



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

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

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

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

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

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

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

Copie destinée au public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre :	Type d'inspection :
5 octobre 2018	2018_619550_0013	015167-18	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Titulaire de permis

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

Foyer de soins de longue durée

Résidence Saint-Louis
879, chemin Parc Hiawatha, OTTAWA ON K1C 2Z6

Nom des inspectrices

JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126), LYNE DUCHESNE (117), MELANIE SARRAZIN (592)

Résumé de l'inspection



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

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

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

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

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

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 4 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 30 et 31 juillet, et 1er août 2018.

Le rapport suivant a été rédigé pendant cette inspection du Système de rapport d'incidents critiques : n° de registre 003974-18 concernant des soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : administratrice/directrice générale ou administrateur/directeur général, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), directrice associée ou directeur associé des soins infirmiers (DASI), infirmière praticienne ou infirmier praticien (IP), plusieurs infirmières ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), diététiste agréé(e), coordonnatrice ou coordonnateur des services administratifs, physiothérapeute (PT), aide-physiothérapeute, ergothérapeute, plusieurs personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), plusieurs aides-ménagères ou aides-ménagers (AM), un membre du conseil des résidents, plusieurs personnes résidentes et plusieurs membres de familles.

En outre, les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques relatives aux chutes, au contrôle des infections et à la nutrition, ainsi que des procès-verbaux du conseil des résidents. Les inspectrices ont observé les soins et les services aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et les services de repas.

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

**Services d'hébergement - entretien ménager
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
Dignité, choix et respect de la vie privée
Observation de la restauration
Prévention des chutes
Hospitalisation et changement de l'état pathologique
Prévention et contrôle des infections
Médicaments
Recours minimal à la contention
Nutrition et hydratation
Services de soutien personnel**



Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Conseil des résidents

Foyer sûr et sécuritaire

Soins de la peau et des plaies

Effectif suffisant

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

10 AE
6 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

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

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE OU DE L'INSPECTEUR
LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (7).	OC n° 001	2018_548592_0006	550

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131. Administration des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente 032 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Cette inspection concerne le registre n° 028501-17.

Le directeur a reçu à une certaine date un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant un incident lié à des médicaments mettant en cause la personne résidente 031. Ce rapport mentionnait que l'on avait administré un médicament à la personne résidente à trois dates consécutives déterminées alors que le médicament n'était pas censé avoir été administré.

Un examen du dossier médical de la personne résidente, du rapport d'incident critique et d'un document du foyer concernant l'incident critique décrivaient l'incident suivant : Il était prévu que la personne résidente 031 devait faire l'objet d'une procédure particulière à une certaine date. On avait reçu un ordre de médecin indiquant de ne pas administrer un certain médicament deux jours avant la date prévue de la procédure. L'ordre de la ou du médecin était accompagné d'un formulaire de consultation indiquant que l'on ne devait pas administrer le médicament spécifié pendant les trois jours précédant la date de la procédure. Le formulaire comportait une note supplémentaire émanant d'un spécialiste et demandant que la dernière dose du médicament indiqué soit administrée à une date précise, soit quatre jours avant la date de la procédure.

L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) 111 a inscrit l'ordre de la ou du médecin sur le formulaire *Physician DigiOrder* (ordre électronique de la ou du médecin) du foyer à envoyer à la pharmacie pour être traité par elle. L'ordre écrit indiquait de suspendre l'administration d'un certain médicament lors d'une date déterminée pour une procédure. L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien a également inscrit, dans les notes d'évolution de la personne résidente, le même ordre et les mesures prises concernant un autre médicament. Cet ordre a été cosigné par la ou le médecin traitant de la personne résidente et traité par la pharmacie. Le troisième jour avant la date de la procédure, on n'avait pas administré à la personne résidente 031 le médicament indiqué, conformément à l'ordre de la ou du médecin. On avait administré à la personne résidente le médicament indiqué le second jour et la veille de la date de la procédure. Le jour de la procédure prévue, on avait administré à la personne résidente le médicament indiqué.

L'IA 122 a repéré l'erreur d'administration du médicament quand le foyer a été informé que l'on avait signalé que la personne résidente avait eu des complications pendant la procédure. L'IA 122 a informé l'IP 111 que le médicament indiqué qui était censé ne pas avoir été administré à la personne résidente l'avait été deux jours avant la procédure et le jour de celle-ci.

Ainsi, on avait administré à la personne résidente des médicaments sans se conformer au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.
[Paragraphe 131 (2)]

2. Cette inspection concerne le registre n° 026153-17.

Le directeur a reçu à une certaine date un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant un incident lié à des médicaments mettant en cause la personne résidente 001. Ce rapport indiquait que l'on avait administré à la personne résidente un médicament de la personne résidente 032.

Un examen des dossiers médicaux des personnes résidentes 030 et 032, du rapport d'incident critique et d'un document du foyer concernant l'incident critique décrivaient l'incident suivant :

À une date déterminée, la personne résidente 030 avait indiqué ressentir de la douleur. Ce fait avait été porté à l'attention de l'IAA 124 qui faisait la distribution des médicaments dans l'unité aux fins de leur administration. L'IAA 124 avait préparé les médicaments administrés par voie orale pour la personne résidente 032. La personne résidente 032 avait 13 médicaments administrés par voie orale, notamment des médicaments pour deux états pathologiques déterminés. L'IAA avait alors préparé un médicament selon ce

qui figurait dans l'eMAR de la personne résidente 030. Ce médicament avait été ajouté aux médicaments administrés par voie orale de la personne résidente 032, et l'IAA avait administré, à la personne résidente 030, les médicaments de la personne résidente 032 administrés par voie orale en incluant le médicament de la personne résidente 030. L'IAA 124 avait immédiatement identifié l'erreur d'administration de médicament à son retour au chariot de médicaments pour documenter l'administration des médicaments. L'IAA 124 avait immédiatement avisé de l'erreur d'administration du médicament l'IA 122 qui avait alors fait une évaluation de la personne résidente. L'IA 122 avait également averti la ou le médecin traitant de la personne résidente 030 et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial (MS) de l'erreur d'administration de médicament. La personne résidente 030 avait été transportée à un hôpital pour évaluation à la suite de l'administration du médicament. Elle était revenue au foyer par la suite sans que l'on remarque d'effets indésirables du médicament.

