



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

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

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

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

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

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

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

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

Copie du public

Date du rapport	N° de l'inspection	N° de registre	Type d'inspection
22 septembre 2017	2017_619550_0018	013359-17	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Titulaire de permis

VILLE D'OTTAWA

Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée
200, chemin Island Lodge, OTTAWA ON K1N 5M2

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN

275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6

Nom des inspectrices

JOANNE HENRIE (550), JOELLE TAILLEFER (211), LISA KLUKE (547)

Résumé de l'inspection



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

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

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

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

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

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 21, 24, 25, 26, 27, 28 et 31 juillet, 1^{er}, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 14, 15 et 16 août 2017.

Les registres dont les numéros suivent ont également été inspectés durant cette inspection : 005084-17, 012590-17, 012455-17, 017586-17, 015638-17 et 017157-17.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice, responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR), responsable du programme des soins personnels, responsable des activités récréatives et culturelles et des bénévoles, diététiste agréé(e), chef du service d'alimentation, superviseure/superviseur de la nutrition, responsable des services d'entretien ménager, superviseure/superviseur des lieux, coordonnatrice/coordonnateur de la dotation en personnel, plusieurs membres du personnel infirmier autorisé (IA), plusieurs membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), plusieurs membres des services de soutien à la personne (PSSP), plusieurs aide-ménagères/aide-ménagers, cuisinière/cuisinier, plusieurs aides-diététistes, commis d'unité, présidente/président du conseil des résidents, présidente/président du conseil des familles, plusieurs personnes résidentes et plusieurs membres de familles.

De plus, les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques relatives à ce qui suit : moyens de contention, marches à suivre en cas de plainte, prévention des mauvais traitements, obligation de faire rapport des incidents critiques; les inspectrices ont également examiné des procès-verbaux du conseil des résidents. Les inspectrices ont observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, l'interaction entre le personnel et les personnes résidentes, et des services de repas.



**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***

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

**Services d'hébergement - entretien ménager
Services d'hébergement - Buanderie
Services d'hébergement - entretien
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
Dignité, choix et vie privée
Observation de la restauration
Prévention des chutes
Conseil des familles
Hospitalisation et changement d'état de santé
Prévention et contrôle des infections
Médicaments
Recours minimal à la contention
Soins alimentaires et hydratation
Services de soutien personnel
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Rapports et plaintes
Conseil des résidents
Comportements réactifs
Foyer sûr et sécuritaire
Soins de la peau et des plaies
Effectif suffisant**

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

**19 AE
14 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 29. Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents

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

Par. 29. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) est adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements; 2007, chap. 8, par. 29 (1).

b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique du foyer visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes.

Les inspectrices 547 et 550 ont examiné la politique du foyer n° 335.10 relative au recours à la contention et intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive), révisée en janvier 2017. Aux pages 4 et 5, « Procédure : Initiation of Restraint » (marche à suivre : recours à la contention) on indiquait ce qui suit :

1. Faire une évaluation afin de déterminer le motif pour envisager un recours à la contention.
Éventualité de se blesser ou de blesser autrui.



2. S'assurer d'avoir essayé toutes les solutions de rechange possibles en matière d'intervention avant de recourir à un moyen de contention (voir l'arbre de décision de la contention).
5. Obtenir un consentement ou un refus, et le documenter sur un formulaire de consentement.
6. Avant le recours à la contention, contacter la ou le médecin et obtenir un ordre pour ce faire. La ou le médecin doit réviser tous les trimestres l'ordre de recours à la contention, et plus fréquemment au besoin.
7. Télécopier l'ordre de la ou du médecin à la pharmacie afin que l'ordre de recours à la contention figure dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) et dans l'examen trimestriel des médicaments.
8. Documenter, dans les notes d'évolution, les circonstances ayant entraîné le recours à la contention; les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées; le nom de la personne qui a donné l'ordre; l'appareil qui a été ordonné; le consentement; le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil, et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.
9. Entreprendre de remplir le « Restraint Monitoring Form » (formulaire de surveillance de la contention). Veiller à le remplir à l'aide des touches et des réponses pertinentes.
13. Chaque dégagement de l'appareil et tout changement de position doivent être inscrits sur la « restraint/PASD flow sheet » (feuille de soins – contention/appareil d'aide personnelle).
14. Documenter toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, ainsi que le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.
18. L'état de la personne résidente est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention est évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documenté dans le dossier d'administration des médicaments (MAR).

1. La personne résidente 003 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. L'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente 003 portait une ceinture de siège quand elle était assise dans un fauteuil roulant les 24, 25, 26, 27, 28 et 31 juillet 2017.

Le 26 juillet 2017, l'IA 100 a indiqué que la personne résidente porte une ceinture de siège aux fins de contention en tout temps quand elle est dans le fauteuil roulant pour des raisons de sécurité. L'IA 100 a indiqué en outre qu'il incombe au personnel infirmier autorisé d'inscrire dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) lors de chaque quart de travail pendant lequel la personne résidente est levée et dans le fauteuil roulant, que la ceinture de siège aux fins de contention est correctement mise et que l'on réévalue la personne résidente toutes les huit heures. L'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 109 qui a indiqué que l'on aurait dû inscrire dans le MAR de la personne résidente sa ceinture de siège aux fins de contention, et ensuite signer le MAR pour chaque quart de travail de jour et du soir aux fins d'évaluation de la contention en place. L'IA 109 a de plus indiqué que le programme de soins du foyer doit inclure le programme de soins de la personne résidente, les feuilles de soins documentées



par les PSSP, les dossiers d'administration des médicaments (MAR), et les enregistrements physiques et électroniques des dossiers médicaux de la personne résidente.

