



**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 prévue  
le Loi de 2007 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 de soins de longue durée**

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

## **Amended Public Copy/Copie modifiée du public de permis**

---

<b>Report Date(s)/ Date(s) du Rapport</b>	<b>Inspection No/ No de l'inspection</b>	<b>Log #/ Registre no</b>	<b>Type of Inspection / Genre d'inspection</b>
29 mai 2017;	2017_621547_0002 (A1)	00068-17	Inspection de la qualité des services aux résidents

---

### **Licensee/Titulaire de permis**

CVH (No.4) GP Inc. as general partner of CVH (No.4) LP  
766 Hespeler Road, Suite 301 c/o Southbridge Care Homes Inc. CAMBRIDGE ON  
N3H 5L8

---

### **Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée**

MANOIR MAROCHÉL  
949 MONTREAL ROAD OTTAWA ON K1K 0S6

---

### **Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs**



**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 prévue  
le Loi de 2007 les foyers de  
soins de longue durée**

LISA KLUKE (547) - (A1)

**Amended Inspection Summary/Résumé de l'inspection modifié**

La directrice des soins et l'administrateur de la maison ont demandé une extension pour l'ordre CO # 001-liées au programme de soins de la peau afin de remplir les exigences en matière d'éducation à la maison. La demande de prolongation autorisée comme demandé au 23 juin 2017, comme la nouvelle date de mise en conformité.

**Émis le 29 mai 2017 (A1)**

**Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs**

**Original du rapport signé par l'inspectrice**



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

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

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

**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 de soins de longue durée**

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

**Amended Public Copy/Copie modifiée du public de  
permis**

<b>Date(s) du rapport</b> 29 mai 2017	<b>Numéro d'inspection</b> 2017_621547_0002(A1)	<b>N° de registre</b> 000668-17	<b>Type d'inspection</b> Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
<b>Titulaire de permis</b> CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP 766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge Care Homes Inc., CAMBRIDGE ON N3H 5L8			
<b>Foyer de soins de longue durée</b> MANOIR MAROCHEL 949, ROUTE DE MONTRÉAL, OTTAWA ON K1K 0S6			
<b>Nom des inspectrices et inspecteur</b> LISA KLUKE (547) (A1)			
<b>Résumé de l'inspection</b>			

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

**L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 23, 24, 25, 26, 27, 30 et 31 janvier, et 1<sup>er</sup>, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 et 13 février 2017.**

**Les incidents critiques et plaintes qui suivent ont également fait l'objet d'une inspection au cours de la présente inspection.**

**N° de registre 024422-16 concernant un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.**

**N° de registre 027103-16 concernant un cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.**

**N° de registre 027204-16 concernant des soins liés à l'incontinence non prodigués à une personne résidente.**

**N° de registre 028474-16 concernant la gestion de la douleur et des soins de la peau d'une personne résidente.**

**N° de registre 033423-16 concernant un incident qui a provoqué une blessure à une personne résidente.**

**N° de registre 000282-17 et n° 000892-17 concernant un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.**

**Au cours de l'inspection, les inspectrices et l'inspecteur se sont entretenus avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membres des familles, préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), infirmières auxiliaires autorisées et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), infirmières autorisées et infirmiers autorisés (IA), coordonnateur du *Resident Assessment Instrument* (RAI), préposés à l'entretien ménager et à la buanderie, chef de bureau, responsable de programme, gestionnaire de la nutrition, diététiste professionnelle, physiothérapeute, aide-physiothérapeute, directrice des soins (DDS), infirmière-conseil d'Extendicare Assist, et administratrice intérimaire.**

**Les inspectrices et l'inspecteur ont effectué une tournée du foyer, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, le calendrier de nettoyage des équipements d'aide à la mobilité des personnes résidentes, des procès-verbaux des réunions générales du conseil des résidents et du conseil des familles, et des documents du titulaire de permis concernant des enquêtes sur des incidents critiques. Ils ont examiné les politiques et marches à suivre suivantes relatives à ce qui suit : douleur, soins de la peau, soins liés à l'incontinence, mauvais traitements, destruction des médicaments, contrôle des infections et mesures de contention. Ils ont également examiné de la documentation sur la lutte contre les ravageurs, et les dossiers de la formation du personnel infirmier en soins de la peau et des plaies. Les inspectrices et l'inspecteur ont observé les interactions des personnes résidentes entre elles et les interactions du personnel avec les personnes résidentes dans les deux unités du foyer. Les inspectrices et l'inspecteur ont observé au cours de cette inspection les distributions de médicaments aux fins d'administration, plusieurs services de repas ainsi que les pratiques de prévention et de contrôle des infections.**

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

Services d'hébergement – entretien ménager  
Services d'hébergement – buanderie  
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence  
Dignité, choix et vie privée  
Observation de la restauration  
Prévention des chutes  
Conseil des familles  
Hospitalisation et changement de l'état pathologique  
Prévention et contrôle des infections  
Médicaments  
Recours minimal à la contention  
Douleur  
Services de soutien personnel  
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles  
Activités récréatives et sociales  
Conseil des résidents  
Comportements réactifs  
Foyer sûr et sécuritaire  
Soins de la peau et des plaies  
Dotation en personnel suffisante

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

17 AE  
10 PRV  
1 OC  
0 RD  
0 OTA

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

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

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 l'article 48 du Règlement de l'Ontario 79/10. Programmes obligatoires**

En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :

**Par. 48 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :**

- 1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).**
- 2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression et le recours à des interventions efficaces en la matière. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).**
- 3. Un programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence visant à promouvoir la continence et à faire en sorte que les résidents soient propres et au sec et se sentent en confort. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).**
- 4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à gérer celle-ci. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).**

**Faits saillants :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre du programme de soins de la peau et des plaies que le titulaire de permis a élaboré visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique et le recours à des interventions efficaces en matière de soins de la peau et des plaies.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

L'inspectrice n° 547 a examiné la politique et la marche à suivre du titulaire de permis n° 03-01 datée de juin 2010 concernant le programme de soins de la peau. En résumé, le programme donne des directives au personnel qui fournit des soins infirmiers concernant les domaines suivants :

- Lors de l'embauche et tous les ans, le personnel qui fournit des soins reçoit un enseignement en matière de soins préventifs de la peau et en soins des plaies à l'intention du personnel autorisé.
- Les objectifs généraux du programme de soins préventifs de la peau visent à prévenir la sécheresse de la peau, à la protéger des dommages résultant de la friction, du cisaillement, des déchirures de la peau, à y remédier, etc., et à observer les changements pouvant nécessiter de poursuivre le traitement.
- Les personnes résidentes qui courent un risque modéré à élevé de rupture de l'épiderme sont évaluées quotidiennement de façon informelle. Tout sujet d'inquiétude est alors signalé au personnel infirmier autorisé à qui il incombe ensuite de poursuivre l'évaluation de la région concernée, de documenter l'évaluation et d'effectuer tout suivi requis.
- Cette marche à suivre indiquait que le personnel infirmier autorisé élabore un programme de soins relatif aux soins préventifs et actifs de la peau en se fondant sur l'information recueillie, observée et évaluée.
- Le personnel infirmier autorisé évalue et documente les évaluations globales de la peau.
- Il incombe au personnel infirmier autorisé de tenir à jour en tout temps le programme de soins, en reflétant ainsi les besoins en soins de la peau.
- Si des ordres de médecin sont nécessaires pour prendre soin d'un problème de peau, on contacte le médecin pour obtenir ces ordres.
- La coordonnatrice ou le coordonnateur des soins de la peau, ou bien sa remplaçante ou son remplaçant désigné, recueille et analyse des statistiques mensuelles relatives aux soins de la peau. Ces données sont examinées, et s'il y a lieu, on met en œuvre un plan d'action pour remédier à toute tendance.
- Les exigences en matière de documentation indiquaient que le programme de soins sert à documenter tous les besoins en soins et toutes les interventions concernant la peau, ce qui comprend le traitement actif ainsi que les interventions préventives en matière de soins de la peau.

Le 13 février 2017, la responsable de programme a indiqué à l'inspectrice n° 547 que le foyer offre une formation au personnel qui prodigue des soins infirmiers grâce au système d'apprentissage électronique Surge Learning. La responsable de programme a de plus indiqué que les soins de la peau et des plaies sont une formation annuelle obligatoire pour le personnel infirmier. La responsable de programme a pris ses fonctions d'enseignement en octobre 2016, et a remarqué qu'un grand pourcentage du personnel infirmier n'avait pas terminé sa formation annuelle obligatoire pour les soins de la peau et des plaies. Lors de l'examen de la documentation concernant la formation pour les soins de la peau et des plaies, 61,7 % du personnel qui prodiguait des soins et 58 % du personnel infirmier



**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

autorisé avaient terminé cette formation pour 2016. La responsable de programme a indiqué que la directrice des soins avait été mise au courant que le personnel n'avait pas terminé sa formation obligatoire.

- Le programme de formation en soins de la peau et des plaies à l'intention du personnel qui fournit des soins et du personnel des soins infirmiers indiquait, comme mesures proactives pour prévenir les ruptures de l'épiderme, de veiller à ce que les personnes résidentes portent des vêtements à manches longues et des pantalons longs pendant la chaleur, et de veiller également à la prévention des déchirures de la peau, à rembourrer les angles vifs des fauteuils roulants, à avoir recours à des surfaces thérapeutiques et de décharge aux points de pression le cas échéant, à utiliser des oreillers et des cales pour changer de position, et à élever les chevilles en plaçant sous les jambes des oreillers dans le sens de la longueur ou à utiliser des dispositifs de répartition de la pression sur les chevilles.
- Le programme de soins de la peau et des plaies pour le personnel autorisé indiquait d'utiliser l'outil d'évaluation des plaies du foyer quand une personne résidente a une plaie ouverte. On doit remplir un outil pour chaque plaie ouverte lors de chaque changement de pansement, mais au minimum tous les sept jours.
- Aviser le médecin et s'adresser aux membres de l'équipe interdisciplinaire des soins de la peau et des plaies ou à une conseillère ou un conseiller externe si la rupture de l'épiderme ou la plaie guérissable ne s'améliore pas en trois semaines.
- Le schéma thérapeutique est inscrit dans les dossiers d'administration des médicaments ou dans le dossier d'administration des traitements.
- Les plaies sont photographiées la première fois et au moins une fois par mois, conformément aux pratiques exemplaires.
- L'équipe interdisciplinaire des soins de la peau et des plaies a une marche à suivre en place pour revoir et documenter l'état des soins des plaies d'une personne résidente et son programme de traitement, sur une base régulière et au besoin.
- Les ordres de traitement doivent comprendre ce qui suit : emplacement de la plaie, traitement et pansement requis, fréquence de changement du pansement, y compris PRN (au besoin), surveillance quotidienne.

Lors de la présente inspection, nous avons examiné les soins de la peau et des plaies des personnes résidentes suivantes :

Personne résidente n° 006

La personne résidente n° 006 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux. Les inspectrices n° 547 et 551 ont remarqué qu'elle avait plusieurs problèmes d'intégrité épidermique à un endroit spécifié qui ont donné lieu à un examen des soins de la peau de la personne résidente pendant la présente inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.



**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

L'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 006, et le programme de soins actuel indiquait que sa peau est très fragile. Des interventions étaient mentionnées pour protéger la peau fragile, et les PSSP devaient appliquer quotidiennement une lotion hydratante. Les transferts de la personne résidente se font par lève-personne mécanique en raison de sa faible capacité à soutenir le poids de son corps et à cause de plusieurs problèmes de peau. La personne résidente est assise dans un fauteuil roulant pendant la journée et l'intervention indique qu'il faut s'assurer qu'elle est correctement assise dans le fauteuil roulant pendant la journée pour l'empêcher de glisser et de se cisailer la peau.

Le programme de soins de la personne résidente n° 006 ou les feuilles de soins des PSSP n'indiquaient pas qu'il fallait la changer de position toutes les deux heures, car les problèmes de peau et le changement de position faisaient partie de leurs mesures de prévention. La personne résidente n° 006 nécessite une aide importante de deux membres du personnel pour changer de position quand elle est au lit ou dans un fauteuil roulant. On a identifié deux endroits à l'intégrité épidermique altérée ainsi que des traitements spécifiés pour chacun d'eux conformément au protocole et au dossier d'administration des traitements,

Le 8 février 2017, l'inspectrice n° 547 a examiné le dossier d'administration des traitements de la personne résidente n° 006 pendant deux mois spécifiés, le dossier indiquait ce qui suit :

1. Deux endroits spécifiés nécessitaient des traitements spécifiés tous les trois jours pour changer les pansements à compter d'une date spécifiée il y avait plus de trois mois.
2. Une altération de l'intégrité épidermique spécifiée à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié changé tous les 21 jours et au besoin, à compter d'une date spécifiée il y avait plus de deux mois.
3. Une altération de l'intégrité épidermique spécifiée à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié changé tous les 21 jours et au besoin, à compter d'une date spécifiée il y avait plus de quatre mois.
4. Une coupure à un endroit spécifié à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié changé toutes les 24 heures et au besoin, à compter d'il y a neuf jours.

Le 8 février 2017, l'inspectrice n° 547 a revu les notes d'évolution de la personne résidente n° 006 et a remarqué qu'elle avait également une autre lésion à un endroit spécifié que l'on avait repérée un mois plus tôt. Selon l'évaluation Bates-Jansen effectuée le jour où l'on avait découvert la lésion, la personne résidente n° 006 avait une lésion spécifiée à cet endroit spécifié. Les notes d'évolution ne comportaient à ce jour pas d'autre documentation, ni d'évaluations concernant l'intégrité épidermique de la personne résidente n° 006 à cet endroit.

Le programme de soins de la peau du titulaire de permis indiquait que les PSSP devaient effectuer une évaluation de la peau lors du premier bain de la semaine, et la documenter sur une feuille de soins. L'observation hebdomadaire de la peau de la personne résidente n° 006 lors d'un mois spécifié indiquait une altération spécifiée de l'intégrité épidermique dont avait fait mention une PSSP pendant les quatre semaines de ce mois spécifié, et aucun autre problème. La DDS a examiné cette feuille

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

hebdomadaire d'observation de la peau et a indiqué que ces évaluations ne sont pas faites correctement. La DDS a indiqué que ces évaluations effectuées lors du bain ont pour objet d'identifier toutes les altérations de la peau des personnes résidentes, et que la personne résidente n° 006 avait un nombre spécifié de plaies ouvertes ainsi qu'une altération de l'intégrité épidermique identifiée un mois auparavant qui n'étaient pas documentés.

L'IAA n° 103 a observé un pansement spécifié de la personne résidente n° 006 et indiqué à l'inspectrice n° 547 que l'on ne fait ce pansement que tous les 21 jours, et qu'on ne doit pas le changer aujourd'hui. L'IAA n° 103 a examiné les ordres du médecin sur le dossier de la personne résidente n° 006; ils mentionnaient un autre endroit spécifié à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié et changé tous les 21 jours et au besoin (PRN). L'IAA n° 103 a indiqué que l'emplacement de cette plaie n'était pas correctement mentionné dans le dossier d'administration des traitements. Cet ordre spécifié n'était pas non plus transcrit correctement concernant la fréquence des changements de pansement, car le dossier d'administration des traitements indiquait que ce pansement devait être changé toutes les 24 heures et non pas tous les 21 jours.