Un échange de vues a eu lieu avec l'IAA 124 qui a dit à l'inspectrice qu'une erreur d'administration de médicament s'était effectivement produite, et qu'il ou elle avait administré la médication de la personne résidente 032 à la personne résidente 030. La directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) du foyer a dit que l'IAA 124 avait immédiatement signalé l'erreur d'administration des médicaments au personnel concerné. On avait pris des mesures de suivi pour veiller à ce que la personne résidente 030 fasse l'objet d'une évaluation médicale immédiate. La personne résidente 030 n'avait eu aucun effet indésirable lié à cette erreur d'administration de médicaments comme l'indiquent les évaluations médicales effectuées après l'incident. [Paragraphe 131(2)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 6. (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. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).

3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes.

Un examen des documents figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente 009, et des entretiens avec plusieurs membres du personnel indiquaient que la personne résidente 009 était connue pour présenter un risque élevé de chutes et qu'elle était tombée dix fois au cours d'une période déterminée.

L'inspectrice 550 a examiné les documents figurant dans le programme de soins de cette personne résidente, et a remarqué qu'à la rubrique « transferts » on indiquait qu'elle nécessitait l'assistance d'un membre du personnel. À la rubrique « risque de chutes », on mentionnait de revoir les techniques de levage et de transfert et de veiller à ce que le pictogramme pertinent soit affiché à la tête du lit.

Lors d'une observation de la chambre de la personne résidente 009, l'inspectrice 550 a remarqué qu'il y avait au mur un pictogramme concernant le transfert. Le pictogramme indiquait qu'il s'agissait d'un transfert à une personne par mouvement pivotant avec sangle, et il comportait une image d'une personne qui assistait une autre personne utilisant une sangle. Il était signé par la ou le physiothérapeute 130.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur 132, la ou le DSI 119 et la ou le DASI 104 ont indiqué à l'inspectrice que cette personne résidente était un cas de transfert par mouvement pivotant avec un membre du personnel, qu'ils n'avaient pas à l'heure actuelle de pictogramme de transfert par un membre du personnel, seulement un pictogramme pour transfert par mouvement pivotant avec sangle. Ils ont par la suite modifié ce pictogramme en rayant la mention « transfert avec sangle ».

Comme en témoigne ce qui précède, le programme de soins n'a pas donné des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente 009 relativement aux exigences pour son transfert. [Alinéa 6 (1)c)]

2. Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 005, et des entretiens avec des membres du personnel infirmier indiquaient que celle-ci avait subi une chute à une date déterminée. On avait trouvé la personne résidente sur le sol à côté de son lit. L'IA 133 avait effectué une *Falls Risk Assessment – FRAT* (évaluation du risque de chutes) à une date déterminée environ deux mois plus tôt, évaluation qui indiquait que l'on avait déterminé que la personne résidente 005 présentait un risque moyen de faire des chutes. L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins écrit de la personne résidente, révisé par l'IA 133 à la date à laquelle l'évaluation du risque de chutes avait eu lieu, et l'inspectrice avait remarqué que l'on indiquait que cette personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes.

Lors d'un entretien, la ou le DSI 119 et la ou le DASI 104 ont indiqué que le programme de soins de la personne résidente ne fournissait pas de directives claires concernant le risque de chutes de la personne résidente. [Alinéa 6 (1)c)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à documenter ce qui suit : 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.

Au cours de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 014 a dit à l'inspectrice 117 s'inquiéter du fait que la personne résidente n'avait pas reçu de bain un certain jour de la semaine conformément à la demande de la personne résidente et de la ou du MS.

Le programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle devait recevoir un bain lors de deux jours déterminés par semaine.

À une certaine date, la personne résidente 014 a dit à l'inspectrice qu'elle avait eu ses deux bains hebdomadaires cette semaine-là, mais qu'elle ne pouvait pas se souvenir si elle avait eu d'autres bains conformément au programme de soins.

Ce même jour, les PSSP 105 et 123 ont confirmé que la personne résidente devait avoir un bain prévu lors de deux jours déterminés par semaine. Les PSSP ont expliqué et montré à l'inspectrice que les bains doivent être documentés dans le système *Point of Care* (POC). On a effectué un examen de la documentation concernant les bains dans le système POC du foyer sur deux mois déterminés. Pendant la période examinée, on n'avait pas documenté la fourniture des bains prévus lors de cinq dates déterminées.

La directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) 104 a indiqué que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent documenter quotidiennement la fourniture des soins aux personnes résidentes dans le système *Point of Care* (POC).

Ainsi, la fourniture des soins en ce qui a trait aux bains de la personne résidente 014 n'a pas été systématiquement consignée dans le POC. [Alinéa 6 (9)1.]

4. Au cours de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, la personne résidente 008 a indiqué à l'inspectrice 126 qu'elle préférerait avoir deux bains par semaine au lieu d'un. On a examiné le dossier médical de la personne résidente 008 et remarqué dans le programme de soins écrit que la personne résidente 008 devait recevoir un bain les mercredis et les dimanches matins.

Le 17 juillet 2018, un échange de vues a eu lieu avec la ou le PSSP 125 et l'IA 126, qui ont indiqué que la personne résidente devait recevoir un bain deux fois par semaine, et que la fourniture des bains devait être documentée dans le système *Point of Care* (POC).

La directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) 104 a indiqué que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent documenter quotidiennement la fourniture des soins aux personnes résidentes dans le POC. On a examiné ce qui était consigné dans le POC et remarqué que, pour les 30 derniers jours (12 juin-11 juillet 2018), on avait apposé une signature pour indiquer que l'on avait donné des bains les 17 et 20 juin 2018.

