



**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 FSLD**

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

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

Copie destinée au public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
20 mars 2019	2019_618211_0004	026078-18, 027675-18	Plainte

Titulaire de permis

Revera Long Term Care Inc.
5015, Spectrum Way, bureau 600, MISSISSAUGA, ON L4W 0E4

Foyer de soins de longue durée

Montfort
705, route de Montréal, OTTAWA ON K1K 0M9

Nom de l'inspectrice

JOELLE TAILLEFER (211)

Résumé de l'inspection



**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***

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une plainte.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 12, 14, 15, 19, 20, 21 et 22 février; 6 et 7 mars 2019.

Les inspections suivantes ont été effectuées simultanément au cours de cette inspection menée dans le cadre d'une plainte :

Registre n° 026078-18 concernant ce qui suit : prévention des mauvais traitements, médicaments, soins de la peau et des plaies, et soins alimentaires,

Registre n° 027675-18 concernant ce qui suit : comportements réactifs, recours minimal à la contention et conseil des résidents.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), chef des services alimentaires, directrice associée des soins infirmiers ou directeur associé des soins infirmiers (DASI), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), personnel des services de diététique, une personne résidente et une famille d'une personne résidente.

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

Prévention des chutes

Conseil des familles

Médicaments

Recours minimal à la contention

Nutrition et hydratation

Rapports et plaintes

Comportements réactifs

Soins de la peau et des plaies

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

5 AE

4 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions**

- AE** — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
RD — Renvoi de la question au directeur
OC — Ordres de conformité
OTA — Ordres, travaux et activités

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé 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. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les éléments suivants fussent documentés :
 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.
 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins
 3. L'efficacité du programme de soins.



La mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 001 a contacté le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à une date déterminée en déclarant que les comportements réactifs de la personne résidente 001 avaient empiré depuis le début d'un certain mois.

L'inspectrice 211 et la PSSP 119 se sont approchées de la personne résidente 001 assise dans un certain fauteuil roulant à une date déterminée, et elles ont observé ses comportements réactifs. On a informé la personne résidente que l'on allait enlever l'un des appareils sur le fauteuil roulant. Pendant que l'on enlevait l'appareil, la personne résidente a jeté un regard furieux à la PSSP 119 et manifesté l'intention d'afficher un comportement réactif envers la PSSP 119.

Le programme de soins de la personne résidente 001 dans l'année indiquait qu'elle avait plusieurs comportements réactifs à l'égard du personnel et qu'elle opposait de la résistance pendant les soins.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente indiquait qu'elle était suivie par l'équipe d'intervention dans le domaine des soins gériatriques et par le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) lors d'une certaine année.

Un examen d'une ordonnance de la ou du médecin à une date déterminée indiquait d'augmenter un certain médicament pour atteindre un dosage précis, une fois par jour.

Le suivi de l'équipe d'intervention dans le domaine des soins gériatriques lors d'un certain mois indiquait que l'augmentation de la dose du médicament déterminé n'avait pas donné de résultats concernant les comportements réactifs de la personne résidente. On suggérait d'augmenter deux différentes doses d'un médicament identifié deux fois par jour. Un mois plus tard, l'équipe d'intervention dans le domaine des soins gériatriques indiquait que l'on avait éliminé trois médicaments déterminés et diminué la prise d'un médicament.

L'inspectrice 211 a examiné les formulaires intitulés « Feuille de surveillance des comportements » (*Behaviour Monitoring Form*) et remarqué que les feuilles n'étaient pas complètement remplies pendant quatre-vingt-deux jours à différents moments sur une période de quatre mois.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a confirmé que les formulaires intitulés « Feuille de surveillance des comportements » n'étaient pas documentés toutes les heures.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la surveillance horaire des comportements réactifs de la personne résidente fût documentée pendant quatre mois pour déterminer ce qui suit :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.
2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.
3. L'efficacité du programme de soins. [Paragraphe 6 (9)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent documentés.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 001 pour une certaine date indiquait que sa mobilité avait diminué. La personne résidente était capable de faire un certain nombre de pas avec un appareil déterminé et avec l'assistance d'une personne. On avait donné à la personne résidente un fauteuil roulant d'emprunt à titre d'essai.