Observations de la personne résidente n° 006 :

Le 8 février 2017, l'inspecteur n° 573 a observé la personne résidente n° 006 qui glissait hors du fauteuil roulant. L'IAA n° 114 et l'IA n° 100 l'ont changée de position en la tirant par-dessous les aisselles et les cuisses pour la remettre dans le fauteuil. La personne résidente s'est de nouveau voûtée. Ses pieds ne restent pas sur le repose-pied. Elle n'utilise pas une ceinture de siège ou n'a pas d'autres appareils d'aide personnelle. Le fauteuil de la personne résidente peut s'incliner, toutefois l'équipe d'inspection n'a pas remarqué le fauteuil en position inclinée depuis notre arrivée au foyer le 23 janvier 2017. On a observé la personne résidente n° 006 dans ce gros fauteuil roulant tous les jours après le petit déjeuner dans les couloirs de l'aire des soins aux personnes résidentes, voûtée dans la même position.

Le 8 février 2017, le PSSP n° 108 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il venait juste de remettre la personne résidente n° 006 au lit après le déjeuner, et qu'elle n'avait plus de lésion de pression à un endroit spécifié.

L'IAA n° 103 et l'inspectrice n°547 sont allés évaluer les plaies de la personne résidente n° 006, car le dossier d'administration des traitements n'était pas clair.

1. Une plaie demeurait ouverte à endroit spécifié, et l'on a remarqué qu'aucun pansement ne recouvrait la lésion de pression de la personne résidente.
2. L'inspectrice n° 547 et l'IAA n° 103 ont remarqué que la personne résidente n° 006 n'avait plus de pansement à un endroit spécifié comme on l'indiquait dans le dossier d'administration des traitements. Une altération de l'intégrité épidermique demeurait présente sur le site de l'ancienne plaie ouverte, néanmoins, ce point n'était pas documenté.
3. La personne résidente continuait d'avoir une rougeur à un endroit spécifié qui n'était pas surélevé, et la personne résidente était au lit. L'IAA n° 103 a indiqué que les vêtements de la personne résidente

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

étaient trop serrés et pas bons pour la circulation sanguine. On remarquait que la peau de la personne résidente à cet endroit spécifié demeurait altérée, qu'il faudrait la garder surélevée et sous étroite surveillance.

4. La personne résidente avait un pansement à un endroit spécifié, pas à celui qui était mentionné dans le dossier d'administration des traitements. On remarquait que la peau de la personne résidente autour de la plaie était rougie et qu'il y avait un écoulement de la plaie.
5. La personne résidente avait un pansement à un endroit spécifié qui comportait une date. L'IAA n° 103 a indiqué qu'il s'agissait de la date du dernier changement de pansement, que c'était l'endroit d'une ancienne déchirure de la peau, et qu'il ne fallait pas changer le pansement, car on ne le changeait que tous les 21 jours. Ils se conformaient au dossier d'administration des traitements pour les changements de pansement. Cette date figurant sur le pansement remontait à 22 jours. Le dossier d'administration des traitements indiquait effectivement que le changement de ce pansement n'était prévu que trois jours après la présente date. Les dates pour les changements de pansement ne sont pas claires.
6. On n'a remarqué aucun pansement aux endroits spécifiés figurant dans le dossier d'administration des traitements pour lesquels un traitement spécifié était requis.

Le 9 février 2017, l'IAA n° 103 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il avait effectué une évaluation de la peau de la personne résidente n° 006 le 8 février 2017, cependant, il a dit qu'il avait mentionné le mauvais endroit pour la lésion de pression, et qu'il fera une autre évaluation ce jour-là. L'inspectrice a de plus remarqué que l'IAA n° 103 n'avait rédigé aucun ordre pour que la pharmacie ajoute ce programme de traitement par pansements, et il a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il n'était pas la première personne qui commençait à traiter cette lésion et qu'il n'était pas tenu de l'ajouter. L'IAA n° 114, qui est responsable du programme des soins de la peau et des plaies du foyer, était également présent, il a indiqué que l'IAA n° 103 aurait dû obtenir un ordre pour les pansements à un endroit spécifié afin d'ajouter ce traitement au dossier d'administration des traitements et au programme de soins de la personne résidente.

L'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que les évaluations de la peau devraient être documentées pour chaque plaie lors de chaque changement de pansement. Si l'on change le pansement d'une plaie seulement tous les 21 jours, il a indiqué que l'on s'attend à ce que le personnel infirmier autorisé documente son évaluation du pansement et l'état de la plaie chaque semaine en dessous du pansement transparent. L'IAA n° 114 était au courant que le personnel infirmier autorisé doit évaluer les plaies chaque semaine et qu'ils devraient revoir leur marche à suivre concernant la façon dont le dossier d'administration des traitements est rédigé pour fournir des directives pertinentes au personnel.

Des évaluations de la peau n'ont pas été effectuées chaque semaine pour chaque plaie/lésion comme l'exigeait ce programme.

Les ordres n'étaient pas transcrits correctement pour fournir des directives au personnel.

On n'a pas obtenu d'ordres pour la lésion de pression qui se trouvait à un nouvel endroit spécifié.

Des traitements n'ont pas été ordonnés ni ajoutés au programme de soins, ou fournis à la personne résidente qui risquait fortement d'avoir une affection cutanée.

Des mesures pour prévenir une rupture de l'épiderme n'étaient pas en place comme on l'indiquait dans le programme de soins de la personne résidente.

Nous n'avons obtenu aucune photographie documentée de l'évaluation initiale ou des évaluations mensuelles de la plaie.

Personne résidente n° 016

La personne résidente n° 016 est revenue de l'hôpital au foyer à une date spécifiée. À son retour de l'hôpital, son évaluation de la tête aux pieds de la peau indiquait qu'elle avait une lésion à un endroit spécifié. L'infirmière-conseil d'Extendicare Assist, la directrice des soins et l'IAA n° 103 ont effectué une évaluation de la lésion, qui a été nettoyée et l'on a mis un pansement de protection.

L'inspectrice n° 547 a interrogé l'IAA n° 103 qui a indiqué qu'il avait effectivement remarqué la lésion de la personne résidente à cette date spécifiée et qu'il avait effectué les évaluations de la peau requises, cependant il n'avait pas contacté le médecin pour l'informer, ni ajouté tout programme de traitement au programme de soins de la personne résidente.

Nous n'avons obtenu aucune photographie documentée de l'évaluation initiale ou des évaluations mensuelles de la plaie.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 016, le 13 février 2017, il ne figurait aucune évaluation hebdomadaire documentée concernant l'endroit spécifié de la peau de la personne résidente n° 016 depuis l'évaluation initiale de cette lésion à cette date spécifiée.

Personne résidente n° 038

La personne résidente n° 038 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux. On considérait qu'elle risquait fortement d'avoir une altération de son intégrité épidermique liée à sa mobilité et à ses déficiences cognitives.

Le 10 février 2017, l'inspectrice n° 547 a interrogé la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 038 qui a indiqué que la personne résidente avait eu un tel problème avec un épiderme fragile. La personne résidente est assise dans un fauteuil roulant pendant de longues périodes le matin, elle bouge souvent certaines parties du corps spécifiées et il se produit des déchirures de la peau. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a indiqué que la peau de la personne résidente n° 038 est souvent si sèche et desquamée, et qu'elle n'a pas de crème hydratante.

L'inspectrice n° 547 a remarqué que la personne résidente n° 038 était quotidiennement assise dans un fauteuil roulant. D'après le PSSP n° 105, la personne résidente est transférée dans ce fauteuil roulant tôt le matin quand elle se réveille, car elle risque fortement de faire des chutes en tombant du lit. Le fauteuil roulant de la personne résidente n° 038 avait deux repose-pieds en métal. On a observé ce matin-là que la personne résidente n° 038 a maintenant une nouvelle plaie ouverte à un endroit du corps spécifié. L'IAA n° 106 a indiqué que cette personne résidente devrait avoir du rembourrage ou

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

des supports de fauteuil roulant différents pour contribuer à empêcher qu'elle se blesse en faisant un mouvement. L'IAA n° 106 a indiqué que la peau de la personne résidente n° 038 est si sèche qu'il serait également utile de l'hydrater. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a indiqué que la personne résidente n'a pas eu d'hydratant depuis longtemps. L'IAA n° 106 est allé chercher un gros flacon d'hydratant pour le corps pour la personne résidente.

Le 10 février 2017, l'IAA n° 106 a indiqué qu'elle avait effectué une évaluation d'une plaie spécifiée de la personne résidente. La personne résidente a aussi maintenant une autre lésion spécifiée à un autre endroit spécifié dont il ne fallait pas changer le pansement ce jour-là. L'IAA n° 106 a indiqué que cette personne résidente avait désormais un nombre spécifié de plaies qui nécessitaient des pansements à des moments différents comme on l'indique dans le dossier d'administration des traitements. L'IAA n° 106 a indiqué qu'elle n'était pas au courant que chaque plaie nécessitait de documenter une évaluation de la peau, car elle pensait qu'elle ne devait faire une évaluation que pour la pire plaie.

Le 10 février 2017, l'inspectrice n° 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 038, et il ne comportait aucune documentation en matière de mesures de prévention, de changement de position ou d'interventions de protection concernant la déchirure de la peau de la personne résidente en deux endroits spécifiés. L'IAA n° 106 a indiqué qu'ils devront ajouter au programme de soins la nouvelle plaie située dans un endroit spécifié qui s'est manifestée ce jour-là. À l'heure actuelle, le programme de soins ne mentionne qu'une lésion spécifiée avec les interventions. Aucune autre intervention n'était mentionnée concernant deux autres endroits spécifiés pour la personne résidente.

Le programme de soins de la peau et des plaies indiquait que les PSSP doivent remplir toutes les semaines un document d'évaluation de la peau lors du premier bain de la semaine de chaque personne résidente.

L'inspectrice n° 547 a examiné les documents d'évaluation de la peau de la personne résidente n° 038 pendant un mois spécifié, et aucune évaluation hebdomadaire n'était documentée pendant deux semaines spécifiées du mois en question. Lors des deux autres semaines spécifiées de ce mois, les PSSP n'ont mentionné qu'un pansement à un seul endroit spécifié. Au cours de ce mois spécifié, on ne documentait aucune plaie ni aucun pansement pour un endroit spécifié du corps de la personne résidente mentionné pendant ce mois spécifié. L'inspectrice n° 547 a examiné les documents d'évaluation de la peau de la personne résidente n° 038 pendant le mois suivant, et aucune évaluation hebdomadaire n'était documentée pendant trois semaines de ce mois spécifié, et une évaluation effectuée une fois indiquait que la peau de la personne résidente était intacte.

L'inspectrice n° 547 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente n° 038 qui indiquaient que l'on avait envoyé la personne résidente à l'hôpital au cours de ce récent mois spécifié à cause d'une blessure liée à une chute et qu'elle était revenue avec une lacération de la peau à un endroit spécifié. On avait effectué une évaluation de la tête aux pieds à son retour de l'hôpital, et ce nouveau problème de peau n'avait pas été ajouté au programme de soins de la personne résidente n° 038.

Pendant une durée spécifiée de deux mois, la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'évaluations hebdomadaires de la peau par le personnel infirmier autorisé, et une des plaies s'était infectée à une date spécifiée au début de cette période.



**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

Le 9 février 2017, le responsable du programme de soins de la peau et des plaies, l'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il faut remplir un outil d'évaluation de la peau après chaque changement de pansement pour chaque plaie ou endroit du corps de la personne résidente. Si l'on doit faire les pansements moins fréquemment que toutes les semaines, comme ceux que l'on doit faire tous les 21 jours, on s'attend encore à ce que l'on documente toutes les semaines une évaluation du pansement et de la plaie qui se trouve sous ces pansements transparents. Après examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 038, l'IAA n° 114 a indiqué que l'on n'avait pas effectué une évaluation des plaies pour chaque plaie comme c'était requis. Nous n'avons obtenu aucune photo documentée des évaluations initiales ou mensuelles des plaies pour chacune des plaies de cette personne résidente.

**Personne résidente n° 048**

La personne résidente n° 048 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux. Son programme de soins pour un mois spécifié indiquait qu'elle avait une douleur chronique à la jambe liée à des diagnostics médicaux spécifiés. Les interventions documentées devaient consister à surveiller et décrire le degré de douleur de la personne résidente, à appliquer trois fois par jour une crème prescrite par ordonnance, à administrer un traitement prescrit pour l'infection, et à surveiller les effets secondaires. La peau affectée par des plaies devait faire l'objet d'interventions documentées pour la nettoyer avec une solution salée normale, puis appliquer deux fois par jour un onguent prescrit par ordonnance, et exercer une surveillance.

Les évaluations de la peau de la personne résidente n° 048 étaient documentées comme suit :

À une date spécifiée, l'évaluation de la peau de la personne résidente n° 048 indiquait qu'il y avait une infection, et le programme de soins avait été mis à jour.

L'évaluation de la peau suivante n'avait été effectuée que plus de deux semaines plus tard, car les plaies de la personne résidente n° 048 ne s'amélioraient pas.

Deux jours plus tard, on avait envoyé la personne résidente n° 048 à l'hôpital, diagnostiqué qu'elle avait une infection spécifiée, et renvoyée au foyer avec un traitement prescrit.

On avait documenté une évaluation de la peau de la tête aux pieds quand la personne résidente est revenue de l'hôpital deux jours plus tard. Cette évaluation indiquait que son intégrité épidermique n'était affectée à aucun endroit à ce moment-là.

Ce n'est que dix jours après son retour de l'hôpital que personnel infirmier autorisé avait fait une autre évaluation hebdomadaire documentée des endroits spécifiés infectés de la peau de la personne résidente n° 048.

Deux jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que l'on avait identifié, nettoyé et pansé une plaie, mais on n'avait rempli aucun outil d'évaluation pour cette plaie, et on ne l'avait pas ajoutée au programme de soins de la personne résidente.

On a envoyé la personne résidente à l'hôpital deux jours après l'apparition de cette plaie, car les endroits infectés spécifiés étaient enflés et douloureux; elle était revenue de l'hôpital à la même date avec des ordres de médecin pour accroître la prise d'analgésiques et panser les plaies tous les jours.

On a remarqué que les ordres concernant le traitement spécifié de pansements n'avaient pas été ajoutés au programme de soins ni au dossier d'administration des traitements.

Les notes d'évolution indiquaient que les pansements de la personne résidente n° 048 étaient changés tous les deux jours, et non pas quotidiennement comme on l'avait ordonné.

***Autres mesures requises :***

***L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter au formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice.***

**(A1) L'Ordre suivant a été modifié: L'OC n° 001**

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8, art. 6.**

**Programme de soins**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :**

**a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**Par. 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences. 2007, chap. 8, par. 6 (2).**

**Par. 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :**

**a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

**b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

**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).**



**Par. 6 (11) Lorsqu'un résident est réévalué et que son programme de soins est réexaminé et révisé :**

- a) d'une part, les paragraphes (4) et (5) s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard de la réévaluation et de la révision; 2007, chap. 8, par. 6 (11).
- b) d'autre part, si le programme de soins fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de celle-ci. 2007, chap. 8, par. 6 (11).

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les programmes de soins des personnes résidentes n° 014 et 020 mentionnent des directives claires à l'intention du personnel qui fournit des soins concernant le changement des équipements de soins personnels spécifiés.

La personne résidente n° 014 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux.