Ainsi, la fourniture des soins en ce qui a trait aux bains de la personne résidente 008 n'a pas été systématiquement consignée dans le POC. [Alinéa 6 (9)1.]

5. Cette inspection concerne les registres n° 029640-17 et 003678-18.

Au cours de cette inspection, la personne résidente 044 a indiqué à l'inspectrice 126 que, durant un transfert du fauteuil roulant au lit, elle avait subi une petite rupture de l'épiderme au coude gauche. La personne résidente 044 a indiqué qu'il y avait deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) dans la chambre pour le transfert avec le lève-personne, et qu'il y a eu un accident à cause de la peau fragile de ses bras.

L'inspectrice 126 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 044, et l'on indiquait, dans le programme de soins écrit, de vérifier la peau de la personne résidente lors de chaque poste de travail, et d'aviser immédiatement l'infirmière ou l'infirmier de toute nouvelle rupture de l'épiderme.

Un échange de vues a eu lieu avec la ou le PSSP 136 qui a dit à l'inspectrice qu'un matin de la semaine précédente, on avait remarqué une petite croûte sur le coude gauche de la personne résidente 044, et qu'il y avait une trace de sang séché. La ou le PSSP 136 a indiqué que l'on avait avisé l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé 103. On a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 044, et l'on n'a trouvé aucune mention dans les notes d'évolution ou dans le POC concernant la détérioration de l'intégrité épidermique de la personne résidente 044.

La ou le DASI 104 a mentionné avoir eu un entretien avec les PSSP 137 et 138 qui ont indiqué avoir fait le transfert de la personne résidente 044 un soir de la semaine précédente. Les deux PSSP ont indiqué qu'avant de transférer la personne résidente du fauteuil roulant au lit, ils ou elles avaient remarqué du sang dans la région du coude gauche. Pendant le transfert, le coude gauche de la personne résidente avait frotté sur l'accoudoir, ce qui avait provoqué plus de saignement. La ou le PSSP 138 avait avisé l'IAA qui travaillait ce soir-là, mais la ou le PSSP ne se souvenait pas qui c'était. On a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 044, et l'on n'a trouvé aucune mention dans les notes d'évolution ou dans le POC concernant la détérioration de l'intégrité épidermique de la personne résidente 044. Les deux PSSP avaient avisé la ou le DASI 104 qu'ils ou elles ne savaient pas comment consigner ces observations dans le POC.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) 119 et la directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) 104 ont indiqué que le personnel infirmier autorisé doit consigner ses évaluations dans les notes d'évolution, et que les PSSP doivent documenter quotidiennement la fourniture des soins aux personnes résidentes dans le système *Point of Care* (POC).

Ainsi, la fourniture des soins en ce qui a trait à la détérioration de l'intégrité épidermique de la personne résidente 044 n'a pas été consignée dans les notes d'évolution et dans le POC. [Alinéa 6 (9)1]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes, et à ce que la fourniture des soins prévus dans le programme soit documentée. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant les 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).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute politique établie ou par ailleurs mise en place soit : b) respectée.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/ 10, 2007, paragraphe 48 (1), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré 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.

Un examen des documents figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente 009, et des entretiens avec plusieurs membres du personnel indiquaient que la personne résidente 009 était connue pour présenter un risque élevé de chutes et qu'elle tombait fréquemment. Selon la documentation figurant dans les notes d'évolution, la personne résidente 009 était tombée neuf fois au cours d'une période déterminée, et toutes les chutes, à l'exception de l'une d'elles, avaient un lien avec un comportement particulier de la personne résidente. Elle n'avait pas subi de blessure à la suite des chutes.

L'inspectrice 550 a examiné la politique du titulaire de permis CLIN CAE 33 LTC intitulée *Falls Prevention in Long Term Care* (prévention des chutes dans les soins de longue durée), révisée en juin 2018 TR, et avait remarqué que l'on avait documenté ce qui suit :

3.0 GESTION POST-CHUTE

3.3 Aucune preuve de traumatisme crânien éventuel ou d'utilisation d'anticoagulants - évaluation et interventions effectuées par l'IAA :

3.3.1 Avise l'IA de la chute de la personne résidente, effectue l'évaluation après la chute et remplit le formulaire *Post-Fall Huddle* (évaluation après chute) dans le logiciel *PointClickCare* (PCC).

3.3.2 Remplit et documente dans le PCC une évaluation dans l'échelle de Glasgow immédiatement, puis toutes les 4 heures pendant 8 heures, et ensuite à chaque poste de travail pendant les 72 heures suivantes, en informant l'IA de tout changement de l'état de la personne résidente.

L'inspectrice a remarqué qu'il n'y avait pas d'évaluation après chute consignée dans le PCC après la chute de la personne résidente à une certaine date. On n'avait pas fait d'évaluation après chute dans l'échelle de Glasgow selon le calendrier établi lors de neuf dates déterminées. [Alinéas 8 (1)a), 8 (1)b)]

2. La documentation figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente 005 et un entretien avec un membre du personnel infirmier indiquaient qu'à une certaine date, la personne résidente 005 avait fait une chute sans se blesser. On avait documenté dans les notes d'évolution et dans le rapport figurant dans le RIMS que la personne résidente était tombée du lit et que le personnel l'avait trouvée sur le tapis de plancher à côté du lit.

L'inspectrice a remarqué que l'on n'avait pas documenté d'évaluation après chute dans le PCC après la chute de cette personne résidente, et que l'on n'avait pas rempli l'échelle de Glasgow selon le calendrier établi. [Alinéas 8 (1)a), 8 (1)b)]

3. Un examen des documents figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente 041 et des entretiens avec plusieurs membres du personnel indiquaient que la personne résidente 041 était connue pour présenter un risque élevé de chutes.