L'inspectrice 547 a obtenu des copies du MAR de la personne résidente, et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant la ceinture de siège aux fins de contention dans les feuilles du MAR de la personne résidente 003 pour le mois de juillet 2017. Les dossiers médicaux de la personne résidente n'avaient pas non plus un ordre de la ou du médecin ou bien de l'infirmière autorisée ou de l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure pour l'utilisation et le recours à la ceinture de siège aux fins de contention pour la personne résidente 003.

L'IAA 140 a indiqué à l'inspectrice 547 le 27 juillet 2017, que la personne résidente avait un vieux formulaire d'ordre pour un moyen de contention daté d'une certaine date de 2015, figurant dans le dossier médical et signé par la ou le médecin. L'IAA 140 a déclaré en outre qu'il faut renouveler tous les trois mois l'ordre concernant les mesures de contention, conformément à la politique du foyer relative aux mesures de contention, et qu'on ne l'a pas fait pour la personne résidente 003.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente 003, et il ne comportait aucune documentation concernant les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique, les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles avaient été jugées inappropriées. On remarquait qu'il n'y avait pas d'ordre, que l'on n'indiquait pas quel appareil avait été ordonné, ni les instructions ayant trait à l'ordre. Il n'y avait pas de consentement en dossier. Il n'y avait pas de documentation indiquant le moment du recours à la contention et par qui, ou toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégageement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil et les soins fournis par la suite.

Par conséquent, la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive) n'a pas été respectée pour le recours à la ceinture de siège de la personne résidente 003 aux fins de contention.

2. La personne résidente 006 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. L'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente portait une ceinture de siège quand elle était assise dans un fauteuil roulant les 24, 25, 26 et 28 juillet, et le 2 août 2017.

Le 26 juillet 2017, l'IA 100 a indiqué que la personne résidente 006 nécessite une ceinture de siège aux fins de contention en tout temps pour des raisons de sécurité quand elle est dans le fauteuil roulant depuis qu'elle est revenue de l'hôpital à une certaine date de 2017. L'IA 100 a indiqué en outre qu'il incombe au personnel infirmier autorisé d'inscrire dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) chaque quart de travail pendant lequel la personne résidente est levée et dans le fauteuil roulant, et d'indiquer que la ceinture de siège aux fins de contention est correctement mise dans le cadre de la réévaluation des mesures de contention qui a lieu toutes les huit heures.

L'inspectrice 547 a obtenu des copies du MAR de la personne résidente, et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant la surveillance et la réévaluation de la ceinture de siège utilisée à des fins de contention lors de dix quarts de travail de jour spécifiés et de vingt-trois quarts de travail de nuit spécifiés d'un certain mois.

L'IA 100 a indiqué que lorsque le MAR n'est pas signé, cela signifie qu'on ne l'a pas rempli.

L'IA 109 a de plus indiqué que le programme de soins de la personne résidente comporte les feuilles de soins documentées par les PSSP, les dossiers d'administration des médicaments (MAR), et les enregistrements physiques et électroniques des dossiers médicaux de la personne résidente.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente 006 comme l'IA 109 l'avait indiqué, et elle n'a pas été capable de trouver de la documentation concernant la personne qui avait eu recours au dispositif de contention ni le moment du recours à l'appareil, ni toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'était produit et les soins fournis par la suite. L'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on devait avoir oublié d'ajouter les formulaires de surveillance dans les classeurs des feuilles de soins de cette personne résidente.

Par conséquent, l'état de la personne résidente n'a pas été réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documentée dans le MAR. Il n'y avait pas de documentation concernant la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment du recours, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil et les soins fournis par la suite.

3. La personne résidente 046 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics.

L'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente 046 portait une ceinture de siège quand elle était assise dans un fauteuil roulant les 24, 25, 26, 27 et 28 juillet 2017.

Le 26 juillet 2017, l'IA 100 a indiqué que la personne résidente porte une ceinture de siège aux fins de contention en tout temps quand elle est dans le fauteuil roulant pour des raisons de sécurité. L'IA 100 a indiqué en outre qu'il incombe au personnel infirmier autorisé d'inscrire dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) lors de chaque quart de travail pendant lequel la personne résidente est levée et dans le fauteuil roulant, que la ceinture de siège aux fins de contention est correctement mise et que l'on réévalue la personne résidente toutes les huit heures.

L'IA 133 a indiqué que les PSSP n'ont pas accès au système de documentation électronique du foyer et que les PSSP utilisent les programmes de soins en version papier et les feuilles de soins qui sont dans les classeurs qui se trouvent aux postes infirmiers.



L'inspectrice 547 a obtenu des copies du MAR de la personne résidente, et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant une ceinture de siège aux fins de contention dans les feuilles du MAR de la personne résidente 046 pour le mois de juillet 2017. L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins et les feuilles de soins de la personne résidente 046 et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant la contention par ceinture de siège, la personne qui a eu recours au dispositif ni le moment où le recours à l'appareil a eu lieu, ni toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.

Par conséquent, la politique du foyer « Least Restraint » (contention la moins restrictive) n'a pas été respectée pour le recours à la ceinture de siège de la personne résidente 046 aux fins de contention.