Le 26 janvier 2017, l'inspectrice n° 547 a interrogé la personne résidente n° 014 et un membre de sa famille qui ont indiqué qu'ils n'étaient pas satisfaits de la façon dont on prend soin des équipements de soins personnels spécifiés de la personne résidente. Le membre de la famille de la personne résidente a indiqué que l'on devait les intervertir tous les matins et tous les soirs, et que souvent ce n'est pas fait. Le membre de la famille de la personne résidente a indiqué qu'à titre de prévention des infections, les équipements de soins personnels spécifiés sont censés être nettoyés chaque fois qu'on les intervertit, et être remplacés toutes les semaines par un nouveau système. Ces nouveaux dispositifs doivent être datés du jour auquel on les fournit à une personne résidente. Le membre de la famille de la personne résidente n° 014 a indiqué qu'on ne le fait pas pour elle, car on voit d'anciennes dates sur ces équipements de soins personnels spécifiés.

Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'inspectrice n° 547 a remarqué que les équipements de soins personnels spécifiés de la personne résidente n° 014 portant une étiquette « jour » et « nuit » avaient plus d'une semaine.

Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'IAA n° 114, responsable du programme des soins liés à l'incontinence dans le foyer, a indiqué à l'inspectrice n° 547 que ces équipements de soins personnels spécifiés sont censés être étiquetés et changés toutes les semaines conformément à la politique et à la marche à suivre du titulaire de permis. L'IAA n° 114 a demandé à la PSSP n° 104 quel jour de la semaine le système d'équipement de soins personnels spécifié est censé être changé pour la personne résidente n° 014, le PSSP n° 114 a indiqué qu'il n'était pas sûr. Le PSSP n° 114 est l'un des principaux PSSP qui prodiguent des soins directs à la personne résidente n° 014 pendant le quart de travail de jour.

Le 2 février 2017, la PSSP n° 116 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que la marche à suivre du foyer avait toujours consisté à changer les équipements de soins personnels spécifiés les lundis pour toutes les personnes résidentes depuis la mise en place, par la directrice des soins (DDS) à une date spécifiée, de la nouvelle marche à suivre relative aux équipements de soins personnels spécifiés. L'IAA n° 114 a indiqué qu'il ne pouvait pas se rappeler quel jour de la semaine on avait décidé, et qu'il devait vérifier dans le programme de soins de la personne résidente.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

Le programme de soins de la personne résidente n° 014 n'indique pas quel jour de la semaine on doit changer l'équipement de soins personnels spécifié. L'IA n° 102 a indiqué qu'elle pensait également que c'était les lundis, mais qu'elle vérifiera. L'IA n° 102 a indiqué, après examen du programme de soins de la personne résidente, qu'on avait remarqué que ce renseignement manquait, et que les PSSP n'avaient pas de directive claire indiquant quand on devait changer les équipements de soins personnels spécifiés. [Alinéa 6 (1)c]

2. La personne résidente n° 020 a été admise au foyer à une date spécifiée, avec plusieurs diagnostics médicaux. L'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que la personne résidente n° 020 est éveillée et orientée et en mesure de s'occuper de ses propres soins.

La personne résidente n° 020 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle intervertit elle-même ses équipements de soins personnels spécifiés chaque matin et chaque soir. Elle a indiqué que le foyer ne lui avait pas montré comment les laver ou les entreposer.

L'inspectrice n° 547 a remarqué l'équipement de soins personnels spécifié de la personne résidente n° 020 enroulé sur une table en bois dans la chambre de la personne résidente. Il contenait un liquide jaune. La personne résidente n° 020 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle avait du mal à le nettoyer et qu'il semblait très sale. On remarquait que l'équipement de soins personnels spécifié était trouble et qu'il y avait des sédiments blancs à l'intérieur. La personne résidente a de plus indiqué qu'elle n'avait aucune idée de quand le foyer avait changé les équipements de soins personnels spécifiés, car ils ne comportaient aucune date.

Après examen du programme de soins de la personne résidente, on remarquait qu'il n'y avait pas d'indication concernant la marche à suivre pour changer les équipements de soins personnels spécifiés de la personne résidente et quand le faire.

Le 2 février 2017, l'IA responsable de l'unité a indiqué qu'elle avait mis à jour le programme de soins de chaque personne résidente pour celles qui avaient ce type d'équipement de soins personnels spécifié, afin de veiller à ce que le nettoyage, l'entreposage et le changement de ces articles soient clairs pour le personnel chargé des soins directs. La personne résidente n° 020 continuait de préférer conserver les équipements de soins personnels spécifiés entreposés dans sa propre chambre, et l'IA veillera à ce que ce point soit mentionné dans la mise à jour du programme de soins de la personne résidente, car cela diffère de la marche à suivre actuelle du foyer. [Alinéa 6 (1)c]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur une évaluation de la personne résidente n° 012 et de ses besoins et préférences.

À une date spécifiée, le foyer a soumis au directeur un rapport d'incident critique qui exposait en détail un cas allégué de mauvais traitement d'ordre verbal d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel; ces faits concernaient la personne résidente n° 012 et le PSSP n° 108. La personne résidente a indiqué à l'IAA n° 103 que le PSSP l'avait invectivée dans des termes inappropriés.

La personne résidente n° 012 habite au foyer depuis une date spécifiée et a fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont des limitations physiques nécessitant de l'aide pour manger.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

D'après la directrice des soins (DDS), à la suite de cette allégation, la personne résidente n° 012 a indiqué qu'elle préférerait que le PSSP n° 108 ne lui prodigue plus de soins personnels.

Le 3 février 2017, la personne résidente n° 012 a indiqué à l'inspectrice n° 551 que le PSSP n° 108 continuait de lui donner à manger pendant les repas. La personne résidente n° 012 a indiqué qu'elle trouvait cela étrange, car elle préférerait que ce PSSP ne lui prodigue pas des soins, comme elle en avait précédemment discuté avec la DDS.

Le 7 février 2017, l'inspectrice n° 551 a remarqué que le PSSP n° 108 donnait à manger à la personne résidente n° 012 le plat principal et le dessert de son déjeuner dans la salle à manger.

Le PSSP n° 108 a indiqué à l'inspectrice n° 551 qu'on lui avait confié la tâche de faire manger les personnes à la table de la personne résidente n° 012, et qu'il faisait habituellement manger cette personne résidente pendant les repas.

L'inspectrice n° 551 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 012, et a remarqué qu'il ne comportait pas de renseignements concernant les besoins et les préférences de la personne résidente de ne pas avoir de soins fournis par le PSSP n° 108.

La DDS a indiqué à l'inspectrice n° 551 que les besoins et préférences de la personne résidente n° 012 de ne pas recevoir de soins du PSSP n° 108 incluaient également l'aide pour s'alimenter, et que ce point aurait dû être ajouté au programme de soins de la personne résidente quand on en avait discuté à cette date spécifiée. [Paragraphe 6 (2)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

La personne résidente n° 041 a été admise au foyer il y a plusieurs années, avec plusieurs diagnostics médicaux. Elle se déplaçait à l'aide d'un fauteuil roulant et était connue pour tenter d'effectuer ses transferts de façon autonome.

Entre deux dates spécifiées sur une période de trois mois, la personne résidente n° 041 était tombée plusieurs fois. À une date spécifiée, on l'avait trouvée sur le plancher du corridor.

L'inspectrice n° 551 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et remarqué qu'à cette date spécifiée de la chute, la personne résidente n° 041 avait été évaluée par le physiothérapeute, évaluation selon laquelle la personne résidente ne supportait pas son poids en raison d'une douleur et d'une sensibilité au toucher d'une partie spécifiée de son corps. Le physiothérapeute avait recommandé d'obtenir l'avis d'un médecin pour exclure qu'il y eût fracture. La note d'évolution indiquait que l'IA avait été informée de cette évaluation.

Huit jours plus tard, le physiothérapeute avait évalué la personne résidente n° 041 relativement à la chute qui avait eu lieu à la date spécifiée. Au cours de cette évaluation, la personne résidente s'était plainte d'une douleur à la même partie du corps spécifiée, et avait évalué son intensité à 7/10.

Lors d'une entrevue le 2 février 2017, le physiothérapeute avait indiqué à l'inspectrice n° 551 qu'à cette date d'évaluation spécifiée huit jours après la chute, il était convaincu qu'il était possible que la personne résidente se soit fracturée une partie du corps spécifiée, en se fondant sur son évaluation, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, et parce que la personne résidente était tombée à de nombreuses reprises dans le passé et ne s'était pas plainte de douleur. Le physiothérapeute a indiqué qu'il avait fait un suivi auprès de l'infirmière la semaine suivante et qu'il avait recommandé, lors de l'évaluation précédente, qu'un avis de médecin exclût qu'il y eût une fracture, et que cela n'avait pas été fait. Le physiothérapeute a indiqué qu'on lui avait dit que l'on avait fait une radiographie d'une autre partie spécifiée du corps de la personne résidente. Une note d'évolution écrite par le physiothérapeute à une date spécifiée, 16 jours après la chute, indiquait qu'il avait informé l'IA et le coordonnateur du RAI qu'il recommandait d'obtenir l'avis d'un médecin pour exclure la cause de la douleur à cette même partie spécifiée du corps, et l'on avait changé les transferts de la personne résidente pour qu'ils soient effectués par lève-personne entièrement mécanique avec l'assistance de deux personnes. Le physiothérapeute a indiqué de plus à l'inspectrice n° 551 que ce changement concernant le transfert avait eu lieu parce que la personne résidente se plaignait d'une douleur et qu'il ne voulait pas qu'elle supporte son poids.

Le physiothérapeute a indiqué à l'inspectrice n° 551 qu'à une date spécifiée, 23 jours après la chute, il avait fait un suivi avec le personnel infirmier concernant la partie spécifiée du corps de la personne résidente n° 041, et qu'on lui avait dit que l'on n'avait pas suivi ses recommandations d'obtenir une évaluation de médecin, recommandations qu'il avait faites lors de deux dates d'évaluation spécifiées, les huitième et seizième jours après la chute de la personne résidente. Le physiothérapeute a indiqué qu'à la suite d'une discussion avec l'infirmière, elle avait appelé le médecin pour prendre des dispositions pour une radiographie de la partie spécifiée du corps de la personne résidente n° 041.

L'IAA n°106 a rendu compte dans les notes d'évolution de la personne résidente, 23 jours après la chute, que la partie du corps de la personne résidente était douloureuse, jaune, enflée, que la personne résidente était incapable de la bouger, et que l'on avait contacté un médecin et ordonné de faire une radiographie de la partie du corps spécifiée.

On a fait une radiographie le lendemain à l'aide d'un appareil de radiologie mobile, et l'on indiquait que le résultat serait disponible quatre jours plus tard.

L'image obtenue par radiographie montrait une fracture d'une partie du corps identifiée, 27 jours après la chute de la personne résidente.

La personne résidente n° 041 a fait une chute à une date spécifiée et a été évaluée par le physiothérapeute à trois dates spécifiées; les recommandations n'ont été mises en œuvre que 23 jours après la chute de la personne résidente, quand on a ordonné de faire une radiographie. Les résultats de cette radiographie ont été retournés 27 jours après la chute de la personne résidente, et celle-ci a été transférée à un hôpital pour une fracture d'une partie spécifiée du corps qui nécessitait une intervention chirurgicale. L'inspectrice n° 551 a examiné le rapport postopératoire de la personne résidente daté d'une date spécifiée 29 jours après la chute; ce rapport indiquait qu'en dépit de plusieurs tentatives, le médecin avait été incapable de réparer cette fracture étant donné qu'elle avait

eu lieu depuis un certain temps, et que les muscles de cette région avaient rétréci ce qui empêchait de procéder à toute réparation. [Alinéa 6 (4)a)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à la personne résidente n° 011, tel que le précise le programme.

D'après l'administratrice intérimaire, à une date et à un moment spécifiés, le foyer gérait une éclosion d'infection entérique et l'on avait changé l'affectation des PSSP pour tenter de limiter la propagation de cette éclosion. Dans l'unité Sud, les PSSP n° 112 et 116 avaient été affectées pour prodiguer des soins à huit personnes résidentes faisant l'objet de mesures d'isolement, et le PSSP n° 108 et la PSSP n° 104 avaient été affectés pour prodiguer des soins aux vingt-deux personnes résidentes restantes qui n'étaient pas atteintes. La personne résidente n° 011 vivait dans l'unité Sud et ne faisait pas l'objet de mesures d'isolement.

La personne résidente n° 011 résidait au foyer depuis plusieurs années. D'après son programme de soins écrit, elle dépendait du personnel pour l'élimination et la propreté, devait être conduite à la toilette de façon systématique, et ne pas être laissée sans surveillance sur la toilette.

Plus tard, à cette même date spécifiée, on a remarqué la personne résidente n° 011 assise dans un fauteuil roulant à l'extérieur de sa chambre, et elle a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle avait besoin d'aller à la toilette et qu'elle attendait depuis longtemps.

Cette situation a été portée à l'attention des PSSP n° 112, 116 et 104. Les PSSP n° 112 et 116 ont déclaré à l'inspectrice n° 547 qu'elles savaient que la personne résidente est normalement conduite à la toilette entre des heures spécifiées, mais qu'en raison du changement d'affectation des PSSP ce jour-là, le personnel n'avait pas eu le temps de la conduire à la toilette dans le cadre de sa routine normale.

L'inspectrice n° 551 a observé les PSSP n° 112 et 116 qui aidaient la personne résidente n° 011 à se rendre à la toilette 75 minutes après qu'elle l'eût demandé pour la première fois. La personne résidente n° 011 a alors été laissée sans surveillance sur la toilette quand la PSSP n° 116 est sortie de sa chambre dans le corridor. La PSSP n° 116 est revenue cinq minutes plus tard voir si tout allait bien pour la personne résidente qui n'était pas prête. Les PSSP n° 104 et 116 sont ensuite allées fournir des soins à la personne résidente n° 006. La personne résidente n° 011 est restée sans surveillance sur la toilette pendant au moins dix minutes. [Paragraphe 6 (7)]

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à la personne résidente tel que le précise le programme, en particulier pour ce qui concerne la prévention des chutes.

Le dossier médical de la personne résidente n° 038 indiquait qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes. Elle avait fait une chute à une date spécifiée qui a été à l'origine d'un transfert à l'hôpital avec une fracture. Le programme de soins écrit actuel de la personne résidente n° 038 incluait l'utilisation d'un dispositif d'alarme de sécurité quand elle était au lit et en fauteuil roulant, à titre de prévention des chutes.



**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

Les 27 et 30 janvier 2017, l'inspecteur n° 573 a observé la personne résidente n° 038 couchée sans aucun dispositif d'alarme attaché à son lit. L'inspecteur n° 573 a parlé à l'IAA n° 106 qui a indiqué que la personne résidente présente un risque élevé de faire des chutes, et elle a confirmé à l'inspecteur que l'utilisation d'une alarme de sécurité au lit et en fauteuil roulant constituait l'une des interventions en matière de prévention des chutes.

Le 30 janvier 2017, l'IAA n° 106 a observé la personne résidente n° 038 en présence de l'inspecteur et a indiqué que les membres du personnel sont censés avoir recours à l'alarme de sécurité quand la personne résidente n° 038 est au lit. L'IAA n° 106 a de plus confirmé à l'inspecteur n° 573 que les membres du personnel des services de soutien à la personne n'avaient pas mis l'alarme de sécurité à la personne résidente n° 038 comme le précise le programme de soins. [Paragraphe 6 (7)]

7. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, quand le programme de soins fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de celle-ci.