D'après la documentation figurant dans les notes d'évolution, la personne résidente 041 avait fait des chutes à deux dates déterminées. Elle n'avait pas subi de blessures apparentes à la suite des chutes.

L'inspectrice 126 a remarqué qu'il n'y avait pas d'évaluation après chute documentée dans le PCC après la chute de la personne résidente à la première date, et que l'on n'avait pas rempli l'échelle de Glasgow.



Pour la chute survenue à la deuxième date, on n'avait pas rempli l'échelle de Glasgow lors de chaque poste de travail pendant 72 heures.

Comme le montre ce qui précède, on ne s'était pas conformé à la politique CLIN CAE 33 LTC révisée en juin 2018 TR, quand on n'avait pas consigné d'évaluation après chute dans le PCC après que les personnes résidentes 005, 009 et 041 eurent fait une chute, et il n'y avait pas de documentation dans l'échelle de Glasgow conforme au calendrier établi. [Alinéas 8 (1)a), 8. (1)b)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la Loi ou le Règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique ou un protocole, il soit tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Selon le Règl. de l'Ont., par.114 (1), le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Cette inspection concerne le registre n° 028501-17.

Le foyer a une politique MEDICATION 06-02 LTC intitulée *Medication Transcription, Order Verification, Receipt of Medications, Long-Term Care* (transcription de médication, confirmation d'ordre, réception des médicaments, soins de longue durée) en vigueur depuis janvier 2018 qui mentionne ce qui suit :

« 2.1.4. - Tous les ordres doivent être clairs et lisibles. Les ordres qui ne sont pas clairs ou qui ne sont pas lisibles ne seront pas traités et doivent être élucidés le plus rapidement possible par une infirmière ou un infirmier avec la personne autorisée à prescrire les médicaments. Les éclaircissements concernant les ordres qui ne sont pas clairs ou qui sont illisibles doivent être réécrits sous forme de nouvel ordre.

Le directeur a reçu à une certaine date un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant un incident lié à des médicaments mettant en cause la personne résidente 031. Le rapport d'incident critique mentionnait que l'on avait administré un médicament à une personne résidente lors de trois dates consécutives déterminées alors que le médicament n'était pas censé avoir été administré.



Un examen du dossier médical de la personne résidente, du rapport d'incident critique et d'un document du foyer concernant l'incident critique décrivaient l'incident suivant : Il était prévu que la personne résidente 031 devait faire l'objet d'une procédure spéciale à une certaine date. On avait reçu un ordre de médecin indiquant de ne pas administrer un certain médicament deux jours avant la date prévue de la procédure. L'ordre de la ou du médecin était accompagné d'un formulaire de consultation indiquant que l'on ne devait pas administrer le médicament indiqué pendant les trois jours précédant la date de la procédure. Le formulaire comportait une note supplémentaire émanant d'un spécialiste et demandant que la dernière dose du médicament indiqué soit administrée à une date déterminée, soit quatre jours avant la date de la procédure.

L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) 111 a inscrit l'ordre de la ou du médecin sur le formulaire du foyer intitulé *Physician DigiOrder* (ordre électronique de la ou du médecin) à envoyer à la pharmacie pour être traité par elle. L'ordre écrit indiquait de suspendre l'administration d'un certain médicament lors d'une date déterminée pour faire une procédure. L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien avait également inscrit, dans les notes d'évolution de la personne résidente, le même ordre et les mesures prises concernant un autre médicament. Cet ordre avait été cosigné par la ou le médecin traitant de la personne résidente et traité par la pharmacie.

Le troisième jour avant la date de la procédure, on n'avait pas administré à la personne résidente 031 le médicament indiqué, conformément à l'ordre de la ou du médecin. On avait administré à la personne résidente le médicament indiqué deux jours avant la date de la procédure et la veille de celle-ci. Le jour de la procédure prévue, on avait administré à la personne résidente le médicament indiqué.

L'IA 122 a repéré l'erreur d'administration du médicament quand le foyer a été informé que l'on avait signalé que la personne résidente avait eu des complications pendant la procédure. L'IA 122 a informé l'IP 111 que le médicament spécifié qui était censé ne pas avoir été administré à la personne résidente l'avait été deux jours avant la procédure et le jour de celle-ci.

L'IA 122 et l'IP 111 ont dit à l'inspectrice que le foyer de soins de longue durée reçoit habituellement les messages médicaux et les formulaires de consultation le jour où l'on effectue des consultations de patient externe. Ces documents sont examinés par l'IP ou l'IA de l'unité, puis transcrits dans le formulaire *Physician DigiOrder* (ordre électronique de la ou du médecin) pour que la pharmacie les traite. L'IA 122 et l'IP 111 ont dit que tout ordre qui n'est pas clair ou qui est illisible doit être élucidé avec le médecin prescripteur avant d'être envoyé à la pharmacie aux fins de traitement et avant d'être ajouté au dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) de la personne résidente. En ce qui concerne l'incident susmentionné, l'IP 111 a dit ne pas avoir élucidé



l'ordre médical quand il y avait une différence entre le message médical et le formulaire de la procédure.

La ou le DSI du foyer a confirmé que le foyer a pour politique de veiller, si des ordres ne sont pas clairs ou s'ils sont illisibles, à ce que le personnel infirmier autorisé les élucide. [Alinéa 8 (1)b)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce que la politique CLIN CAE 33 LTC intitulée Falls Prevention in Long Term Care (prévention des chutes dans les soins de longue durée), et la politique MEDICATION 06-02 LTC intitulée Medication Transcription, Order Verification, Receipt of Medications, Long-Term Care (transcription de médication, confirmation d'ordre, réception des médicaments, soins de longue durée) soient respectées. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9. Portes

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Les 4 et 9 juillet 2018, l'inspectrice 592 a remarqué que la porte de la salle 430-1, zone d'entreposage de fournitures pour les soins infirmiers située au quatrième étage de l'unité A, était laissée ouverte. Cette salle d'entreposage était située à côté de la chambre 432 d'une personne résidente. La porte était dotée d'un pavé numérique et la salle contenait de l'équipement médical et pour les soins infirmiers. L'inspectrice a remarqué que cette salle était accessible aux personnes résidentes non supervisées qui se déplaçaient dans cette aire du foyer.

