la fiche d'administration des narcotiques et des substances désignées au moment de leur administration. L'IAA 102 a dit n'avoir souvent pas le temps de documenter l'administration des médicaments immédiatement après leur administration, comme l'exige la politique du titulaire de permis.

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

L'IAA 102 a également dit avoir versé à l'avance un deuxième comprimé du médicament n° 2 ainsi qu'un comprimé du médicament n° 3 pour la prochaine distribution des médicaments de la personne résidente 004. L'inspectrice a remarqué que ces deux substances désignées se trouvaient dans le chariot à médicaments déverrouillé, avec d'autres médicaments de la personne résidente 004. L'IAA a dit préparer régulièrement les substances désignées de la personne résidente 004 avant le moment de l'administration des médicaments à l'heure du déjeuner, et ne documenter le retrait et l'administration des substances désignées que plus tard dans la journée. Quand on lui a demandé pourquoi le médicament n° 3, qui est un médicament à administrer selon le besoin, était versé à l'avance, l'IAA a dit que c'était parce que la personne résidente 004 le demande habituellement, et avoir préparé le médicament en prévision de l'éventualité que la personne résidente en ait besoin. L'inspectrice a posé des questions à l'IAA 102 concernant les politiques du titulaire de permis relatives au fait de verser à l'avance des médicaments et de documenter une substance désignée. L'IAA 102 a dit à l'inspectrice que les politiques du titulaire de permis relatives à l'administration des médicaments et à sa documentation indiquent que le personnel autorisé doit préparer les médicaments à administrer au moment de l'administration et documenter leur administration immédiatement après celle-ci.

Les 14 et 15 novembre 2018, les IAA 114, 115 et 102 ont dit à l'inspectrice éprouver des difficultés à documenter l'administration des médicaments. Les trois membres du personnel autorisé ont tous déclaré que le système eMAR sur les chariots à médicaments est très lent, et qu'ils sont souvent incapables de documenter l'administration des médicaments d'une personne résidente dans l'eMAR au moment de l'administration. Les IAA ont indiqué remplir souvent la documentation dans l'eMAR après leur distribution des médicaments, au poste infirmier. Il convient de noter que les 15 et 19 novembre 2018, l'inspectrice avait remarqué l'IAA 102 qui documentait vers 10 h 50 environ, dans la salle de documentation d'une des unités de soins aux personnes résidentes, la distribution de médicaments qui avait eu lieu entre 8 h et 9 h.

Les IAA 114, 115 et 102 sont au courant de la politique du foyer voulant que tous les médicaments administrés doivent être documentés dans l'eMAR au moment de leur administration. Les IAA ont indiqué que cela a constitué un problème permanent depuis la mise en œuvre du système eMAR il y a deux ans environ.

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

Le 15 novembre 2018, la ou le DSI et l'administratrice ou l'administrateur ont déclaré ne pas être au courant de tout problème que l'on aurait signalé concernant des retards ou des difficultés de documentation avec l'eMAR. Ces deux personnes ont dit que le personnel autorisé doit mettre en œuvre les politiques du titulaire de permis relatives à l'administration des médicaments pour veiller d'une part à ne pas préparer les médicaments ou les substances désignées avant le moment de leur administration, et d'autre part à documenter les médicaments ou les substances désignées comme étant administrés au moment de leur administration.

Ainsi, le personnel autorisé n'a pas mis en œuvre les politiques du titulaire de permis relatives à l'administration des médicaments et des substances désignées et à la documentation de leur administration. [Alinéa 114 (3)a]

L'étendue du non-respect est déterminée comme étant généralisée, et la gravité comme étant un préjudice minime ou un potentiel de préjudice réel.

Les antécédents de conformité sont évalués comme étant de niveau 3) en ce sens qu'il y a un (1) ou plusieurs cas de non-conformité y afférents au cours des trois dernières années.

- L'article 130 du Règl. De l'Ont, sécurité de la réserve de médicaments a fait l'objet d'un ordre de conformité OC n° 902 auquel se conformer immédiatement dans le cadre de cette inspection n° 2018_621547_0036 le 7 novembre 2018. Cet ordre a été trouvé en conformité le 13 novembre 2018.
- Les paragraphes 131 (3) et (5) du Règl, de l'Ont., administration des médicaments, - ont fait l'objet d'un PRV dans le cadre de l'inspection n° 2018_549592_0002 le 23 février 2018.
- Le paragraphe 129 (1) du Règl. de l'Ont., entreposage sécuritaire des médicaments a fait l'objet d'un PRV dans le cadre de l'inspection n° 2018_619550_0006 le 12 juin 2018.
- Le paragraphe 129 (1) du Règl. de l'Ont., entreposage sécuritaire des médicaments a fait l'objet d'un PRV dans le cadre de l'inspection n° 2018_549592_0002 le 23 février 2018.
- Le paragraphe 129 (1) du Règl. de l'Ont., entreposage sécuritaire des médicaments a fait l'objet d'un PRV dans le cadre de l'inspection n° 2017_683126_0016 le 7 novembre 2017.
- Le paragraphe 129 (1) du Règl. de l'Ont., entreposage sécuritaire des médicaments a fait l'objet d'un PRV dans le cadre de l'inspection n° 2016_330573_0014 le 20 juin 2016



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

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

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

(117)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 avril 2019



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

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

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

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION
ET AUX APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

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

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée Ministère de la Santé et des Soins de longue
durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603



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

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

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
registrator(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 de la Santé et des Soins de
longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

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

Émis le 6 novembre 2018.

Signature de l'inspectrice

Nom de l'inspectrice : Lisa Kluge

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