Le foyer a soumis au directeur un rapport d'incident critique qui indiquait, à une date spécifiée, que l'on avait trouvé la personne résidente n° 043 sur le plancher à proximité de sa toilette. Le rapport d'incident critique mentionnait que l'on avait envoyé la personne résidente n° 043 à l'hôpital pour poursuivre son évaluation, et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une fracture à une partie spécifiée du corps, ce qui s'était traduit par un changement important de son état.

L'inspecteur n° 573 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 043 au moment de l'incident; il indiquait qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes lié au fait qu'elle n'était pas consciente de ses besoins en matière de sécurité, et parce qu'elle avait une démarche mal assurée. La personne résidente n° 043 avait des antécédents de chutes multiples.

L'inspecteur n° 573 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 043 (notes d'évolution/évaluation après une chute/évaluation de la gestion des risques de chute) qui indiquaient que la personne résidente n° 043 avait eu des incidents de chutes à trois dates spécifiées. En poursuivant l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente, on constatait que l'on avait documenté que les incidents de chute à deux dates spécifiées avaient un lien avec les besoins qu'avait la personne résidente de se rendre à la toilette.

Les dossiers médicaux de la personne résidente n° 043 mentionnaient ce qui suit :

Incident de chute (1) – à une date spécifiée, la personne résidente a perdu l'équilibre en sortant d'une chaise et on l'avait trouvée sur le plancher. Mesures prises immédiatement : - évaluation des signes vitaux, aucune blessure observée. Intervention de prévention des chutes au moment de la chute – a) veiller à ce que l'environnement soit dégagé, b) s'assurer que le plancher est sec. c) sonnette d'appel à portée de la main/insister sur la nécessité d'appeler pour avoir de l'assistance d) aide à la mobilité à portée de la main.

Incident de chute (2) – un jour après l'incident de chute (1), un membre du personnel des services de soutien à la personne signale que la personne résidente gît sur le plancher, près de la porte de la toilette. Mesures prises immédiatement : - évaluation des signes vitaux, aucune blessure. Intervention

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée*

de prévention des chutes au moment de la chute – a) veiller à ce que l'environnement soit dégagé, b) s'assurer que le plancher est sec. c) sonnette d'appel à portée de la main/insister sur la nécessité d'appeler pour avoir de l'assistance d) aide à la mobilité à portée de la main.

Incident de chute (3) – deux jours après l'incident de chute (1), un membre du personnel des services de soutien à la personne signale que la personne résidente est sur le plancher, près de la salle de bains. Mesures prises immédiatement : la personne résidente n° 043 est envoyée à l'hôpital pour poursuivre son évaluation. Intervention de prévention des chutes au moment de la chute – a) veiller à ce que l'environnement soit dégagé, b) s'assurer que le plancher est sec. c) sonnette d'appel à portée de la main/insister sur la nécessité d'appeler pour avoir de l'assistance d) alarme Posey.

Un examen des notes d'évolution du personnel infirmier concernant les chutes à une date spécifiée pour voir l'analyse des causes fondamentales indiquait que les chutes de la personne résidente n° 043 étaient fortement liées aux besoins de se rendre à la toilette, à certains épisodes de confusion et à une démarche mal assurée.

Le 13 février 2017, l'inspecteur n° 573 a parlé à l'IA n° 102 qui a indiqué que la personne résidente n° 043 ne faisait pas partie d'un programme spécifique d'élimination. L'IA n° 102 a indiqué de plus qu'à la suite de la chute de la personne résidente qui avait eu pour conséquence une fracture à une partie du corps spécifiée, on devait inclure pour elle des interventions de prévention des chutes et une surveillance fréquente concernant les chutes.

Le 13 février 2017, l'inspecteur n° 573 a examiné, en présence de la DDS, le programme de soins écrit de la personne résidente n° 043, son évaluation après une chute dans le contexte de ses chutes. Lors de l'examen, la DDS a indiqué à l'inspecteur que les chutes de la personne résidente n° 043 avant la date spécifiée de la chute (3) étaient liées à des besoins de se rendre à la toilette. La DDS a indiqué de plus qu'à part les interventions de prévention des chutes mentionnées dans le programme de soins écrit de la personne résidente, on n'avait pas envisagé d'autres méthodes différentes pour atténuer ses chutes. [Alinéa 6 (11)b]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent concernant le programme de soins de la personne résidente, et que les soins prévus dans ces programmes de soins soient fournis à la personne résidente. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***



---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8 du Règlement de l'Ontario 79/10. Respect des politiques et des dossiers**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

**Par. 8 (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :**

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que lorsque la Loi ou le présent Règlement exigent que le titulaire d'un permis de foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Conformément à l'alinéa 31 (1) 1 du Règl. de l'Ontario 79/10, le titulaire de permis est tenu d'avoir des politiques, marches à suivre et protocoles pertinents pour les programmes structurés du foyer. Le paragraphe 48 (1) du Règl. de l'Ontario 79/10 indique que le programme de gestion de la douleur est élaboré et mis en œuvre au foyer pour déceler la douleur chez les personnes résidentes et pour gérer celle-ci.

La politique du titulaire de permis intitulée *Pain Management* (RESI-10-03-01) (gestion de la douleur) prévoyait que chaque personne résidente, quelle que soit sa cognition, doit faire l'objet d'une évaluation de la douleur quand il y a un changement de son état lié à l'apparition d'une douleur, et que l'on doit utiliser la version papier ou électronique du *Pain Assessment Tool* (outil d'évaluation de la douleur). Les indicateurs pour effectuer une évaluation de la douleur sont notamment : quand la personne résidente déclare qu'elle a une nouvelle douleur d'une intensité de 4 sur 10 ou plus, quand elle prend un nouveau médicament pour la douleur pendant plus de 72 heures, et quand la famille ou une personne bénévole indique que la douleur est présente.

La personne résidente n° 041 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux. Elle se déplace à l'aide d'un fauteuil roulant et est connue pour faire ses transferts elle-même.

Pendant une période spécifiée de trois mois, la personne résidente n° 041 est tombée seize fois.

À une date et à une heure spécifiées, on a trouvé la personne résidente sur le plancher dans le corridor. Le physiothérapeute a évalué la personne résidente n° 041, celle-ci s'est plainte d'une douleur à une partie spécifiée du corps, et elle avait évalué l'intensité de la douleur à 7 sur 10.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

Le physiothérapeute avait évalué la personne résidente n° 041 à une date spécifiée, concernant la chute qu'elle avait faite huit jours auparavant, la personne résidente ne soutenait pas son poids à cause de la douleur, et le physiothérapeute avait remarqué une sensibilité au toucher sur une partie spécifiée du corps. Le physiothérapeute avait recommandé de demander l'avis d'un médecin pour exclure une fracture, et l'on avait suspendu le traitement de physiothérapie jusqu'à ce que la douleur de la partie spécifiée du corps disparaisse. La note d'évolution indiquait que l'IA avait été informée de cette évaluation.

Le physiothérapeute et l'aide-physiothérapeute avaient évalué la personne résidente à une date spécifiée concernant la chute effectuée seize jours auparavant. Dans son évaluation, le physiothérapeute mentionnait que la personne résidente se plaignait d'une douleur à une partie spécifiée du corps. Le physiothérapeute avait mentionné au dossier qu'il avait discuté de la douleur de la personne résidente avec l'IA et le coordonnateur du RAI (IAA n° 114) et qu'on l'avait informé que l'on avait fait une radiographie. Le physiothérapeute avait recommandé de demander l'avis d'un médecin pour éliminer la cause de la douleur à cette partie du corps spécifiée et de surveiller plus fréquemment la personne résidente.

La personne résidente n° 041 s'était plainte d'une douleur à un endroit spécifié 18 jours après la chute et l'on décrivait que le site de la douleur avait une couleur jaune. Le médecin avait été avisé, et il avait prescrit un analgésique pendant cinq jours.

Vingt-trois jours après la chute de la personne résidente, une mention dans les notes d'évolution indiquait que le même endroit du corps de la personne résidente était douloureux, jaune, enflé, et que la personne résidente était incapable de le bouger. Le médecin avait ordonné de faire une radiographie de la partie spécifiée du corps.

On avait fait une radiographie le lendemain à l'aide d'un appareil de radiographie mobile, et retourné le résultat à une date spécifiée, 27 jours après la chute de la personne résidente; la radiographie montrait qu'il y avait une fracture à cette partie spécifiée du corps. La personne résidente avait été transférée à l'hôpital et elle était revenue au foyer sept jours plus tard.

Nous n'avons pas pu trouver d'outils d'évaluation de la douleur remplis pour ce qui suit :

On n'avait pas rempli d'outil d'évaluation de la douleur aux deux dates que le physiothérapeute avait mentionnées au personnel infirmier lorsque la personne résidente n° 041 avait fait état d'une douleur (évaluée à 7/10) et d'une sensibilité au toucher à une partie spécifiée du corps, et qu'elle ne pouvait pas supporter son poids.

On n'avait pas rempli d'outil d'évaluation de la douleur à une date spécifiée quand on avait prescrit à la personne résidente n° 041 des analgésiques pendant cinq jours pour une nouvelle douleur.

On n'avait pas rempli d'outil d'évaluation de la douleur à une date spécifiée quand la jambe gauche de la personne résidente était douloureuse, jaune, enflée, que la personne résidente était incapable de la bouger, et que l'on avait ordonné de faire une radiographie à l'aide d'un appareil de radiographie mobile.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée*

À la suite de la chute de la personne résidente et des rapports subséquents concernant la douleur, on n'avait pas rempli d'outil d'évaluation de la douleur jusqu'à ce que la personne résidente revînt de l'hôpital où on l'avait envoyée pour une partie du corps spécifiée qui était fracturée. [Alinéas 8 (1)a), 8 (1)b)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les politiques et marches à suivre du foyer relatives au programme de gestion de la douleur et de prévention et de gestion des chutes sont respectées par le personnel qui fournit des soins. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8. Obligation de faire rapport au directeur de certains cas**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :**

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**

**Faits saillants :**

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente par qui que ce soit s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.**

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur à une date spécifiée, décrivant en détail une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel,

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

impliquant la personne résidente n° 050 et la PSSP n° 125, incident qui avait eu lieu un jour auparavant à une date spécifiée. D'après le rapport d'incident critique, lors du quart de travail de nuit à une date et à une heure spécifiées, la personne résidente n° 050 suivait en fauteuil roulant la PSSP n° 125 hors d'une chambre pour lui retourner une culotte que la PSSP avait oubliée dans la chambre de la personne résidente. La PSSP avait alors frappé la personne résidente n° 050 avec la culotte, et celle-ci avait glissé et était tombée sur le plancher en se faisant mal à une partie du corps spécifiée.

D'après la DDS, l'IA n° 124 qui était responsable du bâtiment au moment de l'incident, a rédigé une note d'évolution décrivant en détail les événements et l'avait laissée sur le bureau de la DDS. La DDS a vu la note quand elle est venue au travail le lendemain, plus de 24 heures après que l'IA fût mise au courant de cet incident. La note d'évolution rédigée par l'IA n° 124 à une heure et une date spécifiée de l'incident, mentionnait que la personne résidente avait subi un préjudice parce qu'elle avait été frappée avec une culotte par la PSSP n° 125 et qu'elle était tombée sur le plancher. D'après la DDS, l'IA aurait dû lui téléphoner pour que la DDS fasse immédiatement rapport de l'allégation de mauvais traitement.

Aux termes de la LFSLD, le directeur a été avisé du cas soupçonné de mauvais traitement à une date spécifiée, cas dont on n'a pas fait immédiatement rapport comme l'exige le présent paragraphe. [Paragraphe 24 (1)]

2. Le 24 janvier 2017, la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 039 a fait part à l'inspecteur n° 573 de ses inquiétudes concernant l'altération de l'intégrité épidermique d'une partie spécifiée du corps de la personne résidente n° 039. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a dit soupçonner que la blessure sur la partie spécifiée du corps de la personne résidente pouvait avoir résulté des soins fournis par une personne préposée aux services de soutien à la personne. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a indiqué de plus à l'inspecteur n° 573 avoir fait part, à une date spécifiée, de ces inquiétudes à l'IA responsable n° 102.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 039 pour une date spécifiée indiquait ce qui suit : « La mandataire spéciale/le mandataire spécial s'inquiétait, c'est pourquoi nous avons soumis un rapport et mis la DDS au courant de la situation ».

Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'inspecteur n° 573 a parlé à l'IA n° 102 qui a indiqué qu'à cette date spécifiée, la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 039 avait fait part d'inquiétudes concernant l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n° 039 sur une partie spécifiée du corps. L'IA n° 102 a indiqué à l'inspecteur qu'à cette date spécifiée, elle avait fait rapport à la DDS des inquiétudes de la mandataire spéciale/du mandataire spécial de la personne résidente n° 039 et avait fait une enquête immédiate.

En application de la LFSLD, le directeur a été avisé du cas soupçonné de mauvais traitement à une date spécifiée, cinq jours après que le DDS en ait eu connaissance, cas dont on n'a pas fait immédiatement rapport comme l'exige le présent paragraphe. [Paragraphe 24 (1)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 31 de la LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8. Contention au moyen d'appareils mécaniques**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 31 (1) Un résident peut être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique visé à la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si son programme de soins le prévoit. 2007, chap. 8, par. 31 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente puisse être maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, si son programme de soins le prévoit.

Les 30 et 31 janvier 2017, on a observé la personne résidente n° 038 assise dans un fauteuil roulant avec un appareil mécanique spécifié. Quand l'inspecteur n° 573 lui a demandé de défaire l'appareil mécanique spécifié, la personne résidente n° 038 n'a pas pu le défaire.

Lors d'une entrevue le 30 janvier 2017, le PSSP n° 107 a indiqué qu'il avait eu recours à l'appareil mécanique spécifié pour la sécurité de la personne résidente n° 038 pendant qu'elle était en fauteuil roulant afin de prévenir les chutes, et que la personne résidente était physiquement incapable d'enlever l'appareil mécanique spécifié.

L'inspecteur n° 573 a examiné le programme de soins écrit actuel de la personne résidente n° 038, et il n'y avait aucune documentation qui indiquait qu'elle nécessitait un appareil mécanique spécifié à titre de moyen de contention.

Le 31 janvier 2017, l'inspecteur n° 573 a observé, en présence de l'IA n° 102, la personne résidente n° 038 assise dans un fauteuil roulant avec un appareil mécanique spécifié. L'IA n° 102 a indiqué à l'inspecteur n° 573 que la personne résidente ne nécessitait pas ce moyen de contention comme l'exige ce paragraphe. [Paragraphe 31 (1)]



**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle une personne résidente peut être maîtrisée par un appareil mécanique si son programme de soins le prévoit. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 33 de la LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8. Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 33 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (1) ne soit utilisé pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de ce dernier. 2007, chap. 8, par. 33 (3).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (1) ne soit utilisé pour aider une personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de cette dernière.

Conformément à l'article 33 de la LFSLD 2007 et à l'article 111 du Règl. de l'Ont. 79/10, un appareil d'aide personnelle est un appareil utilisé pour aider une personne relativement à une activité courante de la vie restreignant ou empêchant la liberté de mouvement, et que la personne résidente est incapable d'enlever, physiquement ou cognitivement.

La personne résidente n° 002 a été admise au foyer à une date spécifiée. Son programme de soins actuel mentionnait qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes.