Lors d'un entretien, l'IAA 100 a indiqué que la porte était dotée d'un pavé numérique pour la garder fermée et verrouillée en tout temps, car il s'agissait d'une aire non résidentielle. Dans les deux cas, l'IAA a fermé et verrouillé la porte une fois que l'inspectrice l'eût mis(e) au courant.

Le 9 juillet 2018, lors d'un entretien en présence de l'administratrice ou de l'administrateur 132, de la ou du DSI 119 et de la ou du DASI 104, toutes ces personnes ont indiqué que la salle d'entreposage n° 430-1 devrait être fermée et verrouillée, car il s'agissait d'une aire non résidentielle et qu'elle contenait de l'équipement médical et de soins infirmiers qui pourrait présenter un risque potentiel pour les personnes résidentes. [Alinéa 9 (1)2]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et que ces portes soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 34. Soins buccaux.

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 34. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit :

a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).

b) une aide physique ou des conseils pour aider tout résident qui, pour quelque raison que ce soit, ne peut pas se brosser les dents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).

c) une offre d'évaluation dentaire annuelle et d'autres services dentaires préventifs, sous réserve de l'autorisation du paiement par le résident ou son mandataire spécial, si un paiement est exigé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit :

a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires.

Cette inspection concerne le registre n° 011338-18.

Un incident a été signalé au directeur, suivi par la présentation d'un rapport d'incident critique. On indiquait qu'à une certaine date l'IAA 103 avait demandé à l'infirmière praticienne ou à l'infirmier praticien 111 d'évaluer l'état de la bouche de la personne résidente 046. Lors de l'évaluation, l'IP 111 avait documenté que la personne résidente était alitée et pleurait. Ses lèvres étaient sèches avec un exsudat séché, une mauvaise hygiène dentaire et buccale, on voyait de la nourriture séchée sur les dents et les gencives, sur le palais et à l'intérieur des joues. La langue était sèche, avait une glossite exfoliatrice marginée et de l'érythème.

On mentionnait dans le programme de soins écrit de la personne résidente 046, à la rubrique « hygiène buccale, soins dentaires » qu'elle avait besoin d'assistance en raison d'un déficit cognitif, que le personnel devait lui fournir des soins adéquats d'hygiène buccale deux fois par jour, et que la personne résidente avait ses dents.

Une note d'évolution documentée par l'IP 111 le jour de l'évaluation décrivait l'état de la bouche de la personne résidente comme nous l'indiquons ci-dessus. L'IP 111 a fourni avec douceur des soins buccaux à la personne résidente 046 qui pleurait pendant les soins.

Lors d'un entretien, la ou le DSI 119 et la ou le DASI 104 ont indiqué à l'inspectrice 550 que leur enquête interne avait révélé qu'en raison de l'état de la bouche de la personne résidente 046 quand elle avait été évaluée par l'IP 111, le personnel ne lui avait pas fourni des soins buccaux. La ou le DSI et la ou le DASI ont ajouté en outre que l'on s'attendait à ce que le personnel infirmier autorisé évalue l'état de la bouche des personnes résidentes pendant l'administration des médicaments, et veille à ce que les PSSP fournissent les soins de base aux personnes résidentes.

Comme le montre ce qui précède, on n'avait pas fourni à la personne résidente 046 les soins buccaux requis pour lui permettre de conserver l'intégrité des tissus buccaux.
[Alinéa 34 (1)a]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce que les personnes résidentes reçoivent des soins buccaux pour leur permettre de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36.

Constatations :

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

Cette inspection concerne le registre n° 024618-17.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur indiquant que la personne résidente 045 avait informé la ou le DASI par lettre manuscrite que pendant son bain à une certaine date, les PSSP 136 et 114 n'avaient pas utilisé des techniques de transfert adéquates pendant son transfert du fauteuil roulant à la baignoire et du lit au fauteuil roulant, ce qui avait causé de la douleur à la personne résidente. La personne résidente a dit à plusieurs reprises au personnel que la toile pour le transfert n'était pas mise correctement, et lui occasionnait de la douleur, mais le personnel avait nié que c'était le cas et dit à la personne résidente que la toile était correctement mise. Pendant le transfert de la personne résidente du lit au fauteuil roulant, les sangles de la toile s'étaient détachées, la toile était tombée sur le sol et la personne résidente était tombée dans le fauteuil roulant. La personne résidente n'avait pas subi de lésions corporelles.

Durant un entretien, la ou le DASI 104 a dit à l'inspectrice 550 avoir enquêté l'année précédente sur un incident similaire au cours duquel les PSSP 141 et 125 avaient utilisé une taille différente de toile pour transférer cette personne résidente. La personne résidente s'était plainte d'une douleur pendant ce transfert et avait signalé l'incident à la ou au DASI.

Une évaluation effectuée par la ou le physiothérapeute à une date déterminée indiquait que la personne résidente nécessitait l'assistance de deux membres du personnel et d'un lève-personne fixé au plafond utilisant des poignées jaunes.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et le rapport d'enquête interne du foyer, notamment les entretiens documentés des PSSP 136 et 114. On avait déterminé que les PSSP n'avaient pas mis la toile conformément aux exigences du programme de soins de la personne résidente; en veillant à positionner la toile pour un état pathologique particulier. Une évaluation du transfert de la personne résidente par la formatrice ou le formateur en soins infirmiers 140 révélait que la personne résidente nécessitait une toile de taille différente en raison du changement de son poids corporel. La ou le DASI 104 a indiqué en outre que les PSSP auraient dû arrêter le transfert et demander de l'assistance au personnel infirmier autorisé quand la personne résidente s'était plainte d'une douleur.