4. La personne résidente 047 a été admise au foyer en 2009 en ayant fait l'objet de multiples diagnostics. L'inspectrice 550 a remarqué les 2, 3 et 4 août 2017 à divers moments de la journée que la personne résidente avait une ceinture de siège avec housse en place quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

Le 4 août 2017, l'IA 102 et les PSSP 140 et 150 ont indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 047 devait avoir une ceinture de siège avec une housse quand elle était assise dans le fauteuil roulant afin de prévenir les chutes.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente le 4 août 2017. Le formulaire « Prescribed Medical Guidelines » (directives médicales prescrites) pour la personne résidente 047 contenait un ordre de médecin pour la ceinture de siège aux fins de contention daté d'une certaine date de 2016, renouvelé deux mois plus tard, puis un mois après. Le personnel infirmier autorisé avait documenté dans le MAR pour les mois de juin, juillet et août les jours et les soirs où l'on avait vérifié l'appareil de contention. Il n'y avait pas de documentation pour indiquer si l'on avait utilisé ou pas l'appareil de contention pendant le quart de travail de nuit. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de document concernant le recours à l'appareil, la surveillance, le changement de position de la personne résidente, l'abandon de l'appareil et la réaction de la personne résidente à l'utilisation et au recours de l'appareil de contention avant le 1^{er} août 2017.

Le personnel doit documenter les faits sur le « restraint check form » (formulaire de contrôle de la contention) en utilisant cette légende qui figure en haut du formulaire :

Touche :

A - recours

V - observation visuelle

D - refus (voir notes d'évolution)

P - en place

R - enlevé



Réaction

- 0 - aucune réaction/calme
- 1 - agité(e)
- 2 - essaie de retirer l'appareil

Le 1^{er} août 2017, on avait commencé à remplir un formulaire de contrôle de la contention pour la personne résidente 047 et on remarquait ce qui suit :

- on avait laissé en blanc le nom de l'appareil de contention prescrit, le mois et l'année.
- 1^{er} août : on a eu recours à l'appareil de contention à une certaine heure, il y avait une coche toutes les heures pendant huit heures, et dans la colonne des réactions de la personne résidente, il y avait un « 0 » au moment du recours à l'appareil de contention. Il n'y avait aucune autre documentation pour le jour en question.
- 2 août : on a eu recours à l'appareil de contention à une certaine heure, et dans la colonne des réactions de la personne résidente, il y avait un « 0 » au moment du recours à l'appareil de contention. Il n'y avait aucune autre documentation pour le jour en question.
- 3 août : Il n'y avait aucune documentation pour le jour en question.

Il n'y avait pas de documentation concernant le changement de position de la personne résidente et les soins fournis par la suite.

Le 4 août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué à l'inspectrice que les PSSP doivent documenter, sur le formulaire de contrôle de la contention, le recours à l'appareil, le nom de la personne qui y a eu recours, et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu, la surveillance, l'abandon de l'appareil et la réaction de la personne résidente à la contention; il/elle a indiqué que ce formulaire a été mis en œuvre le 1^{er} août 2017 après révision de la politique du foyer en matière de contention, en janvier 2017. Avant le 1^{er} août 2017, on ne documentait pas les faits, à l'exception de l'évaluation de l'état de la personne résidente et de l'efficacité de la mesure de contention, évaluation que les infirmières autorisées ou les infirmiers autorisés faisaient toutes les huit heures dans le MAR. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que le formulaire de contrôle de la contention ne comportait pas de disposition permettant aux PSSP de documenter le changement de position de la personne résidente et les soins fournis par la suite. En examinant avec l'inspectrice le MAR et le formulaire « Prescribed Medical Guidelines » (directives médicales prescrites), la/le responsable a indiqué que le personnel infirmier autorisé doit évaluer l'état de la personne résidente, l'efficacité de la contention et documenter ces faits toutes les huit heures dans le MAR, et non pas se contenter de vérifier l'appareil de contention dans le fauteuil roulant comme on l'indique à l'heure actuelle dans le MAR, et que cela doit être fait toutes les huit heures, et pas seulement pendant les quarts de travail de jour et du soir. La ou le médecin doit réviser l'ordre de recours à la contention au moins tous les trimestres.

Par conséquent, l'état de la personne résidente 047 n'a pas été réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documenté dans le MAR. Il n'y avait pas de documentation concernant la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment du recours, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil et les soins fournis par la suite. La ou le médecin n'a pas révisé l'ordre de recours à la contention tous les trimestres conformément à la politique du foyer.

Comme le montre ce qui précède, on n'a pas mis en œuvre la politique du foyer intitulée « Least Restrained » (contention la moins restrictive) pour les personnes résidentes 003, 006, 046 et 047.

L'étendue et la gravité de ce non-respect ont été examinées. Le fait que le non-respect de la politique du foyer en matière de contention soit généralisé constitue un risque de préjudice éventuel pour toutes les personnes résidentes pour lesquelles on a recours à un moyen de contention. Un avis de non-respect avait précédemment été émis en tant que plan de redressement volontaire le 8 mars 2017. [Alinéa 29 (1) b)]

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

Par. 6. (8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu de son programme de soins et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat. 2007, chap. 8, par. 6 (8).

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).**

Par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; ou 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

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 à la personne résidente 047.

À une certaine date de 2017, une plainte a été soumise au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et au foyer par un membre de la famille de la personne résidente 047. La plaignante/le plaignant indiquait que le titulaire de permis ne suivait pas le programme de soins de la personne résidente 047 relativement à l'utilisation d'une mesure de contention pour prévenir les chutes. La plaignante/le plaignant indiquait qu'à une certaine date de 2017, lors d'une visite à la personne résidente 047 au foyer, il/elle l'avait trouvée dans le corridor, elle semblait avoir glissé du fauteuil roulant et son postérieur était sur le bord du siège. La plaignante/le plaignant avait immédiatement remarqué que la ceinture de siège de la personne résidente n'était pas mise, et avait demandé l'assistance de deux membres du personnel pour l'aider à trouver la ceinture de siège.

La plaignante/le plaignant craint que le personnel ne suive pas le programme de soins de la personne résidente 047 en n'ayant pas recours à la ceinture de siège quand la personne résidente est dans le fauteuil roulant, ce qui pourrait causer un préjudice éventuel à celle-ci.

