



**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**

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la  
performance du système de santé  
Direction de l'amélioration de la performance et  
de la conformité

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St 4th Floor  
OTTAWA ON L1K 0E1  
Telephone: (613) 569-5602  
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage  
OTTAWA (Ontario) L1K 0E1  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
9 juin 2015	2015_289550_0009	O-001935-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

**CARESSANT-CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED  
264, AVENUE NORWICH, WOODSTOCK (ONTARIO) N4S 3V9**

**Foyer de soins de longue durée**

**CARESSANT CARE BOURGET  
2279, rue Laval, C.P. 99, Bourget (Ontario) K0A 1E0**

**Inspecteur(s)/Inspectrice(s)**

**JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)**

**Résumé de l'inspection**



Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents.

Cette inspection s'est tenue les 27, 28, 29 et 30 avril, ainsi que les 1<sup>er</sup>, 4, 5, 6, 7 et 8 mai 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, le directeur régional, le directeur des services infirmiers, la directrice des activités, le chef des services environnementaux, le coordonnateur de l'évaluation RAI, l'adjoint administratif, le coordonnateur du personnel infirmier, le président du conseil des familles, plusieurs membres du personnel autorisé, plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP), ainsi que plusieurs résidents et plusieurs membres de leurs familles. Les inspectrices ont également examiné les politiques et les procédures, les rapports de vérification, le dossier de santé de certains résidents, une plainte anonyme, le procès-verbal d'une réunion du conseil des résidents et le procès-verbal d'une réunion du conseil des familles.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

activités récréatives et sociales;  
comportements réactifs;  
comptes en fiducie;  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
dignité, liberté de choisir et vie privée;  
dotation en personnel;  
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
foyer sûr et sécuritaire;  
hospitalisation et changement de l'état;  
médicaments;  
nutrition et hydratation;  
observation du service de restauration;  
prévention des chutes;  
prévention et contrôle des infections;  
recours minimal à la contention;  
services d'hébergement – entretien ménager;  
services d'hébergement – entretien;  
services de soutien personnel.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

10 AE  
2 PRV  
2 OC  
0 RD  
0 OTA

**NON-RESPECTS****Définitions**

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

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

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 87 (Entretien ménager).**

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

**87. (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :**

**b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :**

- (i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,**
- (ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position,**
- (iii) les surfaces de contact; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2).**

**87. (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :**

**d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2); Règl. de l'Ont. 363/11, par. 6 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, des marches à suivre visant :

(b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position.

Le 29 avril ainsi que les 4 et 5 mai 2015, l'inspectrice 550 a remarqué que le fauteuil roulant du résident 004 était souillé d'aliments et de liquides séchés, notamment l'armature, le rembourrage et les sangles de chaque côté du fauteuil, ainsi que le sac à fèves, sous le siège.

Le PSSP 102 a indiqué à l'inspectrice 550 que le matériel d'ambulation était nettoyé deux fois par semaine par les PSSP du quart de soir. L'inspectrice 550 a examiné le calendrier de nettoyage du soir figurant sur le formulaire « Caressant Care Bourget Night Cleaning Schedule » et remarqué que le fauteuil roulant du résident 004 devait être nettoyé le lundi soir et le jeudi soir. La procédure est documentée comme suit :

- tout le matériel doit être nettoyé avec un savon R2 puis séché et remis dans la chambre à coucher;
- les rasoirs doivent être nettoyés à l'alcool et remis dans les chambres à coucher;
- ranger les chambres à coucher et les aires communes.

La PSSP 107 a indiqué à l'inspectrice 550 que les PSSP de soir devaient faire un nettoyage en profondeur du matériel de mobilité du résident deux fois par semaine conformément au calendrier établi. Elle a indiqué qu'elle avait essuyé le siège, le dossier et l'appui-tête du fauteuil roulant du résident 004 dans la matinée mais pas les autres parties du fauteuil roulant puisque ceci est fait deux fois par semaine par les PSSP de soir. Elle a indiqué que si quelque chose était renversé, elle l'essuyait.

L'inspectrice 550, accompagnée du directeur des soins, a remarqué que le siège, le châssis et les sangles en nylon du fauteuil roulant, ainsi que le sac à fèves sous le siège, étaient souillés d'aliments et de liquides séchés. La directrice des soins a indiqué que le fauteuil roulant du résident 004 aurait dû être nettoyé le soir précédent mais que cela n'avait pas été fait. Elle a indiqué qu'elle effectuait des vérifications pour s'assurer que le calendrier de nettoyage était observé et que tous les PSSP devaient essuyer au fur et à mesure tout ce qui se renverse sur le matériel d'ambulation. Elle a ajouté que cela

posait un grave problème parmi les PSSP, qui maintiennent que cela ne fait pas partie de leurs responsabilités; c'est aux PSSP de soigner de nettoyer le matériel d'ambulation.

Le 28 avril 2015, l'inspectrice 126 a remarqué que le harnais scapulaire utilisé comme aide pour changer le résident 005 de position était souillé d'aliments en purée séchés.