Comme le prouve ce qui précède, le personnel n'a pas utilisé des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires en assistant la personne résidente 045. [Article 36]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires quand il assiste des personnes résidentes. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 229. (10) Le titulaire de permis veille à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :

1. Chaque résident admis au foyer doit participer à un programme de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours de son admission à moins qu'il n'ait déjà participé à un tel programme dans les 90 jours précédant son admission et que le titulaire de permis n'ait accès aux résultats documentés de ce dépistage. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (10).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :

1. Chaque personne résidente admise au foyer doit participer à un programme de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours de son admission à moins qu'elle n'ait déjà participé à un tel programme dans les 90 jours précédant son admission et que le titulaire de permis n'ait accès aux résultats documentés de ce dépistage.

Au cours de cette inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, on a remarqué que la personne résidente 011 avait été admise à une certaine date de 2017. L'inspectrice 126 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 010, et elle a remarqué que l'on avait fait une radiographie des poumons pour le dépistage de la tuberculose conformément au formulaire *Health Assessment - Local Health Integration Network* (bilan de santé - réseau local d'intégration des services de santé) soixante-dix-neuf jours avant son admission au foyer.

La personne résidente 008 a été admise au foyer à une certaine date de 2018. L'inspectrice 126 n'a pas été en mesure de trouver de mention indiquant que cette personne résidente avait participé à un programme de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours de son admission.

Lors d'un échange de vues, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) 119 a indiqué que le titulaire de permis procède actuellement à la révision de la politique intitulée *Tuberculosis Monitoring Policy* (politique relative au suivi de la tuberculose). La ou le DSI 119 a indiqué que l'on s'attendait à ce que les personnes résidentes nouvellement admises subissent un test de Mantoux ou qu'on leur fasse une radiographie pulmonaire lors de leur admission si l'on ne disposait pas d'une radiographie pulmonaire (faite dans l'année précédant leur date d'admission).

Comme le montre ce qui précède, les personnes résidentes 008 et 010 n'avaient pas participé à un programme de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours de leur admission. [Alinéa 229 (10)1]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller au respect de l'exigence selon laquelle chaque personne résidente admise au foyer participe à un programme de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours de son admission, à moins qu'elle n'ait déjà participé à un tel programme dans les 90 jours précédant son admission et que le titulaire de permis n'ait accès aux résultats documentés de ce dépistage. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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), 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), 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), 195 (2).
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 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), 195 (2).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire 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 une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Cette inspection concerne le registre n° 028501-17.

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 une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Le directeur a reçu à une certaine date de 2017 un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant un incident lié à des médicaments mettant en cause la personne résidente 031, et qui avait été détecté quatre jours auparavant. Le rapport d'incident critique mentionnait que l'on avait administré un médicament à la personne résidente lors de trois dates déterminées alors que l'administration du médicament était censée « être suspendue ».

Il était prévu que la personne résidente 031 devait faire l'objet d'une procédure à une certaine date. Une consultation avait eu lieu dans un hôpital où un médecin avait rédigé un ordre pour « suspendre » l'administration d'un certain médicament pendant une durée déterminée avant la procédure. Le message médical était accompagné d'un formulaire de l'hôpital émanant de la clinique de consultation indiquant que l'on ne devait pas administrer un certain médicament à trois dates déterminées. Le formulaire comportait une note supplémentaire indiquant qu'un autre médecin avait corrigé l'ordre en demandant que la dernière dose du médicament spécifié soit administrée à une date précise, soit quatre jours avant l'intervention chirurgicale.

L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) 111 a daté et paraphé le message médical et le formulaire de consultation quatorze jours avant la date de la procédure prévue. L'IP 111 a inscrit l'ordre de la ou du médecin sur le formulaire *Physician DigiOrder* (ordre électronique de la ou du médecin) du foyer à envoyer à la pharmacie pour être traité par elle. L'ordre écrit se lisait comme suit : « Suspendre l'administration d'un médicament indiqué à une date déterminée ». Cet ordre avait été cosigné par la ou le médecin traitant de la personne résidente et traité par la pharmacie.

Trois jours avant la procédure, on n'avait pas administré à la personne résidente 031 le médicament indiqué conformément à l'ordre du médecin. Un et deux jours avant la date de la procédure, on avait administré le médicament indiqué à la personne résidente. Le jour de la procédure prévue, on avait administré à la personne résidente le médicament indiqué. On avait alors transféré la personne résidente à l'hôpital pour l'intervention chirurgicale planifiée.

Le jour de la procédure, l'IA 122 a identifié l'erreur d'administration du médicament, quand le foyer a été informé, par le membre de la famille de la personne résidente, que l'on avait signalé qu'elle avait eu des complications pendant la procédure. L'IA 122 a informé l'IP 111 que le médicament spécifié avait été administré à la personne résidente les deux jours avant la procédure et le jour de celle-ci. L'IP 111 a contacté l'hôpital et l'a informé de l'erreur de médication. La ou le DSI, l'administratrice ou l'administrateur et la directrice médicale ou le directeur médical du foyer avaient été immédiatement informés de l'erreur d'administration du médicament, ainsi que le membre de la famille de la personne résidente.



L'administration du médicament indiqué aurait dû être « suspendue » deux jours avant la date prévue de la procédure et le jour de celle-ci, en préparation de la procédure prévue. L'administration du médicament a posé un risque de préjudice à la personne résidente. Ainsi, le foyer aurait dû signaler immédiatement le traitement administré de façon inappropriée à la personne résidente 031, qui lui a posé un risque de préjudice, quand on a déterminé que le médicament spécifié avait été administré à la personne résidente.

[Alinéa 24 (1)1]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 37. Effets personnels et aides personnelles

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 37. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

- a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).**
- b) nettoyés au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives étiquetés dans les 48 heures.

Au cours de cette inspection, les inspectrices ont remarqué les effets personnels suivants non étiquetés :

Dans la salle de bain partagée par les chambres 218 et 220, on remarquait sur le dessus du comptoir deux savonnettes avec des miettes.