La personne résidente 047 a été admise au foyer en 2009 en ayant fait l'objet de multiples diagnostics. Elle dépend du personnel pour sa mobilité dans le fauteuil roulant.

L'inspectrice 550 a examiné le rapport d'enquête interne du foyer concernant la plainte, daté d'une certaine date de 2017. On avait déterminé que la/le PSSP qui s'occupait de la personne résidente 047 à cette date précise, n'avait pas examiné son programme de soins avant de s'occuper d'elle ce jour-là. Par conséquent, la/le PSSP n'était pas au courant que la personne résidente nécessitait d'être maîtrisée par une ceinture de siège avec housse quand elle était assise dans le fauteuil roulant.



L'inspectrice 550 a observé la personne résidente 047 à divers moments de la journée les 2, 3 et 4 août 2017. Au moment des observations, on remarquait que la personne résidente était assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture de siège aux fins de contention munie d'une housse.

Le 3 août 2017, lors d'un entretien, l'IA 102 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 047 nécessite d'avoir une ceinture de siège en tout temps quand elle est assise dans le fauteuil roulant à la demande de la famille afin de prévenir les chutes. Les PSSP 141 et 150 ont indiqué à l'inspectrice que la personne résidente nécessite d'avoir une ceinture de siège en place quand elle est dans le fauteuil roulant afin de l'empêcher de glisser hors du fauteuil.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente. Le programme de soins écrit mentionnait les interventions suivantes à la section risque de chutes/utilisation de médicaments psychotropes/contention (section mise à jour à une certaine date) :

- Veiller à ce que la mesure de contention soit utilisée en dernier recours, c.-à-d. que l'on a étudié toutes les autres options, comme des activités distrayantes, du soutien familial, des traitements moins effractifs, etc.
- Indiquer clairement pourquoi, quand, depuis quand et dans quelles circonstances la personne résidente fait l'objet d'une mesure de contention et qui en a suggéré l'utilisation.
- Utiliser l'appareil le moins restrictif si nécessaire, vérifier régulièrement que l'appareil est mis correctement et qu'il demeure en place.

En poursuivant l'examen du programme de soins écrit, l'inspectrice a remarqué les interventions suivantes à la section intitulée activités de la vie quotidienne/soins dentaires (mise à jour à une certaine date) :

- Mobilité : Attacher la ceinture de siège quand la personne résidente est dans le fauteuil roulant, vérifier qu'elle ne détache pas le dispositif de contention de la ceinture, formulaire de consentement signé par la personne titulaire d'une procuration.

Le 3 août 2017, lors d'un entretien la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué à l'inspectrice que si un membre du personnel veut savoir si une personne résidente a un appareil de contention et connaître les directives pour le recours au moyen de contention et pour son utilisation, il doit consulter la section sur la contention du programme de soins écrit. Après examen avec l'inspectrice du programme de soins écrit en vigueur de la personne résidente 047, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que le programme de soins ne fournit pas des directives claires à l'intention du personnel. Les renseignements et les interventions documentées dans les sections intitulées contention et activités de la vie quotidienne concernant le recours à un appareil de contention sont contradictoires. La section relative à la contention indiquait que le recours à un moyen de contention doit être une mesure de dernier recours, et la section des activités de la vie quotidienne indiquait que la personne résidente doit être maîtrisée par une ceinture quand elle est dans



le fauteuil roulant et que le personnel doit veiller à ce qu'elle ne procède pas au dégageement de l'appareil de contention. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a confirmé que le programme de soins devrait indiquer le recours à une ceinture de siège aux fins de contention munie d'une housse en tout temps quand la personne résidente est dans le fauteuil roulant.

Comme le prouve ce qui précède, le programme de soins de la personne résidente 047 ne fournit pas des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne résidente. [Alinéa 6 (1) c)]

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

Un examen des notes d'évolution rédigées par l'IAA 116 à une certaine date indiquait que la personne résidente 028 avait eu un problème d'altération de l'intégrité épidermique à une certaine partie du corps lors d'un transfert du lit au fauteuil roulant. On avait nettoyé la plaie et mis un pansement. Dans une autre note rédigée six jours plus tard, un membre identifié du personnel infirmier indiquait avoir été informé par une/un PSSP du problème d'intégrité épidermique de la personne résidente 028. L'IAA avait mesuré la blessure provoquant l'altération de l'intégrité épidermique, l'avait nettoyée et avait mis un pansement.

Un examen du dossier d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente de juillet 2017 indiquait que l'on avait mis un pansement pour le problème d'intégrité épidermique à une certaine date, et que le carré pour apposer les initiales du personnel était surligné par une bordure pour indiquer une certaine date trois jours plus tard, et de nouveau sept jours plus tard, mais qu'il n'y avait pas d'initiales dans ces carrés.

Lors d'un entretien le 2 août 2017, l'IA 102 a indiqué que les carrés pour apposer les initiales du personnel étaient surlignés par une bordure pour certaines dates afin de rappeler au personnel de changer le pansement. L'IA 102 a déclaré que, pour les deux jours, le MAR susmentionné n'indiquait pas que l'on avait changé le pansement puisqu'il n'y avait pas de signature.

Lors d'un entretien le 2 août 2017, l'IAA 116 a indiqué que l'on n'avait pas changé le pansement à une certaine date.

Lors d'un entretien le 3 août 2017, l'IAA 149 a indiqué que l'on n'avait pas changé le pansement à une autre date indiquée.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à la personne résidente 028, comme on le précise dans l'outil d'évaluation des plaies et dans la feuille susmentionnée du MAR. [Paragraphe 6 (7)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes soient tenus au courant du contenu de leur programme de soins et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat.