Le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice 126 que le personnel de nuit devait nettoyer chaque semaine le matériel du résident, notamment son fauteuil roulant et la ceinture. Le 5 mai 2015, l'inspectrice 126 et la directrice des soins ont remarqué que l'appareil de contention sur quatre points du corps du résident 005 était souillé d'aliments en purée et aurait dû être nettoyé le mardi et le vendredi comme indiqué sur le calendrier. [alinéa 87 (2) b)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à éliminer les odeurs nauséabondes persistantes dans les aires résidentielles du rez-de-chaussée du foyer, y compris les aires communes, les couloirs et les salles de bain et les chambres communes, malgré le nettoyage régulier.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect concernant les odeurs nauséabondes persistantes. L'ordre de conformité 002 a été donné le 22 décembre 2014 à la suite de l'inspection 2014\_200148\_0044; cet ordre fixait la date de conformité au 31 mars 2015.

Des non-respects avaient déjà été relevés au foyer aux dates suivantes :

- le 5 septembre 2014, un plan de redressement volontaire a été établi à la suite de l'inspection 2014\_198117\_0023;
- le 26 février 2013, un plan de redressement volontaire a été établi à la suite de l'inspection 2013\_193150\_0002;
- le 28 août 2012, un plan de redressement volontaire a été établi à la suite de l'inspection 2012\_054133\_0035.

À différentes heures de la journée, les 27, 28, 29 et 30 avril, ainsi que les 1<sup>er</sup>, 4 et 5 mai 2015, les inspectrices 550, 547 et 126 ont remarqué une odeur persistante d'urine à l'entrée du foyer, à l'entrée principale du rez-de-chaussée et dans le couloir, au rez-de-chaussée, dans l'aire donnant sur les chambres 1 et 2. Le 5 mai 2015 vers 10 h, les inspectrices 550 et 117 ont remarqué une forte odeur d'urine dans la salle de bain commune de la chambre 1, ainsi que dans la chambre 2 et la salle de bain de celle-ci.

Le 1<sup>er</sup> mai 2015 à 13 h 30, l'inspectrice 550 a interrogé l'administrateur et le superviseur des services environnementaux. Ces derniers ont expliqué à l'inspectrice 550 que depuis la délivrance de l'ordre de conformité en décembre 2014, le superviseur des services environnementaux a mis en œuvre des vérifications quotidiennes qu'il effectue lui-même les jours de semaine. Cette vérification consiste en une visite quotidienne du foyer pour contrôler les odeurs; il prend immédiatement les mesures correctives nécessaires pour éliminer les odeurs nauséabondes. Le superviseur des services

environnementaux a dit à l'inspectrice avoir revu la routine du personnel d'entretien ménager de façon à assurer à la première heure du matin le nettoyage des cinq chambres dans lesquelles des odeurs nauséabondes avaient été remarquées; ils ont remplacé tous les sièges de toilette d'appoint; ils utilisent à présent le nettoyant à planchers Stride Neutral de Johnston Diversy et le nettoyant employé désormais pour nettoyer toutes les toilettes et les lavabos est le Virex 256. Le personnel d'entretien ménager dispose actuellement de deux désinfectants seulement : un pour les planchers et un autre pour tout le reste. Le superviseur des services environnementaux a installé des purificateurs d'air à piles dans les salles de toilette de certains résidents pour masquer les odeurs. Il a également expliqué à l'inspectrice 550 que le résident de la chambre 2 n'aimait pas l'odeur d'urine et plaçait un ventilateur dans la fenêtre de sa chambre pour souffler de l'air frais à l'intérieur mais cela soufflait également l'odeur d'urine vers le couloir. Ce ventilateur a été enlevé. Le superviseur des services environnementaux a ordonné au personnel d'enlever les draps de ce résident à la première heure le matin car il est toujours incontinent et il a placé un panier à linge fermé dans cette chambre pour y mettre les draps sales en attendant qu'ils soient envoyés à la buanderie.

Durant une visite des chambres 1 et 2 avec l'inspectrice 550, l'administrateur et le superviseur des services environnementaux ont remarqué l'odeur persistante d'urine dans la chambre à coucher et la salle de toilette partagées de la chambre 1 ainsi que dans la chambre à coucher et la salle de toilette de la chambre 2. Au moment de cette observation, la salle de toilette de la chambre 1 était propre, y compris le sol et la toilette, et le calfeutrage autour de la cuvette était neuf. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que les piles du purificateur d'air de la salle de toilette partagée de la chambre 1 devaient éventuellement être changées. La chambre à coucher et la salle de toilette de la chambre 2 étaient également propres au moment de cette observation. L'inspectrice 550 s'est entretenue avec l'administrateur et le superviseur des services environnementaux et a indiqué que cette odeur d'urine était persistante; elle a été notée à de nombreuses reprises déjà et elle n'a toujours pas été éliminée. L'administrateur a indiqué qu'il devra éventuellement songer à remplacer les carreaux de la salle de toilette de la chambre 1.