Dans la salle de bain partagée par les chambres 304 et 306, on remarquait sur le dessus du comptoir une savonnette et deux bassins de lit bleu sur la barre d'appui derrière la toilette.

Dans la salle de bain partagée par les chambres 426 et 428, il y avait un collecteur d'urine en plastique blanc.

La ou le DSI 119 a indiqué à l'inspectrice 126 que les effets personnels d'une personne résidente doivent être étiquetés avec le nom de chaque personne résidente et que c'est un problème dans ce foyer. [Paragraphe 37 (1)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 40.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes soient habillées de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de leurs préférences, et à ce qu'elles portent des vêtements propres qui leur appartiennent et des chaussures propres appropriées.

La personne résidente 014 est dépendante pour tous les aspects des soins personnels. Son programme de soins indique qu'elle nécessite l'assistance d'un membre du personnel pour s'habiller et qu'elle doit être habillée de façon appropriée compte tenu du moment de la journée.

Le 10 juillet 2018, l'inspectrice 117 a remarqué que la personne résidente 014 finissait son petit déjeuner avec l'aide du personnel. Elle portait une chemise de nuit avec un châle sur les épaules, ainsi que des pantalons avec des chaussettes et des sandales. On a remarqué, à 10 h 30, 11 h 35 et 12 h 05, que la personne résidente portait toujours la même chemise de nuit recouverte d'un châle dans la salle à manger de l'unité quand le service du déjeuner a commencé. À 13 h 20, l'inspectrice a observé la personne résidente dans sa chambre. La ou le PSSP 106 mettait un châle sur les épaules de la personne résidente qui portait un haut à manches courtes. On remarquait que la chemise de nuit se trouvait sur sa table de chevet.

À 9 h 30, on a remarqué que la personne résidente 026 portait une chemise de nuit sur des pantalons et avait des chaussettes et des chaussures aux pieds. On a remarqué à 12 h 05 qu'elle portait toujours la même chemise de nuit dans la salle à manger de l'unité quand le service du déjeuner a commencé. À 13 h 20, l'inspectrice a observé la personne résidente dans sa chambre. On l'avait changée, et elle portait maintenant un haut sur les pantalons. Le programme de soins de la personne résidente 026 indiquait qu'elle était dépendante pour tous les soins et nécessitait l'assistance d'une personne

pour s'habiller et pour les soins, et qu'elle devait être habillée de façon appropriée compte tenu du moment de la journée.

À 11 h 45, on remarquait que la personne résidente 012 était dans sa chambre, assise dans un fauteuil roulant, et qu'elle portait une chemise de nuit et des pantalons sombres. Elle avait des chaussures et des chaussettes aux pieds. À 12 h 05, on remarquait que l'on amenait la personne résidente à la salle à manger de l'unité pour le service du déjeuner, et qu'elle portait les mêmes vêtements. À 13 h 05, on remarquait que la personne résidente se reposait au lit, et qu'elle portait toujours la même chemise de nuit. L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien du foyer est arrivé(e) dans la chambre pour faire une évaluation de la personne résidente. L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien a fait part à l'inspectrice de sa surprise de voir que la personne résidente était dans ses vêtements de nuit pendant l'après-midi. Le programme de soins de la personne résidente 012 indiquait qu'elle était dépendante pour tous les soins et nécessitait l'assistance d'une personne pour s'habiller et pour les soins, et qu'elle devait être habillée de façon appropriée compte tenu du moment de la journée.

L'inspectrice s'est entretenue avec la ou le PSSP 106 concernant les soins aux personnes résidentes 014 et 026 et le retard à leur mettre leurs vêtements de jour. La ou le PSSP 106 a dit qu'il y avait eu des changements dans la routine quotidienne de l'unité pour le service du petit déjeuner. Les PSSP 106, 102 et 107, et l'IAA 103 ont dit à l'inspectrice qu'il y avait plusieurs semaines, on avait apporté des changements à la routine quotidienne de l'unité pour le service du petit déjeuner afin que le service commence à 8 h 30. Pour veiller à ce que toutes les personnes résidentes aient leur petit déjeuner en temps opportun, elles sont désormais autorisées pour le petit déjeuner à être en vêtements de nuit recouverts. Pour la majorité des personnes résidentes de l'unité, revêtir des vêtements de jour se fait après le service du petit déjeuner. Les PSSP 102 et 107 ainsi que l'IAA 103 ont dit qu'en raison de ces changements, certaines personnes résidentes peuvent ne pas être habillées en vêtements de jour pour l'heure du service du déjeuner, et ne le seront qu'en début d'après-midi, comme cela s'est produit ce jour-là pour les personnes résidentes 012, 014 et 026.

Un échange de vues a eu lieu avec l'administratrice ou l'administrateur du foyer et la ou le DSI concernant la fourniture des soins aux personnes résidentes et les changements apportés au service du petit déjeuner. L'administratrice ou l'administrateur et la ou le DSI ont dit que les changements au service du petit déjeuner visaient à veiller à ce que les personnes résidentes aient leur petit déjeuner servi en temps opportun. Le personnel doit alors veiller à ce que les personnes résidentes reçoivent leurs soins du matin et à ce qu'elles soient habillées de manière appropriée compte tenu du moment de la journée. Ainsi, une personne résidente devrait être vêtue de ses vêtements de jour pour le service du déjeuner, sauf indication contraire dans son programme de soins. [Article 40]



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Émis le 24 octobre 2018.

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice.