Le processus du foyer pour mettre le programme de soins à la disposition du personnel infirmier qui fournit des soins directs, consiste à imprimer sur papier, aux fins de documentation et de référence manuelles, les Kardex, programmes de soins en vigueur, feuilles de soins et documents de surveillance horaire pour les appareils de contention ou les changements de position des personnes résidentes. Ils sont conservés dans des classeurs aux postes infirmiers de chaque unité de soins des personnes résidentes.

La personne résidente 006 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont de la démence. Elle était revenue d'une hospitalisation à une certaine date, et on demandait de la mettre dans un fauteuil roulant avec une ceinture de siège aux fins de contention. Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'une ou un médecin avait ordonné le jour même le recours à une ceinture de siège aux fins de contention. La mandataire spéciale/le mandataire spécial (MS) de la personne résidente avait consenti au recours à cette ceinture de siège aux fins de contention deux jours plus tard. Le programme de soins de la personne résidente avait été mis à jour ultérieurement dans le système de documentation électronique du foyer par l'IA 145, cent un jours plus tard.

Le 2 août 2017, l'IA 145 a indiqué à l'inspectrice 547 se souvenir d'avoir remarqué d'une part que le programme de soins de la personne résidente 006 n'indiquait pas de recours à une ceinture de siège aux fins de contention, et d'autre part d'avoir ajouté cette information dans le système de documentation électronique du foyer dans le programme de soins de la personne résidente le plus à jour. L'IA 145 a indiqué ne pas avoir imprimé le programme de soins mis à jour pour remplacer l'ancien programme de soins dans les classeurs du programme de soins qu'utilise le personnel infirmier qui fournit des soins directs.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué à l'inspectrice 547 le 2 août 2017, que le personnel des services de soutien à la personne n'a pas accès au système de documentation électronique du foyer et n'aurait pas eu un accès facile ou immédiat à cette information sur la contention, car elle n'était pas imprimée ni ajoutée aux classeurs des programmes de soins de l'étage ou aux feuilles de suivi dans le classeur des feuilles de soins.

Par conséquent, le programme de soins mis à jour de la personne résidente 006 n'a pas été mis à la disposition du personnel infirmier qui fournit des soins directs pour ce qui concerne la ceinture de siège abdominale aux fins de contention de la personne résidente, les interventions et la surveillance relativement à cette contention. [Paragraphe 6 (8)]

4. La personne résidente 046 a été admise au foyer à une certaine date de 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, y compris des problèmes de comportement. On avait évalué que la personne résidente 046 nécessitait une ceinture de siège aux fins de contention quand elle était en fauteuil roulant en raison des inquiétudes que suscitait son comportement. Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'une ou un médecin avait ordonné la ceinture de siège aux fins de contention à une certaine date de 2017 dans le cadre d'une révision trimestrielle. La mandataire spéciale/le mandataire spécial (MS) de la personne résidente avait consenti au recours à cette ceinture de siège aux fins de contention à une certaine date de 2016. Le programme de soins de la personne résidente avait été mis à jour ultérieurement par l'IA 145 dans le système de documentation électronique du foyer, dix-huit jours après l'ordre de la ou du médecin concernant le recours à un appareil de contention pour la personne résidente 046.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins en vigueur de la personne résidente dans le classeur des programmes de soins, et a remarqué que la ceinture de siège aux fins de contention ne figurait pas dans le programme de soins de la personne résidente.

Le 2 août 2017, l'IA 145 a indiqué ne pas avoir imprimé le programme de soins de la personne résidente 046 en faisant la mise à jour pour remplacer l'ancien programme de soins dans le classeur utilisé par le personnel infirmier qui fournit des soins directs.

Par conséquent, le personnel infirmier qui fournit des soins directs n'a pas été mis au courant du contenu du programme de soins et n'a pas eu un accès facile et immédiat à celui-ci pour les besoins en soins de contention de la personne résidente 046. [Paragraphe 6 (8)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.

Lors d'un entretien le 25 juillet 2017, l'IA 125 a indiqué à l'inspectrice 550 que l'on avait prescrit à la personne résidente 025 une certaine boisson à titre de supplément alimentaire au moment des repas pour accroître son poids corporel, mais que la personne résidente refusait de la prendre.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 025. Elle avait été admise au foyer en 2005 en ayant fait l'objet de multiples diagnostics. L'évaluation de l'AIM (mesure de déficience anatomique) par la diététiste agréée/le diététiste agréé à une certaine date de 2017 indiquait que l'indice de masse corporelle (IMC) de la personne résidente était faible, que son poids était au-dessous de la plage de poids normale et que la personne résidente avait perdu 9,4 % de son poids corporel en un mois. Ce même jour, on avait prescrit à la personne résidente une certaine boisson à chaque repas à titre de supplément alimentaire.



Le 2 août 2017, la/le chef du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice que, parce qu'on ne peut pas envoyer la boisson indiquée avec la personne résidente quand elle sort tous les jours pendant la semaine, on envoyait tous les matins avec la personne résidente un autre type de boisson pour qu'elle la prenne à l'heure du déjeuner. La diététiste agréée/le diététiste agréé 146 a indiqué à l'inspectrice que la boisson que l'on envoie avec la personne résidente est un succédané alimentaire comparable à la boisson spécifiée qu'elle consomme au foyer, car leur valeur nutritionnelle est similaire.

L'inspectrice a examiné la documentation dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) pendant deux mois spécifiés de 2017. Elle a remarqué que pendant trente jours d'affilée on n'avait pas documenté l'administration de la boisson spécifiée à chaque repas comme suit :

à 8 heures : 4 jours spécifiés;

à 12 heures : 29 jours spécifiés;

à 17 heures : 10 jours spécifiés.