L'inspectrice 550 a examiné les formulaires de visite quotidienne du foyer pour le contrôle des odeurs visant la période du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> mai 2015. Les faits suivants étaient documentés :

- le 2 avril 2015, dans la salle de douche du 2<sup>e</sup> étage, il y avait une odeur causée par le linge sale;
- le 9 avril 2015, il y avait une odeur dans une chambre à cause du linge sale à cet étage;
- le 28 avril 2015, il y avait de l'urine par terre dans une chambre particulière, une couverture sale sur le fauteuil dans une autre chambre et un panier à linge sale dans le salon du rez-de-chaussée;
- le 1<sup>er</sup> mai 2015, le plancher d'une chambre particulière avait besoin d'être récuré et il manquait un panier à linge sale dans une autre chambre.

Il n'y avait pas d'autre documentation.

L'inspectrice 550 a examiné la politique du foyer concernant le contrôle des odeurs passée en revue en avril 2015 et a remarqué qu'il n'y avait pas de marche à suivre pour éliminer les odeurs nauséabondes persistantes. [alinéa 87 (2) d)]

**Autres mesures requises :**

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

---

**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. 8 (Services infirmiers et services de soutien personnel).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**8. (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Ce foyer abrite 56 lits de soins de longue durée. Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 550 a examiné l'horaire du personnel infirmier autorisé du foyer pour la période du 15 février au 9 mai 2015 et remarqué que durant ce laps de temps il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service et présente au foyer durant les quarts de travail suivants :

17 mars – quart de jour;  
18 mars – quart de nuit;  
21 mars – quart de jour;  
29 mars – quart de nuit;  
1<sup>er</sup> avril – quart de soir;  
5 avril – quart de soir;  
15 avril – quart de nuit;  
17 avril – quart de jour;  
19 avril – quart de jour;

22 avril – quart de nuit.

Lors d'un entretien, la directrice des soins et l'administratrice ont indiqué à l'inspectrice 550 qu'il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service ou présente au foyer durant les quarts de travail précités et que tous ces quarts étaient couverts par des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). La directrice des soins a indiqué que lorsqu'une IA appelle pour être remplacée, le foyer offre son quart de travail à toutes les IA disponibles sur sa liste de rappel et offre aux IA figurant sur l'horaire la possibilité de travailler des heures supplémentaires. Quand aucune IA n'est en mesure d'accepter le quart de travail offert, celui-ci est offert aux IAA selon la liste de rappel établie.

Aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, le par. 45 (2), « situation d'urgence » s'entend d'une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice 550 que durant tous les quarts de travail précités, il n'y avait eu aucune absence liée à une situation d'urgence.

Ainsi, le foyer n'a pas veillé à ce qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé soit présent au foyer en tout temps. [par. 8 (3)]

***Autres mesures requises :***

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

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 15 (Côtés de lit).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**15. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes :**

- a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident;**
- b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;**
- c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**



**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit évalué et à ce que son lit soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes pour la zone 7 en ce qui concerne trois lits sur quarante observés durant cette inspection.

La ligne directrice de Santé Canada intitulée « Les lits d'hôpitaux pour adultes : risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » précise ceci : « La zone 7 est l'espace entre la surface intérieure de la tête ou du pied de lit et l'extrémité du matelas. Cet espace peut présenter un risque de piégeage de la tête lorsque l'on tient compte de la compressibilité du matelas, du déplacement du matelas et du degré de jeu attribuable à une tête ou à un pied de lit desserrés. »

Le 28 avril 2015, l'inspectrice 550 a noté un espace de 10 cm entre le pied du lit et le matelas du résident occupant le lit n° 1 de la chambre 1.

Le 28 avril 2015, l'inspectrice 547 a remarqué un espace de 16,25 cm entre le pied du lit et le matelas du résident occupant le lit n° 4 de la chambre 201 ainsi qu'un espace de 12,5 cm entre le pied du lit et le matelas du résident occupant le lit n° 1 de la chambre 205.

Le 1<sup>er</sup> mai 2015, le superviseur des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il avait effectué une inspection interne du risque de coincement pour la période de décembre 2014 à février 2015.

Il a affirmé avoir reçu une formation sur la méthode à employer pour cette inspection et avoir consigné ses constatations sur une feuille d'inspection interne du risque de coincement. Le 5 mai 2015, le chef des services environnementaux a démontré à l'inspectrice 547 comment il avait mis à l'épreuve la zone 7 pour le lit n° 1 de la chambre 1 et le lit n° 1 de la chambre 205 puis expliqué qu'aujourd'hui ces matelas et ces lits n'auraient pas réussi l'épreuve. Il a ajouté qu'il n'avait pas abaissé la tête du lit ni poussé les matelas de ces lits vers le haut comme il se devait de le faire pour l'inspection de la zone 7.