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

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

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

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 Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

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

Copie destinée au public

Nom des inspectrices (n°) : JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126),
LYNE DUCHESNE (117), MELANIE SARRAZIN (592)

N° de l'inspection : 2018_619550_0013

N° de registre : 015167-18

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

Date du rapport : 5 octobre 2018

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

Foyer de SLD : Résidence Saint-Louis
879, chemin Parc Hiawatha, OTTAWA, ON K1C 2Z6

**Nom de l'administratrice :
ou de l'administrateur :** Melissa Donskov

Aux termes du présent document, Soins continus Bruyère Inc. est tenu de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Ordre n° 001 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes du :

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

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 131 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10. En particulier le titulaire de permis doit :

1. Veiller à ce que les ordres pour les médicaments au stade préopératoire soient examinés et confirmés par le personnel infirmier autorisé avant d'être ajoutés au régime médicamenteux de la personne résidente et administrés conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Motifs :

1. 2. Cette inspection concerne le registre n° 026153-17.

Le directeur a reçu à une certaine date un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant un incident lié à des médicaments mettant en cause la personne résidente 001. Ce rapport indiquait que l'on avait administré à la personne résidente un médicament de la personne résidente 032.

Un examen des dossiers médicaux des personnes résidentes 030 et 032, du rapport d'incident critique et d'un document du foyer concernant l'incident critique décrivaient l'incident suivant :

À une date déterminée, la personne résidente 030 avait indiqué ressentir de la douleur. Ce fait avait été porté à l'attention de l'IAA 124 qui faisait la distribution des médicaments dans l'unité aux fins de leur administration. L'IAA 124 avait préparé les médicaments administrés par voie orale pour la personne résidente 032. La personne résidente 032 avait 13 médicaments administrés par voie orale, notamment des médicaments pour deux états pathologiques déterminés. L'IAA avait alors préparé un médicament selon ce qui figurait dans l'eMAR de la personne résidente 030. Ce médicament avait été ajouté aux

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*

médicaments administrés par voie orale de la personne résidente 032, et l'IAA avait administré, à la personne résidente 030, les médicaments de la personne résidente 032 administrés par voie orale en incluant le médicament de la personne résidente 030. L'IAA 124 avait immédiatement identifié l'erreur d'administration de médicament à son retour au chariot de médicaments pour documenter l'administration des médicaments. L'IAA 124 avait immédiatement avisé de l'erreur d'administration du médicament l'IA 122 qui avait alors fait une évaluation de la personne résidente. L'IA 122 avait également averti la ou le médecin traitant de la personne résidente 030 et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial (MS) de l'erreur d'administration de médicament. La personne résidente 030 avait été transportée à un hôpital pour évaluation à la suite de l'administration du médicament. Elle était revenue au foyer par la suite sans que l'on remarque d'effets indésirables du médicament.

Un échange de vues a eu lieu avec l'IAA 124 qui a dit à l'inspectrice qu'une erreur d'administration de médicament s'était effectivement produite, et qu'il ou elle avait administré la médication de la personne résidente 032 à la personne résidente 030. La directrice associée ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) du foyer a dit que l'IAA 124 avait immédiatement signalé l'erreur d'administration des médicaments au personnel concerné. On avait pris des mesures de suivi pour veiller à ce que la personne résidente 030 fasse l'objet d'une évaluation médicale immédiate. La personne résidente 030 n'avait eu aucun effet indésirable lié à cette erreur d'administration de médicaments comme l'indiquent les évaluations médicales effectuées après l'incident. (117)

2.1 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente 032 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Cette inspection concerne le registre n° 028501-17.

Le directeur a reçu à une certaine date un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant un incident lié à des médicaments mettant en cause la personne résidente 031. Ce rapport mentionnait que l'on avait administré un médicament à la personne résidente à trois dates consécutives déterminées alors que le médicament n'était pas censé avoir été administré.

Un examen du dossier médical de la personne résidente, du rapport d'incident critique et d'un document du foyer concernant l'incident critique décrivaient l'incident suivant :

Order(s) of the InspectorPursuant 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*

Il était prévu que la personne résidente 031 devait faire l'objet d'une procédure particulière à une certaine date. On avait reçu un ordre de médecin indiquant de ne pas administrer un certain médicament deux jours avant la date prévue de la procédure. L'ordre de la ou du médecin était accompagné d'un formulaire de consultation indiquant que l'on ne devait pas administrer le médicament spécifié pendant les trois jours précédant la date de la procédure. Le formulaire comportait une note supplémentaire émanant d'un spécialiste et demandant que la dernière dose du médicament indiqué soit administrée à une date précise, soit quatre jours avant la date de la procédure.

L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) 111 a inscrit l'ordre de la ou du médecin sur le formulaire *Physician DigiOrder* (ordre électronique de la ou du médecin) du foyer à envoyer à la pharmacie pour être traité par elle. L'ordre écrit indiquait de suspendre l'administration d'un certain médicament lors d'une date déterminée pour une procédure. L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien a également inscrit, dans les notes d'évolution de la personne résidente, le même ordre et les mesures prises concernant un autre médicament. Cet ordre a été cosigné par la ou le médecin traitant de la personne résidente et traité par la pharmacie. Le troisième jour avant la date de la procédure, on n'avait pas administré à la personne résidente 031 le médicament indiqué, conformément à l'ordre de la ou du médecin. On avait administré à la personne résidente le médicament indiqué le second jour et la veille de la date de la procédure. Le jour de la procédure prévue, on avait administré à la personne résidente le médicament indiqué.

L'IA 122 a repéré l'erreur d'administration du médicament quand le foyer a été informé que l'on avait signalé que la personne résidente avait eu des complications pendant la procédure. L'IA 122 a informé l'IP 111 que le médicament indiqué qui était censé ne pas avoir été administré à la personne résidente l'avait été deux jours avant la procédure et le jour de celle-ci.

Ainsi, on avait administré à la personne résidente des médicaments sans se conformer au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. (117).

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 9 novembre 2018



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

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*

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

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 RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENEZ AVIS :

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

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels

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

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

Toronto ON M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603



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

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*

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

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*

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e)
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 2T5

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

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

Émis le 5 octobre 2018

Signature de l'inspectrice :



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

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

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

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

Nom de l'inspectrice : Joanne Henrie

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