Un examen de l'ordonnance de la ou du médecin à une date déterminée indiquait d'utiliser un certain appareil de contention pour le fauteuil roulant pour prévenir les chutes.

Selon les dispositions législatives aux termes du paragraphe 110 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'une personne résidente est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi :

3. La personne résidente qui est maîtrisée est surveillée au moins une fois l'heure par un membre du personnel infirmier autorisé ou par un autre membre du personnel qui est autorisé à cette fin par un membre du personnel infirmier autorisé.
4. La personne résidente est dégagée de l'appareil et changée de position au moins toutes les deux heures.

Un examen des formulaires intitulés « Formulaire d'observation de contention » (*Restraint Monitoring Form*) révélait qu'il n'y avait pas de documentation à certains moments pendant quinze jours déterminés sur une période de deux mois.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a indiqué que la personne résidente 001 était en mesure de retirer le dispositif de contention déterminé à ce moment-là, et que le titulaire de permis aurait dû demander à la ou au médecin de modifier l'ordonnance pour prescrire un appareil d'aide personnelle. La ou le DSI a déclaré qu'étant donné que l'ordonnance de médecin prescrivait l'appareil comme dispositif de contention, le personnel aurait dû inscrire les mentions suivantes comme indiqué sur les formulaires spécifiés intitulés « Formulaire d'observation des contentions », comme suit :

1. Toutes les heures pour vérifier la sécurité, le confort et le positionnement de la personne résidente.
2. Toutes les deux heures quand on dégage la personne résidente de l'appareil de contention et qu'on la change de position.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente 001 concernant les exigences susmentionnées en matière de contention fussent documentés. [Alinéa 6. (9) 1.]

3. L'inspectrice 211 a observé la personne résidente 001 lors de deux journées différentes, assise dans un fauteuil roulant dans son unité. Lors de ces observations, le fauteuil roulant de la personne résidente était incliné à un angle déterminé avec deux appareils placés devant lui.

Un examen de l'ordonnance de médecin à une date déterminée indiquait que ce fauteuil roulant était conçu pour le confort de la personne résidente et pour prévenir une aggravation de l'altération de l'intégrité épidermique. En outre, l'ordonnance de médecin indiquait que deux des appareils identifiés et le fauteuil roulant étaient utilisés à des fins de changement de position et de confort.

Un examen de la politique du foyer n° CARE10-010.03 de 2018, intitulée *LTC-Personal Assistance Service Device (PASD)* (SLD - appareil d'aide personnelle) indiquait que toute personne résidente qui ne peut pas changer de position de façon autonome ou qui a un membre affecté, doit être changée de position au moins toutes les heures.

On avait diagnostiqué que la personne résidente 001 avait une déficience cognitive et d'autres états pathologiques. En outre, elle avait une altération de l'intégrité épidermique.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la PSSP 118 a déclaré que l'on contrôlait et changeait de position la personne résidente 001 toutes les deux heures.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a déclaré que l'appareil déterminé servait à empêcher la personne résidente 001 de s'asseoir dans le fauteuil roulant dans une position inconfortable. Le recours à l'appareil avait été demandé par la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente. L'autre appareil déterminé placé devant le fauteuil roulant de la personne résidente servait à des activités particulières de la personne résidente. Le fauteuil roulant servait à empêcher la survenue d'autres problèmes d'altération de l'intégrité épidermique.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a indiqué que, quand une personne résidente utilisait un appareil d'aide personnelle, le personnel devait documenter qu'on la changeait de position toutes les deux heures. La ou le DSI a déclaré que depuis qu'ils ont changé leurs dossiers de santé électronique en migrant du système MED e-care à la technologie PointClickCare (PCC) à une date déterminée d'un certain mois, le personnel documentait les faits dans les deux systèmes. Le personnel documentait les faits sur les formulaires intitulés « Formulaire d'observation des contentions » (*Restraint Monitoring Form*) et dans le PCC à la rubrique *Safety/Support Devices* (dispositifs de sécurité et de soutien).