Le 23 janvier 2017, à 13 h 17, l'inspectrice n° 551 a observé la personne résidente n° 002 assise dans un fauteuil roulant avec un appareil d'aide personnelle spécifié.

Le 27 janvier 2017, à 10 h 40, l'inspecteur n° 573 a observé la personne résidente n° 002 assise dans un fauteuil roulant avec un appareil d'aide personnelle spécifié.

L'inspecteur n° 573 a interrogé la PSSP n° 115 et l'IAA n° 101 qui ont tous deux indiqué que l'appareil d'aide personnelle utilisé pour la personne résidente n° 002 visait à l'empêcher de glisser du fauteuil roulant, et que parfois elle essayait de se lever du fauteuil roulant s'il n'y avait pas cet appareil d'aide personnelle.

Le 27 janvier 2017, l'IA n° 100 a indiqué à l'inspecteur n° 573 que l'appareil d'aide personnelle est utilisé pour aider à changer de position la personne résidente n° 002 quand elle est dans le fauteuil roulant.

Le 27 janvier 2017, l'inspecteur n° 573 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 002, y compris le programme de soins écrit. L'inspecteur n'a pas été capable de trouver de l'information indiquant que la personne résidente nécessitait l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle comme l'exige ce paragraphe. [Paragraphe 33 (3)]

2. L'inspecteur n° 573 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 038 qui indiquaient qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes. On mentionnait, à une date spécifiée, que la personne résidente n° 038 avait fait une chute qui avait eu pour conséquence un transfert à l'hôpital avec une fracture.

Les 26 et 27 janvier 2017, l'inspecteur n° 573 a observé la personne résidente n° 038 assise dans un fauteuil roulant avec un appareil d'aide personnelle en place.

Le 27 janvier 2017, l'inspecteur a interrogé l'IAA n° 106 concernant l'appareil d'aide personnelle utilisé sur le fauteuil roulant de la personne résidente n° 038. L'IAA n° 106 a indiqué que l'on utilise un appareil d'aide personnelle sur le fauteuil roulant de la personne résidente n° 038 pour aider à la changer de position.

Le 31 janvier 2017, l'IA n° 102 a indiqué à l'inspecteur n° 573 que l'on utilisait un appareil d'aide personnelle sur le fauteuil roulant de la personne résidente n° 038 et qu'elle était incapable cognitivement et physiquement de l'enlever.

L'inspecteur n° 573 et l'IA n° 102 ont examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 038, et notamment son programme de soins écrit actuel, et ils ont remarqué qu'il n'y avait pas de document indiquant que la personne résidente nécessitait l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle sur le fauteuil roulant comme l'exige ce paragraphe. [Paragraphe 33 (3)]

#### ***Autres mesures requises :***

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle un appareil d'aide personnelle ne soit utilisé pour aider une personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de cette dernière. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***



---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 35 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Soins des pieds et des ongles**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 35 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 35 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 002 reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci.

La personne résidente n° 002 réside au foyer depuis une date spécifiée, et elle a fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. D'après le programme de soins écrit, elle nécessite une aide importante de la part de deux membres du personnel pour son hygiène personnelle, et le personnel doit lui nettoyer et lui couper les ongles lors du premier bain de la semaine. D'après l'IA n° 102, les jours du bain de la personne résidente n° 002 sont deux jours spécifiés de la semaine.

Le 23 janvier 2017, on a remarqué que les ongles des mains de la personne résidente n° 002 étaient longs et décolorés. Les 27, 30 et 31 janvier, et les 1<sup>er</sup> et 2 février 2017, on a remarqué que les ongles de la personne résidente étaient longs, avec une matière de couleur brune incrustée sous chacun des ongles des deux mains, et que l'extrémité de l'ongle du petit doigt droit était tranchante et ébréchée.

L'inspectrice n° 551 a examiné les feuilles de soins des dates spécifiées pour les trois derniers mois. Au cours d'un mois spécifié, les ongles de la personne résidente étaient codés C (*cleaned* – nettoyés) toutes les semaines. Pendant cette période de douze semaines, la feuille de soins ne comportait aucune mention pour indiquer que l'on avait coupé les ongles de la personne résidente.

Le 30 janvier 2017, l'IA n° 102 a déclaré que la personne résidente pouvait opposer une résistance aux soins, et que le personnel devait mentionner au personnel infirmier autorisé qu'elle avait refusé des soins pour les ongles. L'IA n° 102 a de plus indiqué que le personnel infirmier autorisé devait documenter ce refus des soins dans les notes d'évolution. Le 30 janvier 2017, l'IA n° 102 a demandé à l'IAA n° 103 de vérifier les ongles de la personne résidente n° 002.

Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'inspectrice n° 551 a examiné les notes d'évolution à compter d'une date spécifiée jusqu'à la date la plus récente, et il n'y avait pas de mention indiquant que la personne résidente avait refusé des soins des ongles.

Le 2 février 2017, la DDS et l'inspectrice ont observé les ongles de la personne résidente qui, comme nous l'avons décrit ci-dessus, étaient longs avec une matière brune incrustée sous les ongles de chaque doigt, et la DDS a déclaré que les ongles devraient être coupés et que l'on devrait nettoyer la matière brune qui se trouvait dans le lit unguéal. [Paragraphe 35 (2)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle chaque personne résidente reçoit des soins pour les ongles des mains, notamment le nettoyage et la coupe de ceux-ci. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Planification des menus**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 71 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (4).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas.

L'inspectrice n° 551 a observé le service du déjeuner dans la salle à manger Sud lors de deux dates spécifiées.

D'après le menu, on doit offrir de la soupe et du pain au déjeuner.

À deux dates spécifiées, on a remarqué que l'on n'offrait du pain à aucune personne résidente pendant les deux services de repas.

À l'une de ces dates spécifiées, on a remarqué que la personne résidente n° 010 recevait un plat principal sans qu'on lui ait offert de la soupe.

À une autre date spécifiée, on a remarqué que les personnes résidentes n° 006 et 002 recevaient leur plat principal sans qu'on leur ait offert de la soupe.

On a examiné le kardex des besoins diététiques et les programmes de soins écrits des personnes résidentes n° 010, 006 et 002, et il n'y avait pas de mention indiquant que l'on ne devait pas offrir à ces personnes résidentes de la soupe au déjeuner.

On a examiné le kardex des besoins diététiques pour la salle à manger Sud, et toutes les personnes résidentes avaient le droit de recevoir du pain au déjeuner. [Paragraphe 71 (4)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les choix indiqués au menu planifié sont offerts à chaque personne résidente et disponibles à chaque repas. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 110 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 110 (8) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident conformément au devoir de common law visé à l'article 36 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :**

- 1. Les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (8).**
- 2. Le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (8).**
- 3. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (8).**
- 4. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (8).**
- 5. Tout dégageement de l'appareil et tout changement de position.**
- 6. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (8).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser une personne résidente en application de l'article 31 de la Loi soit documentée, et à ce que les renseignements suivants soient documentés :

- 3 – le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.
- 4 – toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente.
- 5 – tout dégageement de l'appareil et tout changement de position.

Les 23 et 30 janvier 2017, on a observé la personne résidente n° 014 assise dans un fauteuil roulant avec un appareil mécanique spécifié. Quand l'inspecteur n° 573 lui a demandé de défaire l'appareil mécanique du fauteuil roulant spécifié, la personne résidente n° 014 n'a pas pu le faire.

Le programme de soins de la personne résidente n° 014 concernant l'utilisation d'un appareil mécanique spécifié et le recours à celui-ci indiquait qu'elle nécessite cet appareil mécanique dans le

fauteuil roulant pour raison de sécurité. L'inspecteur n° 573 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a remarqué que l'on avait obtenu un ordre de médecin pour l'utilisation de l'appareil mécanique du fauteuil roulant comme moyen de contention.

Le 30 janvier 2017, l'IA n° 102 a indiqué à l'inspecteur n° 573 que l'appareil mécanique est considéré comme un moyen de contention pour la personne résidente n° 014, et que cette dernière fait l'objet d'une surveillance horaire par les PSSP qui documentent le recours à l'appareil, le dégagement de l'appareil et le changement de position de la personne résidente sur le formulaire intitulé *Restraint Record* (dossier du recours aux moyens de contention). L'IA n° 102 a indiqué que le personnel infirmier autorisé doit inscrire toutes les huit heures sur ce formulaire les réactions de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention.

Le 30 janvier 2017, l'inspecteur n° 573 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 014 avec l'IA n° 102. L'IA n° 102 a été incapable de localiser un seul dossier de recours aux moyens de contention pour la personne résidente n° 014. [Paragraphe 110 (8)]

***Autres mesures requises :***

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser une personne résidente soit documentée concernant :***

***3 – le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.***

***4 – toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente.***

***5 – tout dégagement de l'appareil et tout changement de position. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 129 du Règl. de l'Ont. 79/10. Entreposage sécuritaire des médicaments**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**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).**

**Faits saillants :**

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

A. Le 25 janvier 2017, l'inspecteur n° 573 a remarqué un contenant de crème prescrite proche du lit de la personne résidente n° 032 sur le dessus de sa table de chevet. L'inspectrice n° 547 a observé cette même crème prescrite; la personne résidente n° 032 lui a dit que le personnel l'appliquait à un endroit et à un moment spécifiés.

L'inspectrice n° 547 a interrogé le PSSP n° 127 qui était responsable de la personne résidente n° 032 à cette date spécifiée, et qui a indiqué que les PSSP ne doivent pas appliquer la crème prescrite, car c'est le personnel infirmier autorisé qui effectue cette tâche. L'inspectrice n° 547 a interrogé l'IAA n° 106, responsable de la personne résidente n° 032, qui a indiqué que ce contenant de crème prescrite devrait être entreposé dans le chariot de traitement de l'unité qui est verrouillé, et ne pas se trouver au chevet de la personne résidente. L'IAA n° 106 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il n'y a pas à l'heure actuelle au foyer des personnes résidentes qui ont des ordres de médecin pour s'autoadministrer des médicaments ou pour garder des médicaments à leur chevet.

B. Le 26 janvier 2017, l'inspectrice n° 547 a remarqué plusieurs boîtes – certaines pliées et d'autres ouvertes avec des articles à l'intérieur – qui se trouvaient à l'extérieur de la chambre de la personne résidente n° 133. Dans le corridor de l'aire des soins des personnes résidentes, à l'intérieur de l'une de ces boîtes, on remarquait qu'il y avait plusieurs boîtes individuelles non ouvertes de médicaments prescrits de la réserve du gouvernement.

L'inspectrice n° 547 a informé la DDS qui a indiqué qu'elle ne savait pas pourquoi ces médicaments étaient entreposés à côté des contenants de recyclage et des poubelles dans le corridor de l'aire des soins aux personnes résidentes. La DDS a indiqué que ces médicaments étaient précédemment entreposés hier dans la salle de stockage des médicaments de cette aile, salle qui est verrouillée, car ils étaient périmés et qu'il fallait les jeter de la manière adéquate dans les seaux pour les médicaments périmés que l'on utilisait dans le foyer.

C. Le 30 janvier 2017 à 11 h 25, l'inspectrice n° 547 a tenté d'interroger l'IAA n°103 au poste infirmier principal du foyer, toutefois la diététiste travaillait à l'ordinateur de bureau du poste infirmier. L'inspectrice n° 547 a frappé à la porte de la salle d'entreposage des médicaments qui se trouve à l'intérieur de ce poste infirmier, et elle a remarqué que cette porte n'était pas verrouillée. Sur le devant de cette porte de la salle d'entreposage des médicaments, il y avait un écriteau rouge qui indiquait de toujours garder cette porte verrouillée. Aucun membre du personnel infirmier autorisé ne se trouvait dans la salle d'entreposage des médicaments ni dans la salle du poste infirmier. La porte de la salle d'entreposage des médicaments est dotée d'un verrou à pêne dormant qui nécessite d'utiliser une clé pour le verrouiller. Il y avait dans cette salle de stockage des médicaments un chariot de traitement non verrouillé qui contenait toutes les crèmes et les onguents prescrits pour toutes les personnes



résidentes de l'aile Est. Il y avait également dans cette salle un réfrigérateur non verrouillé qui contenait de l'insuline pour toutes les personnes résidentes de l'aile Est. Cette salle contenait la réserve de médicaments du gouvernement dans une armoire non verrouillée et accessible à n'importe qui dans cette aile, notamment à la diététiste assise à l'intérieur du poste infirmier.

L'inspectrice n° 547 a attendu jusqu'à 11 h 43, l'IAA n° 103 est revenu de l'extrémité du corridor de l'aile Est au poste infirmier principal, et il a indiqué qu'on l'avait appelé, qu'il aurait dû fermer la porte et qu'il avait oublié de la verrouiller. [Alinéa 129 (1)a]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les médicaments sont stockés dans un endroit des postes infirmiers en lieu sûr et verrouillé quand il n'est pas surveillé par du personnel infirmier autorisé. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 229 du Règl. de l'Ont. 79/10. Programme de prévention et de contrôle des infections**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

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

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel des services de soutien à la personne participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections concernant l'entreposage des équipements de soins personnels spécifié.

La marche à suivre du foyer pour nettoyer ces équipements de soins personnels spécifiés datait de janvier 2016, avait été rédigée par la DDS, et affichée à l'intérieur des salles de nettoyage des équipements souillés pour que le personnel s'y conforme; elle indiquait que le personnel infirmier doit laver ces équipements de soins personnels spécifiés conformément au protocole et veiller à ce qu'une marche à suivre spécifiée pour le nettoyage de ces équipements de soins personnels spécifiés soit requise aux fins de contrôle des infections. Cette marche à suivre indiquait de plus de s'assurer d'apposer un élément spécifié à ces équipements de soins personnels spécifiés quand leur lavage est terminé, et que si cet élément spécifié est manquant, on doit en aviser immédiatement le personnel infirmier autorisé.

Le 31 janvier 2017, l'inspectrice n° 547 a observé l'équipement de soins personnels spécifié de la personne résidente n° 014 dans la salle de nettoyage des équipements souillés; il comportait une étiquette indiquant : le nom de la personne résidente n° 014 et une date spécifiée. On remarquait que l'équipement de soins personnels spécifié de la personne résidente n° 014 n'était pas entreposé

comme cela est prescrit, était exposé et frottait contre le mur de la salle de nettoyage des équipements souillés. Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'inspectrice n° 547 a remarqué le même équipement de soins personnels spécifié et étiqueté qui n'était pas correctement entreposé dans la salle de nettoyage des équipements souillés.

Le 1<sup>er</sup> février 2017, le PSSP n° 114 a indiqué que cet élément spécifié pour les équipements de soins personnels spécifiés des personnes résidentes est souvent manquant. Le PSSP n° 114 a indiqué qu'il a fait part de ce sujet de préoccupation à l'IAA n° 114 par le passé, et que la marche à suivre affichée sur le mur à l'intérieur de la salle des équipements souillés était claire.

Le 1<sup>er</sup> février 2017, le PSSP n° 114, responsable du programme des soins liés à l'incontinence du foyer, a remarqué que l'équipement de soins personnels spécifié de la personne résidente n° 014 n'était pas correctement entreposé dans la salle de nettoyage des équipements souillés. L'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que cet équipement de soins personnels spécifié devait être remplacé aux fins de contrôle des infections. [Paragraphe 229 (4)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier autorisé participât à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections pour la personne résidente n° 020 concernant un équipement de soins personnel spécifié.