Le 5 mai 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice régionale de Caressant Care, qui remplissait la fonction d'administratrice intérimaire ce jour-là. Celle-ci a indiqué que le chef des services environnementaux avait bien reçu la formation concernant l'évaluation des lits pour déterminer le risque de coincement mais qu'il n'avait peut-être pas respecté la marche à suivre pour la zone 7. Une formation complémentaire avec la même entreprise que celle qui avait fourni la formation initiale a été prévue pour le lendemain afin de revoir la formation et la marche à suivre pour l'inspection des lits.  
[alinéa 15 (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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le lit de tous les résidents fait l'objet d'une évaluation adéquate pour minimiser le risque de coïncement qu'il pose. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**229. (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit, au cours de chaque poste :**

- a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez les résidents sont surveillés conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;**
  - b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement.**
- Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (5).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au cours de chaque poste, le personnel surveille et consigne les symptômes indiquant la présence d'infections chez les résidents et à ce que les mesures nécessaires soient prises immédiatement.

Il est documenté dans les notes d'évolution du 14 avril 2015 que le résident 026 a eu des vomissements et deux épisodes de diarrhée et que le résident 027 a eu des selles molles.

Il est documenté dans les notes d'évolution du 15 avril 2015 que l'infirmière autorisée 108 a administré un suppositoire de Gravol de 50 mg au résident 007 à 22 h 55. Aucune raison pour l'administration de cet antiémétique n'est documentée.

Dans le rapport du babillard de l'établissement daté du 15 avril 2015, l'infirmière autorisée 108 a documenté le fait que le résident 007 a été mis en isolement entérique (dans le cadre de précautions digestives).

La politique de l'établissement intitulée « Infection Prevention & Control Co-ordinator » et datée de novembre 2012 indiquait ce qui suit dans la section des responsabilités : 3. « Assurer une surveillance quotidienne pour détecter, consigner et gérer la présence d'infections au foyer. »

Le 7 mai 2015, la directrice des soins (responsable du contrôle des infections), a indiqué à l'inspectrice 126 que le personnel devait remplir une feuille faisant le résumé de la surveillance quotidienne des infections en documentant les signes et symptômes d'infections sur cette feuille. L'inspectrice 126 a interrogé deux membres du personnel infirmier autorisé et un membre du personnel infirmier auxiliaire autorisé au sujet de la surveillance quotidienne des symptômes d'infections. Ceux-ci savaient qu'ils devaient remplir le formulaire de déclaration linéaire du bureau de santé dans le cas d'une éclosion au foyer mais n'ont jamais indiqué l'utilisation de la feuille de surveillance quotidienne des infections.

La feuille de surveillance quotidienne du rez-de-chaussée a été examinée par l'inspectrice 126 pour le mois d'avril 2015 et aucune documentation concernant les résidents présentant des symptômes d'infection entérique n'a été trouvée les 14 et 15 avril 2015.

Une éclosion d'infections entériques a été déclarée le 16 avril 2015 : sept résidents du rez-de-chaussée avaient eu des symptômes durant la nuit, cinq autres résidents du rez-de-chaussée avaient eu des symptômes durant la journée et deux membres du personnel avaient eu des symptômes ce même jour.

Le personnel infirmier n'a pas surveillé ni consigné les symptômes d'infections chez les résidents au cours de chaque poste et n'a pas veillé à ce que les mesures nécessaires soient prises immédiatement. [par. 229 (5)]

#### ***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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer qu'au cours de chaque poste, les symptômes d'infections chez les résidents sont surveillés et consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

- 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;**
  - b) les objectifs que visent les soins;**

**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).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Lors d'un entretien le 28 avril 2015, le résident 008 a indiqué à l'inspectrice 126 qu'il n'y avait pas de serviettes en papier dans la salle de bain pour s'essuyer les mains. Le résident 008 partage une salle commune avec quatre résidents et est le seul à utiliser la salle de bain de façon autonome.

Le 8 mai 2015, un entretien avec le préposé aux services de soutien personnel (PSSP) 102 et l'employé du service d'entretien ménager 113 a révélé que le résident 008 déroulait les serviettes en papier dans la salle de bain et, à quelques reprises, avait presque bouché la toilette. L'intervention prévue pour réduire ce comportement consiste à donner au résident 008 un essuie-mains en tissu pour se sécher les mains.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins le 8 mai 2015, celle-ci a dit savoir que le résident 008 avait eu un épisode concernant les serviettes en papier mais ne savait pas que cela s'était produit plus d'une fois. Lors d'un entretien, l'IAA 115 a indiqué qu'elle n'était pas au courant du comportement du résident 008 en ce qui concerne les serviettes en papier. Elle a indiqué qu'elle mettrait à jour le programme de soins du résident 008 de façon à tenir compte de son comportement en ce qui concerne les serviettes en papier, afin de fournir des directives claires au personnel et d'assurer que le résident 008 a toujours un essuie-mains en tissu pour se sécher les mains. [alinéa 6 (1) c]

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 12 (Ameublement).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