La ou le DSI a déclaré à une date déterminée que le personnel ne consignait pas le changement de position de la personne résidente dans le fauteuil roulant toutes les deux heures. L'inspectrice 211 a révisé les deux documents suivants pendant un mois déterminé :

1. formulaires intitulés « Formulaire d'observation des contentions » dans le système MED e-care,
2. et dans le PCC à la rubrique de la tâche intitulée *Contention Observation Form* (Formulaire d'observation des contentions) et *Safety/Support Devices* (dispositifs de sécurité et de soutien).

La ou le DSI a confirmé que l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente en lien avec le fauteuil roulant et les deux appareils identifiés n'avaient pas fait l'objet de consignation du changement de position de la personne résidente toutes les deux heures pendant les heures déterminées durant 16 jours d'un certain mois.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fourniture des soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente concernant le changement de position fût documentée. [Alinéa 6. (9) 1.]

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 pour veiller à ce que les éléments suivants soient documentés :

- 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.***
- 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins***
- 3. L'efficacité du programme de soins. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 49. Prévention et gestion des chutes

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 49. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celle-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 001 indiquait qu'elle avait fait une chute à une date déterminée.

L'IAA 105 avait documenté dans les dossiers médicaux de la personne résidente, à la date déterminée, que l'on avait trouvé la personne résidente assise à l'avant du lit. Ce jour-là, l'IAA 105 avait rempli le formulaire intitulé *Screening Fall Risk* (dépistage des risques de chute).

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a déclaré que l'IAA 105 n'avait pas utilisé l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes lors de l'évaluation de la chute de la personne résidente 001 à la date déterminée.

Le titulaire de permis n'a pas rempli un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes lors de l'évaluation de la chute de la personne résidente 001 à la date déterminée. [Paragraphe 49 (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 la personne résidente qui fait une chute fait l'objet d'une évaluation et que, lorsque l'état ou la situation de celle-ci l'exige, une autre évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

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

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 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 à la fois :

(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.

Un membre de la famille de la personne résidente 001 a signalé lors d'un appel téléphonique à une date déterminée que la personne résidente 001 avait deux altérations de l'intégrité épidermique longues et profondes à un endroit particulier du corps. Le membre de la famille a indiqué avoir reçu des renseignements différents, de deux différents membres du personnel, concernant la cause de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 001 pour une date déterminée indiquait que celle-ci avait une altération de l'intégrité épidermique à un certain endroit du corps.

À une date et à une heure déterminées, on indiquait que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) avait rendu visite à la personne résidente juste après la chute de celle-ci. La ou le MS de la personne résidente 001 avait demandé à l'IAA 105 la cause des deux altérations de l'intégrité épidermique sur un endroit du corps de la personne résidente. Les notes indiquaient qu'une certaine zone de l'altération de l'intégrité épidermique à un endroit déterminé du corps était ancienne et que la partie postérieure de l'altération de l'intégrité épidermique était nouvelle.

Un jour plus tard, l'IAA 106 avait documenté que la ou le MS avait trouvé trois zones d'altération de l'intégrité épidermique rapprochées à un certain endroit du corps de la personne résidente. L'IAA 106 a indiqué que la zone d'altération de l'intégrité épidermique pouvait s'être produite pendant la chute de la personne résidente.

Trois jours plus tard, l'IAA 101 avait documenté que l'on avait informé la ou le MS de la personne résidente huit jours avant aujourd'hui que l'on avait trouvé une ancienne zone d'altération de l'intégrité épidermique à un certain endroit du corps de la personne résidente. Neuf jours plus tard, l'IAA 101 avait écrit que l'altération de l'intégrité épidermique de la partie du corps déterminée de la personne résidente continuait de guérir.