Le 2 février 2017, la personne résidente n° 020 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle se chargeait de prendre soin de son propre équipement de soins personnels spécifié, et qu'elle changeait elle-même ces dispositifs de soins personnels spécifiés. La personne résidente a indiqué qu'elle avait cet équipement de soins personnels spécifié depuis un an environ maintenant, qu'on ne lui avait pas montré comment le laver ou l'entreposer, et qu'elle avait découvert par ses propres moyens comment le faire.

Le 2 février 2017, l'inspectrice n° 547 a observé l'équipement de soins personnels spécifié de la personne résidente entreposé dans la chambre de celle-ci. Il manquait un élément spécifié à l'équipement de soins personnels spécifié, et la personne résidente n° 020 a indiqué qu'elle avait jeté ces éléments spécifiés quand elle avait reçu l'équipement de soins personnels spécifié, car elle ne savait pas qu'il fallait les garder. La personne résidente a indiqué de plus à l'inspectrice qu'elle n'utilisait pas de méthode de nettoyage spécifiée quand elle changeait ces équipements de soins personnels spécifiés. Elle a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle avait effectivement un problème avec des types d'infection précis.

Le 6 février 2017, l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 020 et a remarqué qu'elle avait eu des types d'infections spécifiés au cours des six derniers mois. La DDS a indiqué que le nettoyage et les méthodes utilisées par la personne résidente pour ces équipements de soins personnels spécifiés avaient probablement contribué aux infections de la personne résidente, et que celle-ci avait besoin de recevoir une formation du personnel infirmier autorisé. Le personnel infirmier autorisé n'a pas participé au programme de prévention et de contrôle des infections en n'enseignant pas à la personne résidente n° 020 la marche à suivre du foyer relative au nettoyage de ces équipements de soins personnels spécifiés. [Paragraphe 229 (4)]



3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections concernant la façon de porter l'équipement de protection individuelle adéquat lors d'une écloison qui a affecté les personnes résidentes du foyer.

À une date spécifiée, huit personnes résidentes d'une aire spécifiée du foyer faisaient l'objet de précautions relatives à la transmission aéroportée d'un organisme non identifié. Des écriteaux étaient affichés sur les portes de huit chambres spécifiées. Ils indiquaient à toutes les personnes de se conformer aux précautions contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié et de porter des gants, une blouse et un masque en entrant dans ces chambres.

À cette date spécifiée, l'inspectrice n° 547 a observé que les membres du personnel suivants ne portaient pas d'équipement de protection individuelle comme l'exige le programme de prévention et de contrôle des infections du foyer.

- Les membres du personnel de buanderie n° 119 et 120 ne portaient pas d'équipement de protection individuelle en entrant et en sortant de trois chambres spécifiées identifiées comme nécessitant de prendre des précautions contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié.

- Le membre du personnel du service de l'entretien ménager n° 121 nettoyait l'intérieur d'une chambre spécifiée qui indiquait également, par un écriteau sur la porte, qu'il était nécessaire de prendre des précautions contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié, et de porter un équipement de protection individuelle requis pour entrer dans la chambre.

Le membre du personnel du service de l'entretien ménager n° 121 et le membre du personnel de buanderie n° 119 ont indiqué à l'inspectrice n° 547 ne pas savoir que ces chambres faisaient l'objet de précautions contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié, car ils n'avaient pas regardé l'écriteau sur les portes avant d'entrer dans ces chambres. Les personnes résidentes affectées se trouvaient à l'intérieur de chacune de ces chambres, en isolement par précaution contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié. [Paragraphe 229 (4)]

4. À une date et à une heure spécifiées, on a observé l'aide aux activités n° 109 dans une chambre spécifiée au chevet du lit d'une personne résidente. Cette chambre de personne résidente spécifiée était à ce moment-là soumise aux précautions contre la transmission aéroportée de virus. L'aide aux activités portait une blouse, mais elle n'avait pas de gants ni de masque.

Le même jour, environ 50 minutes plus tard, la PSSP n° 112 a quitté la salle à manger avec des assiettes de présentation et est entrée dans chacune des huit chambres identifiées ci-dessus sans porter un seul équipement de protection individuelle. Ces chambres étaient en isolement par précaution contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié.

Trente minutes plus tard, les PSSP n° 112 et 116 ont quitté la salle à manger avec des plateaux pour les personnes résidentes qui étaient en isolement par précaution contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié comme nous l'avons précédemment indiqué, car elles mangeaient dans leurs chambres. Les PSSP n° 112 et 116 ont apporté les plateaux à chacune des chambres, et elles

n'avaient mis aucun équipement de protection individuelle en entrant dans les chambres des personnes résidentes.

L'inspectrice n° 551 a alors observé la PSSP n°116 qui donnait à manger à la personne résidente n° 049 en portant une blouse et des gants, mais sans porter de masque comme l'indiquait l'écriteau affiché concernant les précautions contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié.

On a observé la PSSP n° 111 à un moment spécifié, qui sortait d'une chambre spécifiée avec le plateau du déjeuner de la personne résidente. Le plateau a été placé sur le chariot sans être couvert, puis la PSSP est allée dans une autre chambre spécifiée. Ces deux chambres faisaient l'objet de précautions contre la transmission aéroportée d'un organisme non identifié comme nous l'avons mentionné ci-dessus. La PSSP n'avait porté aucun équipement de protection individuelle, et l'on n'avait pas vu qu'elle s'était lavé les mains en quittant une chambre et en entrant dans une autre. On remarquait des distributeurs de désinfectant pour les mains dans les corridors des aires de soins aux personnes résidentes, ainsi qu'à l'intérieur des chambres des personnes résidentes sur le lieu d'intervention.

La DDS a indiqué à l'inspectrice n° 551 que les plateaux-repas devaient être enlevés des chambres des personnes résidentes dans des sacs, et que pour tout contact rapproché avec la personne résidente affectée par cette éclosion, comme lors de la remise et de la mise en place du plateau, le personnel devait porter un équipement de protection individuelle complet, conformément à ce qui figure sur l'écriteau affiché.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice n° 547 quand elle a été informée de la situation, qu'elle fera un suivi auprès du personnel des deux aires de soins, car ils essayaient de contenir cette éclosion afin de prévenir qu'elle se répande davantage. L'administratrice a de plus indiqué que quiconque pénètre dans ces chambres doit porter l'équipement de protection individuelle figurant sur les écriteaux situés sur les portes. [Paragraphe 229 (4)]

***Autres mesures requises :***

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le personnel qui fournit des soins, notamment le personnel des soins infirmiers, de l'entretien ménager, de la buanderie, des services de loisirs ou autres qui entre en contact avec des personnes résidentes qui sont en isolement pour cause de prévention et de contrôle des infections, participe à la mise en œuvre de ce programme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 30 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Exigences générales**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**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).**

**Faits saillants :**

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, y compris les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celle-ci aux interventions soient documentées.

Conformément au paragraphe 31 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme structuré de services infirmiers et de services de soutien personnel. Ce programme nécessite de plus que l'on fournisse des soins buccaux comme l'indique le paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. selon lequel chaque personne résidente du foyer reçoit des soins buccaux permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux et qui comprennent les soins de la bouche matin et soir.

La personne résidente n° 016 réside au foyer depuis plusieurs années. D'après le programme de soins écrit, elle nécessite une aide importante pour son hygiène personnelle.

Un membre de la famille de la personne résidente n° 016 a indiqué à l'inspectrice n° 551 qu'on ne pensait pas que la personne résidente n° 016 recevait des soins buccaux adéquats.

L'inspectrice n° 551 a examiné les feuilles de soins documentées pendant une période spécifiée de deux semaines; elles montraient que la fourniture de soins buccaux n'était pas documentée à neuf reprises (quatre fois le soir, une fois pendant le quart de travail de jour, et que la fourniture de soins buccaux n'était pas du tout documentée lors de deux dates spécifiées). [Paragraphe 30 (2)]

---

**AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Service de restauration et de collation**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 73 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

**b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne fût servi aux personnes résidentes avant que quelqu'un ne fût disponible pour leur fournir l'aide dont elles ont besoin.

À une date spécifiée, l'inspectrice n° 547 a observé le service de repas dans une aile spécifiée pour les personnes résidentes soumises aux précautions en matière d'isolement contre un organisme non identifié. Elle a remarqué que six personnes résidentes spécifiées avaient leur plateau de déjeuner dans leur chambre à 12 h 35. L'IAA n° 128 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle avait commencé à apporter les plateaux repas dans les chambres des personnes résidentes pour donner un coup de main aux deux PSSP qui faisaient manger et assistaient ces personnes résidentes vers 12 h 30 environ.

On avait donné un plateau pour le déjeuner à une personne résidente d'une chambre spécifiée, mais elle n'avait reçu de l'assistance pour manger son déjeuner qu'à 13 heures, lorsque le PSSP n° 129 était arrivé pour l'aider à manger le repas, environ 25 minutes après que l'on ait servi le plateau. Le PSSP n° 129 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que cette personne résidente avait besoin d'aide pour manger le déjeuner.

On avait donné un plateau pour le déjeuner à une personne résidente d'une autre chambre spécifiée, mais elle n'avait reçu de l'assistance pour manger son déjeuner qu'à 13 h 25, lorsque le PSSP n° 127 était arrivé pour l'aider à manger le repas, environ 55 minutes après que le plateau fut servi. Le PSSP n° 127 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que cette personne résidente avait besoin d'aide pour manger le déjeuner.

On avait donné un plateau pour le déjeuner à une personne résidente d'une autre chambre spécifiée, mais elle n'avait reçu de l'assistance pour manger son déjeuner qu'à 13 h 20 lorsque le PSSP n° 129 était arrivé pour l'aider à manger le repas, environ 50 minutes après que le plateau fut servi. Le PSSP n° 129 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que cette personne résidente avait besoin d'aide pour manger le déjeuner.

À cette date spécifiée, l'inspectrice n° 551 a observé que la personne résidente n° 044 mangeait un repas dans sa chambre, car elle était soumise aux précautions concernant l'éclosion. La personne résidente n° 044 avait reçu un plateau-repas vers 13 heures, et la PSSP n° 116 lui avait dit qu'elle allait revenir. La personne résidente n'a pas essayé de s'alimenter. Les PSSP n° 112 et 116 l'ont aidé à changer de position à 13 h 20, et la PSSP n° 116 a aidé la personne résidente à manger le repas, environ vingt minutes après que son plateau fut servi. Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 044 indique au personnel de lui offrir une assistance limitée à importante pour manger. [Alinéa 73 (2)b]

---

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 76 de la LFSLD, 2007****L.O. 2007, chap. 8.****Formation****En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :****Par. 76 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 76 (4).****Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel fasse l'objet d'un recyclage annuel relatif à la déclaration des droits des résidents et à la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes.

Conformément aux paragraphes 76 (1), (2) et (4) de la LFSLD 2007 et au paragraphe 219 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, tout le personnel du foyer doit recevoir une formation relative à la déclaration des droits des résidents et à la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes avant de s'acquitter de ses responsabilités, et tous les ans par la suite.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique concernant un cas allégué de mauvais traitements et de négligence de la personne résidente n° 042 de la part d'un membre du personnel qui s'était produit à une date spécifiée. Le rapport indiquait que les PSSP n° 122 et 123 avaient fait l'objet de mesures disciplinaires à la suite d'une enquête concernant cet incident. L'analyse et les mesures de suivi figurant dans le rapport d'incident critique indiquaient de veiller à ce que tout le personnel termine une formation relative à la déclaration des droits des résidents et à la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Le 9 février 2017, l'inspecteur n° 573 s'est entretenu avec la DDS, qui a indiqué que le foyer utilisait un programme de formation du personnel en ligne intitulé *Surge Learning* pour former tout le personnel concernant la déclaration des droits des résidents et la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes. La DDS a révélé, lors d'un examen des rapports de formation que pendant deux ans, y compris l'année de cet incident, la PSSP n° 123 n'avait pas eu de recyclage annuel concernant la déclaration des droits des résidents et la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes. [Paragraphe 76 (4)]



---

**AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 97 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Notification : incidents**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 97 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :**

- a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**
- b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente et toute autre personne que précise la personne résidente soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers la personne résidente n° 050.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique à une date spécifiée, indiquant en détail un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel, qui impliquait la personne résidente n° 050 et la PSSP n° 125.

D'après le rapport d'incident critique, à une date et à une heure spécifiée, la personne résidente suivait en fauteuil roulant la PSSP n° 125 hors de sa chambre pour lui rendre une culotte que la PSSP avait oubliée dans la chambre de la personne résidente. La PSSP n° 25 avait alors frappé la personne résidente avec la culotte, et la personne résidente n° 050 avait glissé sur le plancher en se faisant mal à une partie spécifiée du corps.

D'après la DDS, l'IA n° 124 qui était responsable du bâtiment au moment de l'incident, a rédigé une note d'évolution décrivant en détail les événements et l'avait laissée sur le bureau de la DDS. La DDS a vu la note quand elle est venue au travail le lendemain. La note d'évolution rédigée par l'IA n° 124 à une heure et une date spécifiées concernant cet incident, mentionnait que la personne résidente avait subi un préjudice parce qu'elle avait été frappée avec une culotte par la PSSP n° 125 et qu'elle était tombée sur le plancher.

On n'avait pas avisé la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente de l'incident de cas allégué de mauvais traitement avant une date spécifiée, plus de 24 heures après que le titulaire de permis eût pris connaissance de cet incident allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui avait causé une lésion physique et de la douleur à la personne résidente n° 050. [Alinéa 97 (1)a]

---

**AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 104 du Règl. de l'Ont. 79/10**  
**Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 23 (2) de la Loi**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 104 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur aux termes du paragraphe 23 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :**

**4. Une analyse et un suivi, notamment :**

- i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,**
- ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.**

**Règl. de l'Ont. 79/10, par. 104 (1)**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport au directeur comportât les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique au directeur à une date spécifiée, mentionnant en détail une allégation de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel, impliquant la personne résidente n° 012 et le PSSP n° 108.

Dans la section du rapport d'incident critique qui demandait les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence, la DDS qui a rempli le rapport a écrit que les mesures seraient déterminées après obtention des résultats de l'enquête du foyer.

D'après la DDS, la personne résidente et le PSSP avaient mutuellement convenu que le PSSP n° 108 ne fournirait plus de soins à la personne résidente, et c'est la mesure qui avait été mise en œuvre immédiatement. C'était la seule mesure qui avait été prise.

Le directeur n'a pas été avisé de la mesure à long terme pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence de mauvais traitement. [Alinéa 104 (1) 4]

---

**AE n° 17 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 136 du Règl. de l'Ont. 79/10.**  
**Destruction et élimination des médicaments**

**En particulier, il ne s'est pas conformé à ce qui suit :**

**Par. 136 (6) Pour l'application du présent article, un médicament est considéré comme étant détruit s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (6).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé, quand un médicament est détruit, à ce qu'il soit modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation soit devenue impossible ou improbable.

Le 31 janvier 2017, l'IAA n° 103, l'IAA n° 106 et l'IA n° 102 ont indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'ils n'étaient pas au courant de la nécessité de détruire les médicaments qui n'étaient pas des substances désignées dans les seaux pour la destruction des surplus de médicaments situés dans les postes infirmiers. Les membres du personnel infirmier autorisé qui ont été interrogés ont indiqué qu'on leur avait dit de mettre dans ces seaux les médicaments dans leurs emballages ou contenants d'origine, dans leur intégrité, pour que l'entreprise de livraison vienne les prendre par la suite.