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

**a) les lits des résidents sont dotés d'un matelas ferme et confortable d'au moins 10,16 centimètres d'épaisseur, à moins qu'une contre-indication ne soit énoncée dans leur programme de soins;**

**b) les lits des résidents peuvent être élevés à la tête et sont munis d'une tête de lit et d'un pied de lit;**

**c) les résidents ne dorment pas dans des lits-cages pliants, des lits de repos, des couchettes superposées ou des lits de camp, sauf dans une situation d'urgence;**

- d) il est fourni une table de nuit pour chaque résident;  
e) il est fourni pour chaque résident un fauteuil confortable dans sa chambre à coucher ou il lui est permis de s'en procurer un s'il le désire;  
f) il est fourni pour chaque résident un placard dans sa chambre à coucher. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 12 (2).

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il soit fourni pour chaque résident un fauteuil confortable dans sa chambre à coucher ou à ce qu'il lui soit permis de s'en procurer un s'il le désire.

Les 28, 29 et 30 avril, ainsi que les 1<sup>er</sup> et 4 mai 2015, il n'y avait pas de fauteuil confortable dans les chambres des résidents 016 et 017 selon les observations de l'inspectrice 550, ni dans les chambres des résidents 014, 018, 019, 020 et 021 selon les observations de l'inspectrice 547.

Lors d'un entretien, le résident 014 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il souhaiterait avoir un fauteuil dans lequel s'asseoir, dans sa chambre, au lieu de toujours s'allonger sur son lit. Le résident 021 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il aimerait bien avoir un fauteuil dans sa chambre. Il a indiqué que, le week-end précédent, il avait eu des visiteurs et que ceux-ci n'avaient pas de place où s'asseoir; ils se sont assis sur le lit et le résident a dû s'asseoir sur son ambulateur. Le résident 019 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il souhaitait avoir un fauteuil dans lequel s'asseoir dans sa chambre; en ce moment, il s'assoit sur son ambulateur mais ce n'est pas très confortable.

Lors d'un entretien, le PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 016 n'avait pas de fauteuil confortable dans sa chambre et qu'il utilisait toujours le fauteuil berçant du résident 001 quand ce dernier ne s'en sert pas.

Le PSSP 117 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il serait utile que le résident 020 ait un fauteuil confortable dans sa chambre étant donné qu'il y reste souvent pour regarder la télévision.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle ignorait pourquoi ces résidents n'avaient pas de fauteuil confortable dans leur chambre et, à son souvenir, il n'y a pas de raison qu'ils en soient privés. Elle a indiqué que le foyer offrait des fauteuils confortables aux résidents et que cela faisait partie de l'ameublement de la chambre. [par. 12 (2)]

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 73 (Service de restauration et de collation).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :**  
**2. Sous réserve de la conformité au paragraphe 71 (6), l'examen par le conseil des résidents des heures des repas et des collations.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de restauration et de collation comprenne l'examen des heures des repas et des collations par le conseil des résidents.

L'inspectrice 550 a interrogé la directrice des activités, qui est l'adjointe du conseil des résidents nommé par le foyer. Elle a indiqué à l'inspectrice 550 que les heures des repas et des collations n'avaient pas été examinées par le conseil depuis qu'elle était devenue directrice des activités en décembre 2014.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 550 qu'à l'examen du procès-verbal de la réunion tenue par le conseil des résidents l'année précédente, il n'avait pas pu trouver de documentation indiquant que les heures des repas et des collations avaient été examinées par le conseil des résidents. [alinéa 73 (1) 2]

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 89 (Services de buanderie).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**89. (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 15 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**

**b) un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres est toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les résidents.**  
[par. 89 (1)]

**Constatations**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 15 (1) b) de la Loi, un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres soit toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les résidents.

Le 4 mai 2015, l'inspectrice 547 a interrogé l'employé 101 au sujet des soins d'hygiène buccale qui n'avaient pas été offerts au résident 010 après la collation du matin étant donné qu'il n'y avait pas de débarbouillettes pour les soins des résidents à ce moment-là.

Le 8 mai 2015 à 10 h 18, l'inspectrice 547 a entendu le personnel du rez-de-chaussée discuter du manque de débarbouillettes au foyer pour les soins du matin aux résidents. À 10 h 40, l'inspectrice 547 a entendu des membres du personnel, au deuxième étage du foyer, mentionner qu'eux non plus n'avaient pas de débarbouillettes pour les soins aux résidents. À la même date, l'inspectrice 547 a interrogé le chef des services environnementaux, qui a indiqué qu'il devrait toujours y avoir des débarbouillettes à la disposition du personnel et des résidents. L'inspectrice 547 a observé les deux chariots à linge et les armoires du rez-de-chaussée et du deuxième étage et noté qu'ils ne contenaient pas de débarbouillettes à ce moment-là.