L'IA 125 a indiqué que la personne résidente est absente pendant la journée durant les jours de semaine et qu'on lui donne une boisson spécifique à consommer à l'heure du déjeuner. L'IA a indiqué ne pas attester par une signature que la personne résidente a pris la boisson spécifiée à 12 heures parce qu'elle n'est pas là les jours de semaine. Lors de deux jours d'une fin de semaine spécifiée au cours desquels cette/cet IA travaillait, il/elle n'avait pas attesté par sa signature l'administration de la boisson spécifiée à 12 heures parce qu'il/elle avait oublié.

Le 3 août 2017, l'inspectrice a examiné avec la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes la documentation figurant dans le MAR. La/le responsable a indiqué à l'inspectrice que l'on s'attend à ce que le personnel documente dans le MAR l'administration de la boisson spécifiée, car il s'agit d'un traitement prescrit. Les jours où la personne résidente est absente, parce qu'on envoie avec elle une boisson de remplacement comparable, les infirmières ou les infirmiers doivent le documenter comme ils/elles le feraient pour tout autre traitement quand la personne résidente est absente. Ils/elles doivent mentionner le code 10 dans le MAR pour indiquer que la personne résidente est absente et a le médicament ou le traitement avec elle. La/le responsable a expliqué que l'absence de signature indiquait que le traitement n'avait pas été administré.

Comme l'indique ce qui précède, l'administration d'un lait frappé maison qui est prescrit à titre d'intervention pour promouvoir un gain pondéral pour la personne résidente 025 n'était pas documentée. [Alinéa 6 (9) 1]

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires. Cette inspection concerne le registre n° 005084-17.



Un rapport d'incident critique daté d'une certaine date de 2017 et soumis le lendemain indiquait que la personne résidente 009 avait fait une chute à deux dates particulières de 2017. La personne résidente avait été admise à l'hôpital avec une fracture dix jours après la dernière chute.

L'inspectrice 211 a examiné le dossier médical de la personne résidente 009 qui indiquait qu'elle avait été admise au foyer en 2015 et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait la maladie d'Alzheimer et un autre état pathologique.

Le programme de soins écrit de la personne résidente 009 examiné par l'inspectrice 211 le 2 août 2017 indiquait que la personne résidente présentait un risque de faire des chutes. Les interventions indiquaient que la personne résidente nécessitait un fauteuil roulant pour se déplacer, et que le fauteuil roulant devait être poussé par une personne.

Les notes d'évolution concernant les soins infirmiers fournis à la personne résidente et examinés par l'inspectrice 211 sur une période de soixante-huit jours en 2017 indiquaient que la personne résidente utilisait un fauteuil roulant pour se déplacer après une chute survenue à une certaine date de 2017. Néanmoins, durant les mois susmentionnés, la personne résidente ne suivait pas les directives fournies par le personnel et essayait souvent de marcher sans surveillance. À une certaine date de 2017, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que la personne résidente marchait sans assistance bien qu'elle présentât un risque élevé de faire des chutes en raison d'une démarche instable.

Le 2 août 2017, l'inspectrice 211 a observé la personne résidente 009 assise sur une chaise ordinaire dans la salle à manger, sans aucun type d'équipement.

Lors d'un entretien le 2 août 2017, la personne résidente 009 a indiqué qu'elle marchait de façon autonome, sans équipement.

Lors d'un entretien le 3 août 2017, l'IA 148 a indiqué que la personne résidente marchait de façon autonome avec une supervision depuis deux mois environ. L'IA 148 a reconnu que l'on n'avait pas mis à jour les interventions relatives à la mobilité de la personne résidente lors de la révision de son programme de soins écrit.

Lors d'un entretien le 3 août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que les besoins en mobilité de la personne résidente 009 avaient évolué, et que l'on aurait dû mettre à jour les interventions dans son programme de soins écrit afin qu'il corresponde aux besoins actuels de la personne résidente.

Par conséquent, le programme de soins de la personne résidente 009 n'a pas été réexaminé ni révisé quand les besoins en soins de la personne résidente en matière de mobilité ont évolué.

[Alinéa 6 (10) 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 écrit visant à assurer le respect des exigences suivantes : le programme de soins établit des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente 047, les soins prévus dans le programme de soins sont fournis à la personne résidente tel que le précise le programme; le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes 006 et 046 sont tenus au courant du contenu de leur programme de soins, et l'accès à celui-ci est facile et immédiat; la fourniture des soins prévue dans le programme de soins est documentée pour la personne résidente 025; et la personne résidente 009 est réévaluée, et le programme de soins réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment quand les besoins en soins de la personne résidente évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires. 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 des dossiers

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté 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; et 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 ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 8 (1) b). 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 soient respectés.

Conformément à la LFSLD 2007, L.O., chap. 8, art. 21, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que soient adoptées des marches à suivre écrites qui sont conformes aux règlements énoncés dans le Règl. de l'Ont. 7910, art.101 pour porter plainte auprès de lui et sur la façon dont il doit traiter de telles plaintes.

La politique du foyer intitulée « Reporting Lost/Misplaced Items » n° 750.83 (obligation de faire rapport concernant les objets perdus ou égarés), révisée en février 2016, indiquait à la page 2 de la marche à suivre pour les objets perdus des personnes résidentes que le personnel de l'unité effectue une recherche de l'article perdu dans l'unité, et que s'il ne le trouve pas, il remplit un formulaire d'objets perdus n° 750.83 et le transmet à la/au responsable de l'accueil. La/le responsable des services de l'accueil remplit la section deux du formulaire et ses exigences. Il incombe alors à la/au responsable des services de l'accueil d'informer le membre de la famille des résultats de la recherche, de l'enquête et des mesures prises.