L'inspectrice n° 547 a observé les seaux pour la destruction des surplus de médicaments dans les deux postes infirmiers Ouest et Sud, le 31 janvier 2017. L'inspectrice a remarqué que le seau pour la destruction des surplus de médicaments de l'aile Sud n'avait pas de couvercle scellé. L'inspectrice n° 547 a soulevé le couvercle de ce seau, qui laissait voir qu'il était plein d'une part de paquets de médicaments de personnes résidentes étiquetés et emballés, et d'autre part de flacons contenant des médicaments liquides dans leur emballage d'origine fourni par la pharmacie du foyer. L'inspectrice n° 547 a observé le seau pour la destruction de surplus de médicaments de l'aile Ouest; le couvercle du seau était attaché, cependant les médicaments étaient dans ce seau dans leur emballage d'origine et dans leur intégrité. L'inspectrice a remarqué qu'il y avait de la poudre blanche au fond de ce seau sous tous les emballages et flacons de médicaments. L'IAA n° 106 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle n'avait aucune idée de ce qu'était cette substance et de la raison pour laquelle elle se trouvait au fond du seau. L'IAA n° 106 a de plus indiqué à l'inspectrice qu'elle ne savait pas qu'il fallait ajouter du liquide dans ces seaux.

La DDS a indiqué à l'inspectrice n° 547 que la marche à suivre du foyer consistait à enlever les médicaments de leur emballage d'origine et à placer les médicaments d'ordonnance dans les seaux pour la destruction des surplus de médicaments. La DDS a de plus indiqué qu'il faut ajouter de l'eau ou un autre liquide après avoir jeté les médicaments dans ces seaux conformément aux directives du *Record of Medication Designated for Destruction* (dossier des médicaments destinés à être détruits) de la pharmacie du foyer, pour les médicaments du foyer qui ne sont pas des stupéfiants et pour ceux qui ne sont pas réglementés. Les médicaments qui se trouvaient dans ces seaux pour la destruction des surplus de médicaments n'étaient pas modifiés ni dénaturés à tel point que leur consommation soit devenue impossible ou improbable. [Paragraphe 136 (6)]

**Émis le 29 mars 2017 (A1)**

**Signature des inspecteurs**

**Original du rapport 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**

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

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

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 Division  
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de longue  
durée

Direction de l'inspection des foyers  
de soins de longue durée

Ottawa Service Area Off  
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

---

**Amended Public Copy/Copie modifiée du public de permis**

---

**Nom de l'inspectrice (n°) :** LISA KLUKE (547) – (A1)

**N° de l'inspection :** 2017\_621547\_0002 (A1)

**Appel/Dir. N° :**

**Registre n° :** 000668-17 (A1)

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

**Date(s) du rapport :** 29 mai 2017 (A1)

**Titulaire de permis :** CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP  
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge Care Homes Inc., CAMBRIDGE ON N3H 5L8

**Foyer de SLD :** MANOIR MAROCHEL  
949, ROUTE DE MONTRÉAL, OTTAWA ON K1K 0S6

**Nom de l'administratrice :** Paul Beverley

**Order(s) of the Inspector**

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

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

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

---

À l'intention de CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP, vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

---

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

**Aux termes du :**

Règlement de l'Ontario, par. 48 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).
2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression et le recours à des interventions efficaces en la matière. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).
3. Un programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence visant à promouvoir la continence et à faire en sorte que les résidents soient propres et au sec et se sentent en confort. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).
4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à gérer celle-ci. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48 (1).

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu de préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour veiller à ce que le programme de soins de la peau et des plaies n° 03-01 du titulaire de permis daté de juin 2010 est pleinement compris et mis en œuvre par tout le personnel infirmier autorisé.

En particulier, d'ici la date de conformité établie, grâce à une combinaison d'interventions de gestion du rendement, d'enseignement clinique au chevet, de discussions interactives portant sur des cas, de lectures dirigées pour les besoins d'apprentissage individuels du personnel infirmier, notamment un examen du programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis, chaque membre du personnel infirmier autorisé doit montrer qu'il possède des connaissances et des compétences pour :

1. repérer les personnes résidentes qui risquent d'avoir des complications ou des problèmes de peau et de plaies;
2. veiller à ce que le personnel qui prodigue des soins fournisse des mesures de prévention visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique des personnes résidentes fondé sur leurs besoins en soins personnalisés;
3. veiller à ce que le personnel qui prodigue des soins effectue des évaluations des soins de la peau et veiller à ce que ces évaluations soient communiquées au personnel infirmier autorisé;



**Order(s) of the Inspector**

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

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

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*

4. examiner les feuilles de soins quotidiens des personnes résidentes concernant les évaluations quotidiennes et hebdomadaires documentées à la fin de chaque quart de travail par le personnel chargé des soins;
5. exécuter le programme de traitements prescrits si et quand des problèmes de peau ou de plaies se manifestent, et élaborer des stratégies efficaces pour résoudre les problèmes complexes de peau et de plaies, notamment des aiguillages, le cas échéant;
6. documenter avec exactitude l'évaluation des soins de la peau, et notamment : évaluations, interventions, traitements, examens et réexamens, et mettre à jour cette évaluation dans le programme de soins de la personne résidente.

Le titulaire de permis tiendra à jour un compte rendu écrit détaillé de toutes les mesures prises et des résultats obtenus lors de chacune des phases de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de ce plan.

De plus, le titulaire de permis veillera à ce que le programme des soins de la peau soit surveillé, revu et analysé de façon continue pour déterminer la nécessité d'autres mesures correctives dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité du titulaire de permis.

Ce plan doit être soumis par écrit à Lisa Kluge, inspectrice des foyers de soins de longue durée, par télécopieur au 613 569-9670 le 22 mars 2017 au plus tard.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre du programme de soins de la peau et des plaies que le titulaire de permis a élaboré visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique et le recours à des interventions efficaces en matière de soins de la peau et des plaies.

L'inspectrice n° 547 a examiné la politique et la marche à suivre du titulaire de permis n° 03-01 datée de juin 2010 concernant le programme de soins de la peau. En résumé, le programme donne des directives au personnel qui fournit des soins infirmiers concernant les domaines suivants :

- Lors de l'embauche et tous les ans, le personnel qui fournit des soins reçoit un enseignement en matière de soins préventifs de la peau et en soins des plaies à l'intention du personnel autorisé.
- Les objectifs généraux du programme de soins préventifs de la peau visent à prévenir la sécheresse de la peau, à la protéger des dommages résultant de la friction, du cisaillement, des déchirures de la peau, à y remédier, etc., et à observer les changements pouvant nécessiter de poursuivre le traitement.
- Les personnes résidentes qui courent un risque modéré à élevé de rupture de l'épiderme sont évaluées quotidiennement de façon informelle. Tout sujet d'inquiétude est alors signalé au personnel infirmier autorisé à qui il incombe ensuite de poursuivre l'évaluation de la région concernée, de documenter l'évaluation et d'effectuer tout suivi requis.

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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*

- Cette marche à suivre indiquait que le personnel infirmier autorisé élabore un programme de soins relatif aux soins préventifs et actifs de la peau en se fondant sur l'information recueillie, observée et évaluée.
- Le personnel infirmier autorisé évalue et documente les évaluations globales de la peau.
- Il incombe au personnel infirmier autorisé de tenir à jour en tout temps le programme de soins, en reflétant ainsi les besoins en soins de la peau.
- Si des ordres de médecin sont nécessaires pour prendre soin d'un problème de peau, on contacte le médecin pour obtenir ces ordres.
- La coordonnatrice ou le coordonnateur des soins de la peau, ou bien sa remplaçante ou son remplaçant désigné, recueille et analyse des statistiques mensuelles relatives aux soins de la peau. Ces données sont examinées, et s'il y a lieu, on met en œuvre un plan d'action pour remédier à toute tendance.
- Les exigences en matière de documentation indiquaient que le programme de soins sert à documenter tous les besoins en soins et toutes les interventions concernant la peau, ce qui comprend le traitement actif ainsi que les interventions préventives en matière de soins de la peau.

Le 13 février 2017, la responsable de programme a indiqué à l'inspectrice n° 547 que le foyer offre une formation au personnel qui prodigue des soins infirmiers grâce au système d'apprentissage électronique Surge Learning. La responsable de programme a de plus indiqué que les soins de la peau et des plaies sont une formation annuelle obligatoire pour le personnel infirmier. La responsable de programme a pris ses fonctions d'enseignement en octobre 2016, et a remarqué qu'un grand pourcentage du personnel infirmier n'avait pas terminé sa formation annuelle obligatoire pour les soins de la peau et des plaies. Lors de l'examen de la documentation concernant la formation pour les soins de la peau et des plaies, 61,7 % du personnel qui prodiguait des soins et 58 % du personnel infirmier autorisé avaient terminé cette formation pour 2016. La responsable de programme a indiqué que la directrice des soins avait été mise au courant que le personnel n'avait pas terminé sa formation obligatoire.

- Le programme de formation en soins de la peau et des plaies à l'intention du personnel qui fournit des soins et du personnel des soins infirmiers indiquait, comme mesures proactives pour prévenir les ruptures de l'épiderme, de veiller à ce que les personnes résidentes portent des vêtements à manches longues et des pantalons longs pendant la chaleur, et de veiller également à la prévention des déchirures de la peau, à rembourrer les angles vifs des fauteuils roulants, à avoir recours à des surfaces thérapeutiques et de décharge aux points de pression le cas échéant, à utiliser des oreillers et des cales pour changer de position, et à élever les chevilles en plaçant sous les jambes des oreillers dans le sens de la longueur ou à utiliser des dispositifs de répartition de la pression sur les chevilles.

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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 programme de soins de la peau et des plaies pour le personnel autorisé indiquait d'utiliser l'outil d'évaluation des plaies du foyer quand une personne résidente a une plaie ouverte. On doit remplir un outil pour chaque plaie ouverte lors de chaque changement de pansement, mais au minimum tous les sept jours.
- Aviser le médecin et s'adresser aux membres de l'équipe interdisciplinaire des soins de la peau et des plaies ou à une conseillère ou un conseiller externe si la rupture de l'épiderme ou la plaie guérissable ne s'améliore pas en trois semaines.
- Le schéma thérapeutique est inscrit dans les dossiers d'administration des médicaments ou dans le dossier d'administration des traitements.
- Les plaies sont photographiées la première fois et au moins une fois par mois, conformément aux pratiques exemplaires.
- L'équipe interdisciplinaire des soins de la peau et des plaies a une marche à suivre en place pour revoir et documenter l'état des soins des plaies d'une personne résidente et son programme de traitement, sur une base régulière et au besoin.
- Les ordres de traitement doivent comprendre ce qui suit : emplacement de la plaie, traitement et pansement requis, fréquence de changement du pansement, y compris PRN (au besoin), surveillance quotidienne.

Lors de la présente inspection, nous avons examiné les soins de la peau et des plaies des personnes résidentes suivantes :

Personne résidente n° 006

La personne résidente n° 006 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux. Les inspectrices n° 547 et 551 ont remarqué qu'elle avait plusieurs problèmes d'intégrité épidermique à un endroit spécifié qui ont donné lieu à un examen des soins de la peau de la personne résidente pendant la présente inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

L'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 006, et le programme de soins actuel indiquait que sa peau est très fragile. Des interventions étaient mentionnées pour protéger la peau fragile, et les PSSP devaient appliquer quotidiennement une lotion hydratante. Les transferts de la personne résidente se font par lève-personne mécanique en raison de sa faible capacité à soutenir le poids de son corps et à cause de plusieurs problèmes de peau. La personne résidente est assise dans un fauteuil roulant pendant la journée et l'intervention indique qu'il faut s'assurer qu'elle est correctement assise dans le fauteuil roulant pendant la journée pour l'empêcher de glisser et de se cisailer la peau.

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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 programme de soins de la personne résidente n° 006 ou les feuilles de soins des PSSP n'indiquaient pas qu'il fallait la changer de position toutes les deux heures, car les problèmes de peau et le changement de position faisaient partie de leurs mesures de prévention. La personne résidente n° 006 nécessite une aide importante de deux membres du personnel pour changer de position quand elle est au lit ou dans un fauteuil roulant. On a identifié deux endroits à l'intégrité épidermique altérée ainsi que des traitements spécifiés pour chacun d'eux conformément au protocole et au dossier d'administration des traitements,

Le 8 février 2017, l'inspectrice n° 547 a examiné le dossier d'administration des traitements de la personne résidente n° 006 pendant deux mois spécifiés, le dossier indiquait ce qui suit :

1. Deux endroits spécifiés nécessitaient des traitements spécifiés tous les trois jours pour changer les pansements à compter d'une date spécifiée il y avait plus de trois mois.
2. Une altération de l'intégrité épidermique spécifiée à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié changé tous les 21 jours et au besoin, à compter d'une date spécifiée il y avait plus de deux mois.
3. Une altération de l'intégrité épidermique spécifiée à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié changé tous les 21 jours et au besoin, à compter d'une date spécifiée il y avait plus de quatre mois.
4. Une coupure à un endroit spécifié à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié changé toutes les 24 heures et au besoin, à compter d'il y a neuf jours.

Le 8 février 2017, l'inspectrice n° 547 a revu les notes d'évolution de la personne résidente n° 006 et a remarqué qu'elle avait également une autre lésion à un endroit spécifié que l'on avait repérée un mois plus tôt. Selon l'évaluation Bates-Jansen effectuée le jour où l'on avait découvert la lésion, la personne résidente n° 006 avait une lésion spécifiée à cet endroit spécifié. Les notes d'évolution ne comportaient à ce jour pas d'autre documentation, ni d'évaluations concernant l'intégrité épidermique de la personne résidente n° 006 à cet endroit.

Le programme de soins de la peau du titulaire de permis indiquait que les PSSP devaient effectuer une évaluation de la peau lors du premier bain de la semaine, et la documenter sur une feuille de soins. L'observation hebdomadaire de la peau de la personne résidente n° 006 lors d'un mois spécifié indiquait une altération spécifiée de l'intégrité épidermique dont avait fait mention une PSSP pendant les quatre semaines de ce mois spécifié, et aucun autre problème. La DDS a examiné cette feuille hebdomadaire d'observation de la peau et a indiqué que ces évaluations ne sont pas faites correctement. La DDS a indiqué que ces évaluations effectuées lors du bain ont pour objet d'identifier toutes les altérations de la peau des personnes résidentes, et que la personne résidente n° 006 avait un nombre spécifié de plaies ouvertes ainsi qu'une altération de l'intégrité épidermique identifiée un mois auparavant qui n'étaient pas documentés.



**Order(s) of the Inspector**

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

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

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 n° 103 a observé un pansement spécifié de la personne résidente n° 006 et indiqué à l'inspectrice n° 547 que l'on ne fait ce pansement que tous les 21 jours, et qu'on ne doit pas le changer aujourd'hui. L'IAA n° 103 a examiné les ordres du médecin sur le dossier de la personne résidente n° 006; ils mentionnaient un autre endroit spécifié à nettoyer avec une solution salée normale et à couvrir avec un pansement spécifié et changé tous les 21 jours et au besoin (PRN). L'IAA n° 103 a indiqué que l'emplacement de cette plaie n'était pas correctement mentionné dans le dossier d'administration des traitements. Cet ordre spécifié n'était pas non plus transcrit correctement concernant la fréquence des changements de pansement, car le dossier d'administration des traitements indiquait que ce pansement devait être changé toutes les 24 heures et non pas tous les 21 jours.