Un examen de la politique du foyer n° 12-010.04 intitulée *LTC-Bruises, Rashes, Incontinence-associated Dermatitis (IAD) and Abrasions* (SLD - ecchymoses, rashes, dermatite liée à l'incontinence (DI) et abrasions) indiquait ce qui suit :

- Classifier l'altération de l'intégrité épidermique : ecchymose, rashes, DI et abrasions.
- Documenter ce qui suit dans les notes d'évolution : emplacement, taille, couleur, caractéristiques, dépistage de la douleur.
- Consigner les faits dans le rapport mensuel de l'intégrité épidermique.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a indiqué que le titulaire de permis n'utilise pas d'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies quand la peau d'une personne résidente présente cette altération de l'intégrité épidermique. Ce type d'altération de l'intégrité épidermique est documenté seulement dans les notes d'évolution. Toutefois, la ou le DSI a déclaré que l'on aurait dû décrire la dimension, la couleur et la longueur de l'altération spécifique de l'intégrité épidermique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, à ce que l'on utilise un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies pour le type déterminé d'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente 001 à l'endroit particulier du corps. [Disposition 50. (2)b)(i)]

2. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 001 sur une période de 11 mois indiquait que le titulaire de permis n'avait pas utilisé un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies pour une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique aux dates suivantes :

1. L'IAA 101 avait documenté à une date déterminée que l'on avait trouvé une altération de l'intégrité épidermique à un endroit particulier du corps, en mentionnant des chiffres sans l'unité de mesure. Pour une autre région du même endroit déterminé du corps, on indiquait des chiffres sans l'unité de mesure. Le même jour, la ou le médecin avait documenté qu'une région différente du même endroit identifié du corps avait subi une blessure.

2. L'IAA 102 avait documenté 13 jours plus tard que l'endroit de la partie du corps déterminée avait une couleur particulière sans plaie ouverte. On avait fait un traitement et une intervention particuliers pour protéger la peau.

3. Trente jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'une évaluation avait révélé la présence d'une zone à l'endroit déterminé du corps en mentionnant la dimension particulière. La zone était intacte.

4. Quatre jours plus tard, les notes indiquaient que l'endroit particulier du corps avait



une petite ouverture et que l'on avait appliqué un traitement déterminé. Quatre jours plus tard, les notes indiquaient que l'altération de l'intégrité épidermique identifiée à l'endroit particulier du corps était intacte.

5. Seize jours plus tard, les notes d'évolution documentées par l'IAA 101 indiquaient que la personne résidente avait une nouvelle altération de l'intégrité épidermique d'une dimension particulière à un autre endroit du corps. Le pourtour de l'altération de l'intégrité épidermique était rouge et il y avait un liquide transparent à l'intérieur de la plaie. Toutefois, les notes de médecin indiquaient le lendemain qu'il y avait présence d'enflure à deux différentes parties du corps sans altération de l'intégrité épidermique.

On avait rempli un formulaire d'évaluation de la peau de la tête aux pieds dans PointClickCare (PCC) 11 jours plus tard après le congé autorisé de la personne résidente. Le formulaire indiquait que la personne résidente 001 avait une altération de l'intégrité épidermique aux deux parties du corps déterminées et que l'on soupçonnait une lésion des tissus profonds. Les deux parties du corps déterminées avaient une altération particulière de l'intégrité épidermique avec des dimensions particulières.

6. Trois jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente 001 rédigées par l'IAA 102 indiquaient que l'on avait déterminé que les deux parties du corps comportaient des lésions aiguës d'altération de l'intégrité épidermique.

7. Vingt-neuf jours plus tard, les notes d'évolution indiquaient qu'une peau sèche provenant d'un endroit déterminé du corps commençait à se détacher. Deux jours plus tard, la même partie du corps avait une plaie ouverte.

8. Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente 001 décrivaient que le pansement du même endroit déterminé du corps était souillé de sang et que l'altération de l'intégrité épidermique avait une dimension déterminée avec une profondeur superficielle et la présence de croûtes d'une couleur déterminée. Trois jours plus tard, les notes d'évolution de la ou du médecin documentaient qu'il y avait une altération de l'intégrité épidermique aux deux parties du corps identifiées et que l'une d'elles était pire. Deux jours plus tard, les notes indiquaient qu'il y avait une sécrétion jaune provenant de l'altération de l'intégrité épidermique d'un des endroits identifiés du corps.