Le chef des services environnementaux a indiqué qu'à sa connaissance, le foyer ne manquait pas de débarbouillettes étant donné qu'il en commande au début de chaque mois. Les employés 103, 102 et 112 ont indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer manquait de débarbouillettes depuis quelques mois mais qu'ils savaient qu'une commande de débarbouillettes avait été passée pour le foyer la veille.

L'employée 114 a indiqué qu'elle avait été appelée à travailler aujourd'hui parce que le foyer, qui avait reçu un appel d'un employé qui s'était déclaré malade, était en retard dans ses services de linge de maison. En examinant la quantité de débarbouillettes fournies au rez-de-chaussée et au deuxième étage, il a été noté que la provision de débarbouillettes du foyer diminuait. L'employée 114 a indiqué que personne ne faisait la vérification ou le décompte des débarbouillettes lavées au foyer; cependant, elle savait qu'il n'y en avait pas assez.

Le chef des services environnementaux a indiqué qu'il avait commandé des débarbouillettes en février 2015 et de nouveau au début de mai 2015 mais qu'il n'en avait pas commandé en mars ni en avril. Le chef des services environnementaux a indiqué qu'il entamerait un processus de vérification pour assurer une provision suffisante de linge de maison pour les soins aux résidents et qu'il commanderait des fournitures mensuellement, au besoin, pour prévenir toute autre pénurie.  
[alinéa 89 (1) b)]

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

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

### Constatations :

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

Le 1<sup>er</sup> mai 2015, l'inspectrice 547 a vu le chariot à médicaments du rez-de-chaussée à l'extérieur de la chambre 11, où le résident 023 s'était arrêté et regardait le chariot. Après que ce résident a quitté l'endroit où se trouvait le chariot à médicaments, il a été noté que ce chariot n'était pas verrouillé. L'inspectrice 547 est restée à côté de ce chariot à médicaments sans surveillance pendant que les résidents 024 et 025 passaient à côté. Le résident 023 est revenu près de ce chariot une fois dans cet intervalle de dix minutes. L'employée 105 est retournée vers le chariot et l'a verrouillé immédiatement, indiquant que son chariot à médicaments aurait dû être verrouillé lorsqu'elle s'en est éloignée.

Le 6 mai 2015, l'inspectrice 547 a vu le chariot à médicaments du deuxième étage à côté du poste de soins infirmiers, près de l'entrepôt des médicaments, et ce chariot n'était ni verrouillé ni surveillé par un membre du personnel infirmier autorisé à ce moment-là. L'employé 104 était dans la salle à manger tandis que ce chariot à médicaments était hors de sa vue. Celui-ci se trouvait dans le couloir principal de l'aire résidentielle. L'employé 104 a indiqué que le foyer exigeait que le chariot à médicaments soit verrouillé lorsqu'il est sans surveillance.

Le 6 mai 2015, l'inspectrice 547 a été informée par l'employé 107 que deux résidents du foyer avaient un bain de bouche prescrit et que leurs flacons se trouvaient à leur chevet. L'inspectrice 547 a observé ce qui suit :

- le résident 004 avait un flacon de bain de bouche à utiliser tel qu'indiqué, prescrit un jour de 2014, dans une cuvette dans le tiroir supérieur de sa commode, qui n'était pas verrouillée et qui était accessible à n'importe qui dans cette chambre partagée;
- le résident 010 avait un flacon de bain de bouche ouvert, dans une cuvette dans le tiroir supérieur de la commode, qui n'était pas verrouillée. Ce bain de bouche a été prescrit au résident un jour de 2015 et doit lui être donné deux fois par jour.



Le 6 mai 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins, qui a indiqué que les chariots à médicaments sans surveillance devaient toujours être verrouillés et que les bains de bouche prescrits aux résidents devaient être gardés verrouillés dans les chariots à médicaments ou dans les entrepôts des médicaments et ne devaient jamais être laissés au chevet des résidents. [alinéa 129 (1) a)]

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 131 (Administration des médicaments).**

**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**131. (3) Sous réserve des paragraphes (4) et (5), le titulaire de permis veille à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (3).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée n'administre un médicament à un résident au foyer.

Le 6 mai 2015, la PSSP 110 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle avait appliqué au résident 022 une crème mixte sur une région du corps et un autre type de crème sur une autre région du corps. L'inspectrice 547 a examiné le dossier de santé du résident et les ordres du médecin indiquaient l'application d'une crème mixte pendant dix jours sur une région du corps et d'un autre type de crème sur une autre région du corps. L'examen du dossier d'administration des médicaments révèle que cette crème n'a pas été appliquée tous les jours à compter du 29 avril 2015. Les employés 102 et 107 ont affirmé avoir appliqué cette crème au résident sur une région du corps. L'employé 107 a également indiqué que deux résidents du foyer recevaient également un bain de bouche prescrit qui était gardé à leur chevet et qu'il fallait utiliser pour les soins buccaux de ces deux résidents et a dit qu'il n'y avait pas de place où documenter cette intervention au point de services.