Observations de la personne résidente n° 006 :

Le 8 février 2017, l'inspecteur n° 573 a observé la personne résidente n° 006 qui glissait hors du fauteuil roulant. L'IAA n° 114 et l'IA n° 100 l'ont changée de position en la tirant par-dessous les aisselles et les cuisses pour la remettre dans le fauteuil. La personne résidente s'est de nouveau voûtée. Ses pieds ne restent pas sur le repose-pied. Elle n'utilise pas une ceinture de siège ou n'a pas d'autres appareils d'aide personnelle. Le fauteuil de la personne résidente peut s'incliner, toutefois l'équipe d'inspection n'a pas remarqué le fauteuil en position inclinée depuis notre arrivée au foyer le 23 janvier 2017. On a observé la personne résidente n° 006 dans ce gros fauteuil roulant tous les jours après le petit déjeuner dans les couloirs de l'aire des soins aux personnes résidentes, voûtée dans la même position.

Le 8 février 2017, le PSSP n° 108 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il venait juste de remettre la personne résidente n° 006 au lit après le déjeuner, et qu'elle n'avait plus de lésion de pression à un endroit spécifié.

L'IAA n° 103 et l'inspectrice n°547 sont allés évaluer les plaies de la personne résidente n° 006, car le dossier d'administration des traitements n'était pas clair.

1. Une plaie demeurait ouverte à endroit spécifié, et l'on a remarqué qu'aucun pansement ne recouvrait la lésion de pression de la personne résidente.
2. L'inspectrice n° 547 et l'IAA n° 103 ont remarqué que la personne résidente n° 006 n'avait plus de pansement à un endroit spécifié comme on l'indiquait dans le dossier d'administration des traitements. Une altération de l'intégrité épidermique demeurait présente sur le site de l'ancienne plaie ouverte, néanmoins, ce point n'était pas documenté.
3. La personne résidente continuait d'avoir une rougeur à un endroit spécifié qui n'était pas surélevé, et la personne résidente était au lit. L'IAA n° 103 a indiqué que les vêtements de la personne résidente étaient trop serrés et pas bons pour la circulation sanguine. On remarquait que la peau de la personne résidente à cet endroit spécifié demeurait altérée, qu'il faudrait la garder surélevée et sous étroite surveillance.



**Order(s) of the Inspector**

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

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

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*

4. La personne résidente avait un pansement à un endroit spécifié, pas à celui qui était mentionné dans le dossier d'administration des traitements. On remarquait que la peau de la personne résidente autour de la plaie était rougie et qu'il y avait un écoulement de la plaie.
5. La personne résidente avait un pansement à un endroit spécifié qui comportait une date. L'IAA n° 103 a indiqué qu'il s'agissait de la date du dernier changement de pansement, que c'était l'endroit d'une ancienne déchirure de la peau, et qu'il ne fallait pas changer le pansement, car on ne le changeait que tous les 21 jours. Ils se conformaient au dossier d'administration des traitements pour les changements de pansement. Cette date figurant sur le pansement remontait à 22 jours. Le dossier d'administration des traitements indiquait effectivement que le changement de ce pansement n'était prévu que trois jours après la présente date. Les dates pour les changements de pansement ne sont pas claires.
6. On n'a remarqué aucun pansement aux endroits spécifiés figurant dans le dossier d'administration des traitements pour lesquels un traitement spécifié était requis.

Le 9 février 2017, l'IAA n° 103 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il avait effectué une évaluation de la peau de la personne résidente n° 006 le 8 février 2017, cependant, il a dit qu'il avait mentionné le mauvais endroit pour la lésion de pression, et qu'il fera une autre évaluation ce jour-là. L'inspectrice a de plus remarqué que l'IAA n° 103 n'avait rédigé aucun ordre pour que la pharmacie ajoute ce programme de traitement par pansements, et il a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il n'était pas la première personne qui commençait à traiter cette lésion et qu'il n'était pas tenu de l'ajouter. L'IAA n° 114, qui est responsable du programme des soins de la peau et des plaies du foyer, était également présent, il a indiqué que l'IAA n° 103 aurait dû obtenir un ordre pour les pansements à un endroit spécifié afin d'ajouter ce traitement au dossier d'administration des traitements et au programme de soins de la personne résidente.

L'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que les évaluations de la peau devraient être documentées pour chaque plaie lors de chaque changement de pansement. Si l'on change le pansement d'une plaie seulement tous les 21 jours, il a indiqué que l'on s'attend à ce que le personnel infirmier autorisé documente son évaluation du pansement et l'état de la plaie chaque semaine en dessous du pansement transparent. L'IAA n° 114 était au courant que le personnel infirmier autorisé doit évaluer les plaies chaque semaine et qu'ils devraient revoir leur marche à suivre concernant la façon dont le dossier d'administration des traitements est rédigé pour fournir des directives pertinentes au personnel.

Des évaluations de la peau n'ont pas été effectuées chaque semaine pour chaque plaie/lésion comme l'exigeait ce programme.

Les ordres n'étaient pas transcrits correctement pour fournir des directives au personnel.

On n'a pas obtenu d'ordres pour la lésion de pression qui se trouvait à un nouvel endroit spécifié.

Des traitements n'ont pas été ordonnés ni ajoutés au programme de soins, ou fournis à la personne résidente qui risquait fortement d'avoir une affection cutanée.

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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 mesures pour prévenir une rupture de l'épiderme n'étaient pas en place comme on l'indiquait dans le programme de soins de la personne résidente.

Nous n'avons obtenu aucune photographie documentée de l'évaluation initiale ou des évaluations mensuelles de la plaie.

Personne résidente n° 016

La personne résidente n° 016 est revenue de l'hôpital au foyer à une date spécifiée. À son retour de l'hôpital, son évaluation de la tête aux pieds de la peau indiquait qu'elle avait une lésion à un endroit spécifié. L'infirmière-conseil d'Extendicare Assist, la directrice des soins et l'IAA n° 103 ont effectué une évaluation de la lésion, qui a été nettoyée et l'on a mis un pansement de protection.

L'inspectrice n° 547 a interrogé l'IAA n° 103 qui a indiqué qu'il avait effectivement remarqué la lésion de la personne résidente à cette date spécifiée et qu'il avait effectué les évaluations de la peau requises, cependant il n'avait pas contacté le médecin pour l'informer, ni ajouté tout programme de traitement au programme de soins de la personne résidente.

Nous n'avons obtenu aucune photographie documentée de l'évaluation initiale ou des évaluations mensuelles de la plaie.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 016, le 13 février 2017, il ne figurait aucune évaluation hebdomadaire documentée concernant l'endroit spécifié de la peau de la personne résidente n° 016 depuis l'évaluation initiale de cette lésion à cette date spécifiée.

Personne résidente n° 038

La personne résidente n° 038 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux. On considérait qu'elle risquait fortement d'avoir une altération de son intégrité épidermique liée à sa mobilité et à ses déficiences cognitives.

Le 10 février 2017, l'inspectrice n° 547 a interrogé la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 038 qui a indiqué que la personne résidente avait eu un tel problème avec un épiderme fragile. La personne résidente est assise dans un fauteuil roulant pendant de longues périodes le matin, elle bouge souvent certaines parties du corps spécifiées et il se produit des déchirures de la peau. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a indiqué que la peau de la personne résidente n° 038 est souvent si sèche et desquamée, et qu'elle n'a pas de crème hydratante.

L'inspectrice n° 547 a remarqué que la personne résidente n° 038 était quotidiennement assise dans un fauteuil roulant. D'après le PSSP n° 105, la personne résidente est transférée dans ce fauteuil roulant tôt le matin quand elle se réveille, car elle risque fortement de faire des chutes en tombant du lit. Le fauteuil roulant de la personne résidente n° 038 avait deux repose-pieds en métal. On a observé ce matin-là que la personne résidente n° 038 a maintenant une nouvelle plaie ouverte à un endroit du corps spécifié. L'IAA n° 106 a indiqué que cette personne résidente devrait avoir du rembourrage ou des supports de fauteuil roulant différents pour contribuer à empêcher qu'elle se blesse en faisant un

**Order(s) of the Inspector**Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**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*

mouvement. L'IAA n° 106 a indiqué que la peau de la personne résidente n° 038 est si sèche qu'il serait également utile de l'hydrater. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a indiqué que la personne résidente n'a pas eu d'hydratant depuis longtemps. L'IAA n° 106 est allé chercher un gros flacon d'hydratant pour le corps pour la personne résidente.

Le 10 février 2017, l'IAA n° 106 a indiqué qu'elle avait effectué une évaluation d'une plaie spécifiée de la personne résidente. La personne résidente a aussi maintenant une autre lésion spécifiée à un autre endroit spécifié dont il ne fallait pas changer le pansement ce jour-là. L'IAA n° 106 a indiqué que cette personne résidente avait désormais un nombre spécifié de plaies qui nécessitaient des pansements à des moments différents comme on l'indique dans le dossier d'administration des traitements. L'IAA n° 106 a indiqué qu'elle n'était pas au courant que chaque plaie nécessitait de documenter une évaluation de la peau, car elle pensait qu'elle ne devait faire une évaluation que pour la pire plaie.

Le 10 février 2017, l'inspectrice n° 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 038, et il ne comportait aucune documentation en matière de mesures de prévention, de changement de position ou d'interventions de protection concernant la déchirure de la peau de la personne résidente en deux endroits spécifiés. L'IAA n° 106 a indiqué qu'ils devront ajouter au programme de soins la nouvelle plaie située dans un endroit spécifié qui s'est manifestée ce jour-là. À l'heure actuelle, le programme de soins ne mentionne qu'une lésion spécifiée avec les interventions. Aucune autre intervention n'était mentionnée concernant deux autres endroits spécifiés pour la personne résidente.

Le programme de soins de la peau et des plaies indiquait que les PSSP doivent remplir toutes les semaines un document d'évaluation de la peau lors du premier bain de la semaine de chaque personne résidente.

L'inspectrice n° 547 a examiné les documents d'évaluation de la peau de la personne résidente n° 038 pendant un mois spécifié, et aucune évaluation hebdomadaire n'était documentée pendant deux semaines spécifiées du mois en question. Lors des deux autres semaines spécifiées de ce mois, les PSSP n'ont mentionné qu'un pansement à un seul endroit spécifié. Au cours de ce mois spécifié, on ne documentait aucune plaie ni aucun pansement pour un endroit spécifié du corps de la personne résidente mentionné pendant ce mois spécifié. L'inspectrice n° 547 a examiné les documents d'évaluation de la peau de la personne résidente n° 038 pendant le mois suivant, et aucune évaluation hebdomadaire n'était documentée pendant trois semaines de ce mois spécifié, et une évaluation effectuée une fois indiquait que la peau de la personne résidente était intacte.

L'inspectrice n° 547 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente n° 038 qui indiquaient que l'on avait envoyé la personne résidente à l'hôpital au cours de ce récent mois spécifié à cause d'une blessure liée à une chute et qu'elle était revenue avec une lacération de la peau à un endroit spécifié. On avait effectué une évaluation de la tête aux pieds à son retour de l'hôpital, et ce nouveau problème de peau n'avait pas été ajouté au programme de soins de la personne résidente n° 038.

Pendant une durée spécifiée de deux mois, la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'évaluations hebdomadaires de la peau par le personnel infirmier autorisé, et une des plaies s'était infectée à une date spécifiée au début de cette période.



**Order(s) of the Inspector**

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

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

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 9 février 2017, le responsable du programme de soins de la peau et des plaies, l'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'il faut remplir un outil d'évaluation de la peau après chaque changement de pansement pour chaque plaie ou endroit du corps de la personne résidente. Si l'on doit faire les pansements moins fréquemment que toutes les semaines, comme ceux que l'on doit faire tous les 21 jours, on s'attend encore à ce que l'on documente toutes les semaines une évaluation du pansement et de la plaie qui se trouve sous ces pansements transparents. Après examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 038, l'IAA n° 114 a indiqué que l'on n'avait pas effectué une évaluation des plaies pour chaque plaie comme c'était requis. Nous n'avons obtenu aucune photo documentée des évaluations initiales ou mensuelles des plaies pour chacune des plaies de cette personne résidente.

Personne résidente n° 048

La personne résidente n° 048 a été admise au foyer à une date spécifiée avec plusieurs diagnostics médicaux. Son programme de soins pour un mois spécifié indiquait qu'elle avait une douleur chronique à la jambe liée à des diagnostics médicaux spécifiés. Les interventions documentées devaient consister à surveiller et décrire le degré de douleur de la personne résidente, à appliquer trois fois par jour une crème prescrite par ordonnance, à administrer un traitement prescrit pour l'infection, et à surveiller les effets secondaires. La peau affectée par des plaies devait faire l'objet d'interventions documentées pour la nettoyer avec une solution salée normale, puis appliquer deux fois par jour un onguent prescrit par ordonnance, et exercer une surveillance.

Les évaluations de la peau de la personne résidente n° 048 étaient documentées comme suit :

À une date spécifiée, l'évaluation de la peau de la personne résidente n° 048 indiquait qu'il y avait une infection, et le programme de soins avait été mis à jour.

L'évaluation de la peau suivante n'avait été effectuée que plus de deux semaines plus tard, car les plaies de la personne résidente n° 048 ne s'amélioraient pas.

Deux jours plus tard, on avait envoyé la personne résidente n° 048 à l'hôpital, diagnostiqué qu'elle avait une infection spécifiée, et renvoyée au foyer avec un traitement prescrit.

On avait documenté une évaluation de la peau de la tête aux pieds quand la personne résidente est revenue de l'hôpital deux jours plus tard. Cette évaluation indiquait que son intégrité épidermique n'était affectée à aucun endroit à ce moment-là.

Ce n'est que dix jours après son retour de l'hôpital que personnel infirmier autorisé avait fait une autre évaluation hebdomadaire documentée des endroits spécifiés infectés de la peau de la personne résidente n° 048.

Deux jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que l'on avait identifié, nettoyé et pansé une plaie, mais on n'avait rempli aucun outil d'évaluation pour cette plaie, et on ne l'avait pas ajoutée au programme de soins de la personne résidente.



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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 a envoyé la personne résidente à l'hôpital deux jours après l'apparition de cette plaie, car les endroits infectés spécifiés étaient enflés et douloureux; elle était revenue de l'hôpital à la même date avec des ordres de médecin pour accroître la prise d'analgésiques et panser les plaies tous les jours.

On a remarqué que les ordres concernant le traitement spécifié de pansements n'avaient pas été ajoutés au programme de soins ni au dossier d'administration des traitements.

Les notes d'évolution indiquaient que les pansements de la personne résidente n° 048 étaient changés tous les deux jours, et non pas quotidiennement comme on l'avait ordonné.

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 23 juin 2017(A1)**





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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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 SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL**

### PRENDRE AVIS

En vertu de l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donné et d'en suspendre l'exécution.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au :

Directeur  
a/s Coordinateur des 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, 11<sup>e</sup> 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**

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

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

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*

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel, auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé, de la décision rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire  
Commission d'appel et de  
révision des services de santé  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur  
a/s Coordinateur des 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, 11<sup>e</sup> étage  
Ontario 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**

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

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

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 Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

**Émis le 29 mai 2017 (A1)**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :** Lisa Kluke

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