9. Trente et un jours plus tard, les notes d'évolution indiquaient que l'endroit du corps identifié avait une altération de l'intégrité épidermique avec une croûte d'une couleur particulière et une dimension déterminée sans présence de liquide. La peau de l'autre partie du corps identifiée était intacte avec un état pathologique particulier.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a déclaré avoir trouvé deux formulaires intitulés « Formulaire d'évaluation continue des plaies » conçus spécifiquement pour l'évaluation des plaies des deux endroits déterminés du corps à deux dates différentes.



Le titulaire de permis n'a pas veillé à utiliser un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies lorsque la personne résidente 001 a eu une altération de l'intégrité épidermique à deux endroits du corps à deux dates particulières. [Disposition 50. (2)b(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 pour veiller 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 :

(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. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 110. Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 110. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 ou 36 de la Loi :

2. L'appareil mécanique est maintenu en bon état. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'appareil mécanique fût maintenu en bon état.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquait que son appareil spécifique qui se trouvait sur son fauteuil roulant avait été brisé à une certaine date et n'était toujours pas réparé neuf jours plus tard.



Un examen de l'ordonnance de la ou du médecin à une certaine date indiquait que l'appareil déterminé installé sur le fauteuil roulant de la personne résidente visait à prévenir les chutes. L'ordonnance de la ou du médecin concernant l'appareil de contention déterminé de la personne résidente avait été changée environ quatre mois plus tard pour prescrire un appareil d'aide personnelle.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a déclaré que la ou le physiothérapeute avait informé l'ergothérapeute par courriel à une date déterminée que l'appareil de contention de la personne résidente devait être réparé et qu'il l'avait été le même jour. La ou le DSI a révélé que l'appareil de la personne résidente n'était pas réparé neuf jours plus tard, parce que le personnel n'avait pas avisé la ou le physiothérapeute quand l'appareil de la personne résidente s'était brisé. La ou le DSI croyait que l'appareil de contention de la personne résidente s'était brisé parce qu'il avait été pris dans un équipement déterminé. La ou le DSI a indiqué que la personne résidente était capable à ce moment-là d'enlever l'appareil, mais étant donné que l'ordonnance de la ou du médecin indiquait toujours qu'il s'agissait d'un appareil de contention, il aurait dû être réparé immédiatement quand on avait trouvé qu'il était brisé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé pendant neuf jours à ce que l'appareil de contention de la personne résidente pour prévenir les chutes fût maintenu en bon état.

[Alinéa 110. (1) 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 afin de veiller à ce que l'appareil mécanique soit maintenu en bon état. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

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. 22. Transmission des plaintes par le titulaire de permis

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 22. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. 2007, chap. 8, par. 22 (1).



Constatations :

1. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur.

À une date déterminée, la directrice générale ou le directeur général a reçu un courriel de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial (MS) de la personne résidente 001 indiquant que l'aide-diététiste 115 ne se conformait pas à la préparation d'un aliment déterminé préétablie par la ou le DSI et le chef du service alimentaire.

La mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente 001 écrivait dans le courriel que la nourriture apportée par la PSSP 116 était servie en état d'ébullition à la personne résidente, sans deux autres éléments. La ou le MS de la personne résidente a indiqué que si le membre de la famille n'était pas présent quand on servait la nourriture, la personne résidente subirait des brûlures à la bouche. En outre, la personne résidente était incapable de tartiner une certaine substance nutritive sur le pain.

Lors d'un entretien à une date déterminée, la ou le DSI a indiqué que la plainte écrite de la ou du MS de la personne résidente 001 n'avait pas été transmise au directeur quand la ou le MS avait fait part de ses inquiétudes par courriel à la date déterminée.

Le titulaire de permis n'a pas transmis au directeur à la date déterminée la plainte écrite reçue par courriel. [Paragraphe 22 (1)]

Émis le 25 mars 2019

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.