Le 6 mai 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins, qui a indiqué que les crèmes et les bains de bouche prescrits devaient être administrés par le personnel infirmier autorisé étant donné que leur utilisation doit être confirmée par une signature au dossier d'administration des médicaments de ces résidents. La directrice des soins a indiqué que le personnel infirmier non autorisé du foyer n'avait pas reçu de formation proprement dite pour l'application ou l'administration de crèmes ou de bains de bouche médicaux. [par. 131 (3)]

---



**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***

Date de délivrance : 10 juin 2015

**Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice**

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

# Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice

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*

## Copie destinée au public

---

<b>Nom des inspecteurs ou inspectrices :</b>	JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)
<b>N° de registre :</b>	O-001935-15
<b>N° du rapport d'inspection :</b>	2015_289550_0009
<b>Type d'inspection :</b>	Inspection de la qualité des services aux résidents
<b>Date du rapport :</b>	9 juin 2015
<b>Titulaire de permis :</b>	CARESSANT-CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED 264, AVENUE NORWICH, WOODSTOCK (ONTARIO) N4S 3V9
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	CARESSANT CARE BOURGET 2279, rue Laval, C.P. 99, Bourget (Ontario) K0A 1E0
<b>Nom de l'administrateur :</b>	Steve Golden

---

Aux termes du présent document, CARESSANT-CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

---

**N° de l'ordre :** 001

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

**Aux termes du :**

Règlement 79/10 de l'Ontario, par. 87 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation, les surfaces de contact et les murs,

(ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs;

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,

(ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position,

(iii) les surfaces de contact;

c) l'enlèvement et l'élimination sécuritaire des déchets secs et mouillés;

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant à faire cesser immédiatement les incidents d'odeurs nauséabondes persistantes dans deux chambres à coucher particulières et le foyer doit avoir en place un processus de surveillance pour assurer l'efficacité des marches à suivre mises en œuvre pour faire cesser les incidents d'odeurs nauséabondes persistantes.

**Motifs :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à éliminer les odeurs nauséabondes persistantes dans les aires résidentielles du rez-de-chaussée du foyer, y compris les aires communes, les couloirs et les salles de bain et les chambres communes, malgré le nettoyage régulier.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect concernant les odeurs nauséabondes persistantes. L'ordre de conformité 002 a été donné le 22 décembre 2014 à la suite de l'inspection 2014\_200148\_0044; cet ordre fixait la date de conformité au 31 mars 2015.

Des non-respects avaient déjà été relevés au foyer aux dates suivantes :

- le 5 septembre 2014, un plan de redressement volontaire a été établi à la suite de l'inspection 2014\_198117\_0023;

- le 26 février 2013, un plan de redressement volontaire a été établi à la suite de l'inspection 2013\_193150\_0002;

- le 28 août 2012, un plan de redressement volontaire a été établi à la suite de l'inspection 2012\_054133\_0035.

À différentes heures de la journée, les 27, 28, 29 et 30 avril, ainsi que les 1<sup>er</sup>, 4 et 5 mai 2015, les inspectrices 550, 547 et 126 ont remarqué une odeur persistante d'urine à l'entrée du foyer, à l'entrée principale du rez-de-chaussée et dans le couloir, au rez-de-chaussée, dans l'aire donnant sur les chambres 1 et 2. Le 5 mai 2015 vers 10 h, les inspectrices 550 et 117 ont remarqué une forte odeur d'urine dans la salle de bain commune de la chambre 1, ainsi que dans la chambre 2 et la salle de bain de celle-ci.

Le 1<sup>er</sup> mai 2015 à 13 h 30, l'inspectrice 550 a interrogé l'administrateur et le superviseur des services environnementaux. Ces derniers ont expliqué à l'inspectrice 550 que depuis la délivrance de l'ordre de conformité en décembre 2014, le superviseur des services environnementaux a mis en œuvre des vérifications quotidiennes qu'il effectue lui-même les jours de semaine. Cette vérification consiste en une visite quotidienne du foyer pour contrôler les odeurs; il prend immédiatement les mesures correctives nécessaires pour éliminer les odeurs nauséabondes. Le superviseur des services environnementaux a dit à l'inspectrice avoir revu la routine du personnel d'entretien ménager de façon à assurer à la première heure du matin le nettoyage des cinq chambres dans lesquelles des odeurs nauséabondes avaient été remarquées; ils ont remplacé tous les sièges de toilette d'appoint; ils utilisent à présent le nettoyant à planchers Stride Neutral de Johnston Diversy et le nettoyant employé désormais pour nettoyer toutes les toilettes et les lavabos est le Virex 256. Le personnel d'entretien ménager dispose actuellement de deux désinfectants seulement : un pour les planchers et un autre pour tout le reste. Le superviseur des services environnementaux a installé des purificateurs d'air à piles dans les salles de toilette de certains résidents pour masquer les odeurs. Il a également expliqué à l'inspectrice 550 que le résident de la chambre 2 n'aimait pas l'odeur d'urine et plaçait un ventilateur dans la fenêtre de sa chambre pour souffler de l'air frais à l'intérieur mais cela soufflait également l'odeur d'urine vers le couloir. Ce ventilateur a été enlevé. Le superviseur des services environnementaux a ordonné au personnel d'enlever les draps de ce résident à la première heure le matin car il est toujours incontinent et il a placé un panier à linge fermé dans cette chambre pour y mettre les draps sales en attendant qu'ils soient envoyés à la buanderie.