La/le titulaire d'une procuration de la personne résidente 011 avait placé une courtepointe sur le lit de celle-ci dont il/elle avait dit qu'elle était étiquetée avec le nom et le numéro de chambre de la personne résidente. Cette courtepointe avait disparu il y avait plus d'un mois et la/le titulaire de la procuration a indiqué à l'inspectrice 547 l'avoir signalé à la/au commis d'unité et à la/au responsable de la buanderie. On n'avait pas trouvé la courtepointe et il/elle en avait acheté une deuxième exactement semblable. La/le titulaire de la procuration avait regardé dans chaque unité et avait été incapable de trouver la courtepointe disparue. Il/elle avait en outre indiqué que la/le responsable de la buanderie ne l'avait pas informé(e) des résultats de son enquête concernant la courtepointe disparue.

Le 26 juillet 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec la/le PSSP 110 qui s'occupe de la personne résidente dans l'unité, et qui a indiqué que quand on les informait de la disparition d'un objet, ils/elles effectuaient immédiatement une recherche dans l'unité, mais que l'on n'avait pas trouvé la courtepointe. On avait demandé à la/au titulaire de la procuration de remplir un formulaire d'objets perdus que l'on avait fourni à la/au responsable de la buanderie.

L'inspectrice 547 a eu un entretien avec la/le responsable des services de l'environnement qui a indiqué qu'il y a des lacunes dans leur processus de traitement des plaintes concernant les objets perdus. Il/elle se rappelait l'objet perdu pour la personne résidente 011, c'était arrivé il y avait plus de 10 jours et il/elle ne savait pas exactement où en était le processus du foyer. Il/elle a indiqué qu'il n'avait pas appelé leur fournisseur extérieur de services de buanderie au sujet de cette courtepointe perdue. Il/elle a indiqué ne pas se souvenir d'avoir rempli la section 2 du formulaire d'objets perdus, ni d'avoir fourni à l'administratrice une copie des résultats de l'enquête. Il/elle a indiqué en outre ne pas avoir avisé à ce jour la/le titulaire de la procuration du résultat de la recherche et de l'enquête ni des mesures prises concernant cette plainte tel que requis. [Alinéa 8 (1) b)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique, marche à suivre de la pharmacie MediSystem Pharmacy intitulée « Digital Mar/Tar and Electronic Medication Administration Systems » (dossiers numériques d'administration des médicaments/des traitements et systèmes électroniques d'administration des médicaments), révisée le 17 janvier 2017 et mise en place par le titulaire de permis soit respectée.

Conformément au paragraphe 114 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Cette politique indiquait ce qui suit pour les feuilles des dossiers numériques d'administration des médicaments (DigiMAR)/des traitements (DigiTAR) :

Chaque personne résidente dont les médicaments sont administrés par une infirmière/un infirmier ou un fournisseur de soins doit avoir un dossier d'administration des médicaments (MAR) conformément à la législation.

Vérification des nouvelles feuilles du DigiMAR :

1. La pharmacie fournit chaque mois des feuilles du DigiMAR imprimées.
3. La pharmacie envoie les nouvelles feuilles du DigiMAR 5 à 10 jours avant le début du mois suivant.
4. Les feuilles du DigiMAR imprimées comportent ce qui suit :
 - n) Directives spéciales (le cas échéant)
 - q) Instructions pour l'administration des médicaments (fréquence).
6. À la réception des nouvelles feuilles du DigiMAR, deux infirmières ou infirmiers des fournisseurs de soins autorisés de l'établissement doivent contrôler l'exactitude de toute l'information imprimée, faire les corrections nécessaires et informer la pharmacie de tout changement.
7. Pour garantir l'exactitude des données avant utilisation, chaque nouvelle feuille doit faire l'objet d'une nouvelle vérification par rapport à l'ordre du médecin, et également par rapport aux feuilles du DigiMAR du mois précédent. Quand on vérifie la nouvelle feuille du DigiMAR par rapport à l'ancienne, on peut mettre une coche ou un « x » dans l'une des trois cases de la marge de gauche du DigiMAR.

Le 9 août 2017, l'inspectrice 547 a examiné les rapports d'incident critique du foyer pour le dernier trimestre incluant les mois d'avril, mai et juin 2017. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer avait eu de la difficulté pour effectuer l'examen des nouvelles feuilles du DigiMAR qui arrivent tous les mois. La/le RPSPR a indiqué en outre venir juste d'apprendre de l'IA 125 que le personnel infirmier autorisé n'examinait plus les nouvelles feuilles du DigiMAR tous les mois avec deux membres du personnel infirmier autorisé comme l'exige cette politique.

Les rapports d'incidents liés à des médicaments pour les personnes résidentes 007 et 054 mentionnaient à une certaine date de 2017 que ces personnes résidentes n'avaient pas reçu un certain médicament prescrit qui devait être administré quatre mois auparavant, car il devait l'être tous les six mois et avait été fourni la dernière fois il y avait dix mois. Lors de l'examen du MAR, on remarquait que lorsqu'on avait fourni pour la dernière fois le médicament précisé aux personnes résidentes 007 et 054 dix mois auparavant, le personnel infirmier autorisé n'avait pas inscrit dans le MAR les instructions particulières concernant la date à laquelle il fallait administrer la prochaine dose, et avait laissé en blanc l'examen mensuel pendant 10 mois. L'exactitude de ces feuilles du DigiMAR n'avait pas été vérifiée tel que requis par un seul membre du personnel infirmier autorisé comme l'indiquait la signature unique qui figurait au bas de chaque feuille du DigiMAR.