Durant une visite des chambres 1 et 2 avec l'inspectrice 550, l'administrateur et le superviseur des services environnementaux ont remarqué l'odeur persistante d'urine dans la chambre à coucher et la salle de toilette partagées de la chambre 1 ainsi que dans la chambre à coucher et la salle de toilette de la chambre 2. Au moment de cette observation, la salle de toilette de la chambre 1 était propre, y compris le sol et la toilette, et le calfeutrage autour de la cuvette était neuf. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que les piles du purificateur d'air de la salle de toilette partagée de la chambre 1 devaient éventuellement être changées. La chambre à coucher et la salle de toilette de la chambre 2 étaient également propres au moment de cette observation. L'inspectrice 550 s'est entretenue avec l'administrateur et le superviseur des services environnementaux et a indiqué que cette odeur d'urine était persistante; elle a été notée à de nombreuses reprises déjà et elle n'a toujours pas été éliminée. L'administrateur a indiqué qu'il devra éventuellement songer à remplacer les carreaux de la salle de toilette de la chambre 1.

L'inspectrice 550 a examiné les formulaires de visite quotidienne du foyer pour le contrôle des odeurs visant la période du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> mai 2015. Les faits suivants étaient documentés :

- le 2 avril 2015, dans la salle de douche du 2<sup>e</sup> étage, il y avait une odeur causée par le linge sale;
- le 9 avril 2015, il y avait une odeur dans une chambre à cause du linge sale à cet étage;
- le 28 avril 2015, il y avait de l'urine par terre dans une chambre particulière, une couverture sale sur le fauteuil dans une autre chambre et un panier à linge sale dans le salon du rez-de-chaussée;
- le 1<sup>er</sup> mai 2015, le plancher d'une chambre particulière avait besoin d'être récuré et il manquait un panier à linge sale dans une autre chambre.

Il n'y avait pas d'autre documentation.

L'inspectrice 550 a examiné la politique du foyer concernant le contrôle des odeurs passée en revue en avril 2015 et a remarqué qu'il n'y avait pas de marche à suivre pour éliminer les odeurs nauséabondes persistantes.

(550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 4 septembre 2015**

---

N° de l'ordre : 002

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

**Aux termes de la :**

LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 8 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant des stratégies pour assurer l'observation de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Ce plan doit inclure toutes les stratégies de recrutement et de maintien en poste.

Le plan doit être soumis par courriel à [joanne.henrie@ontario.ca](mailto:joanne.henrie@ontario.ca) au plus tard le 22 juin 2015.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Ce foyer abrite 56 lits de soins de longue durée. Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 550 a examiné l'horaire du personnel infirmier autorisé du foyer pour la période du 15 février au 9 mai 2015 et remarqué que durant ce laps de temps il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service et présente au foyer durant les quarts de travail suivants :

17 mars – quart de jour;  
18 mars – quart de nuit;  
21 mars – quart de jour;  
29 mars – quart de nuit;  
1<sup>er</sup> avril – quart de soir;  
5 avril – quart de soir;  
15 avril – quart de nuit;  
17 avril – quart de jour;  
19 avril – quart de jour;  
22 avril – quart de nuit.

Lors d'un entretien, la directrice des soins et l'administratrice ont indiqué à l'inspectrice 550 qu'il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service ou présente au foyer durant les quarts de travail précités et que tous ces quarts étaient couverts par des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). La

directrice des soins a indiqué que lorsqu'une IA appelle pour être remplacée, le foyer offre son quart de travail à toutes les IA disponibles sur sa liste de rappel et offre aux IA figurant sur l'horaire la possibilité de travailler des heures supplémentaires. Quand aucune IA n'est en mesure d'accepter le quart de travail offert, celui-ci est offert aux IAA selon la liste de rappel établie.

Aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, le par. 45 (2), « situation d'urgence » s'entend d'une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice 550 que durant tous les quarts de travail précités, il n'y avait eu aucune absence liée à une situation d'urgence.

Ainsi, le foyer n'a pas veillé à ce qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé soit présent au foyer en tout temps. (550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 22 septembre 2015**



**RÉEXAMEN ET APPELS****AVIS IMPORTANT :**

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et 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 de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

**Directeur**

a.s. du commis aux appels  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
TORONTO (Ontario) M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

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 du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5

**et Directeur**

a.s. du commis aux appels  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
TORONTO (Ontario) M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

**Date de délivrance : 9 juin 2015****Signature de l'inspecteur :**

Original signé par

**Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :**

Joanne Henrie

**Bureau régional de services :**

Ottawa