La/le RPSPR a dit à l'inspectrice 547 le 11 août 2017 que les feuilles du DigiMAR avaient été signées par un membre du personnel infirmier autorisé, ce qui indiquait qu'elles n'avaient pas été examinées par deux membres du personnel infirmier autorisé comme l'exigeait cette politique. La/le RPSPR a indiqué qu'il/elle examinera cette politique et marche à suivre avec tout le personnel infirmier autorisé du foyer. [Alinéa 8 (1) b)]

3. Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 48. (1), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion.

La politique du foyer n° 315.08 intitulée « Falls Prevention Program: Resident Assessment for Falls Tool » (programme de prévention des chutes : outil d'évaluation des personnes résidentes pour les chutes), datée de septembre 2013, indiquait qu'en cas de chute sans témoin, on évalue s'il y a un traumatisme crânien et l'on prend les signes vitaux et neurologiques. Voir AP& OP 315.11.

La politique du foyer n° 315.11 intitulée « Assessment: Head Injury » (évaluation - traumatisme crânien) datée de septembre 2013, indiquait que l'on doit effectuer l'évaluation du traumatisme crânien et les examens neurologiques sur les personnes résidentes qui ont un traumatisme crânien réel ou présumé dans les 72 heures qui suivent le moment de la blessure, à l'aide de l'outil d'évaluation neurologique ci-joint.

Cette inspection concerne le registre no 005084-17, rapport d'incident critique daté d'une certaine date de 2017, soumis le lendemain, et indiquant que la personne résidente 009 avait fait une chute à deux dates précises de 2017, et avait été admise à l'hôpital avec une certaine lésion dix jours plus tard.

L'inspectrice 211 a examiné le dossier médical de la personne résidente 009. Il indiquait qu'elle avait été admise au foyer en 2015 et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait la maladie d'Alzheimer et un autre état pathologique.

L'inspectrice 211 a examiné les notes d'évolution des soins infirmiers de la personne résidente 009 pour deux dates précises. Les notes d'évolution des soins infirmiers à la première date indiquaient qu'une infirmière/un infirmier identifié avait entendu un grand bruit et avait trouvé la personne résidente gisant sur le sol à côté du lit. La tête de la personne résidente était légèrement relevée, et elle était incapable de décrire comment elle se sentait. L'infirmière/l'infirmier identifié a indiqué que l'on avait pris les signes vitaux de la personne résidente. Les notes d'évolution des soins infirmiers à la seconde date précisée indiquaient que le personnel avait trouvé la personne résidente assise sur le sol, qu'elle s'était heurté le pied à la porte de la chambre, et qu'elle était allongée au lit avant la chute. On avait vérifié les signes vitaux pour en contrôler les paramètres et contrôler que la personne résidente n'avait pas eu de blessure.

L'inspectrice 211 a examiné le formulaire intitulé « Resident Condition - 24 hours Report » (état de la personne résidente - rapport de 24 heures) daté du jour de la deuxième chute, qui mentionnait la pression artérielle de la personne résidente à une certaine heure.

L'inspectrice 211 a examiné la rubrique signes vitaux et poids du système de documentation électronique de la personne résidente sur une période de sept mois en 2017, et elle a remarqué que les signes vitaux n'étaient pas documentés aux deux dates précisées auxquelles la personne résidente était tombée.

Lors d'entretiens, le 3 août 2017 avec l'IA 148, et le 8 août 2017 avec l'IA 136, ces deux IA ont indiqué que quand une personne résidente fait une chute sans témoin, on doit mettre en œuvre le protocole relatif aux traumatismes crâniens.

Lors d'une entrevue avec la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes le 8 août 2017, il/elle a indiqué que l'on aurait dû effectuer une évaluation de traumatisme crânien les deux jours où la personne résidente était tombée, car il s'agissait de chutes sans témoin. Les paramètres des signes vitaux n'étaient pas documentés dans le système de documentation électronique de la personne résidente, et on n'avait pas rempli la feuille intitulée « Neurological Flow Sheet » (diagramme neurologique) aux dates susmentionnées. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'infirmière/l'infirmier n'avait pas suivi les deux politiques : Falls Prevention Program : Resident Assessment for Falls Tool (programme de prévention des chutes : outil d'évaluation des personnes résidentes pour les chutes) et Assessment : Head Injury (évaluation - traumatisme crânien).

Comme le montre ce qui précède, la politique du foyer n° 315.08 intitulée « Falls Prevention Program: Resident Assessment for Falls Tool » (programme de prévention des chutes : outil d'évaluation des personnes résidentes pour les chutes) et la politique n° 315.11 intitulée « Assessment: Head Injury » (évaluation - traumatisme crânien), qui fait partie du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer n'ont pas été mises en œuvre quand la personne résidente 009 a fait des chutes sans témoin avec traumatisme crânien éventuel, et l'évaluation neurologique n'avait pas été suivie.

[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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle les politiques du foyer relatives aux plaintes, au système de gestion des médicaments et au programme de prévention des chutes soient respectées. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15. Services d'hébergement

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

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

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

Constatations :

1. 1. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Ce foyer utilise des téléavertisseurs comme système de communication bilatérale - le téléavertisseur alerte les PSSP quand une personne résidente active une sonnette d'appel. L'activation de la sonnette d'appel avise les PSSP par l'intermédiaire des téléavertisseurs que cette personne résidente nécessite de l'assistance.

Lors de l'observation des personnes résidentes le 24 juillet 2017 à 14 h 20, l'inspectrice 547 a remarqué au deuxième étage de l'aile ouest que le téléavertisseur de la/du PSSP 129 ne fonctionnait pas. La/le PSSP a confirmé à l'inspectrice que parfois les téléavertisseurs ne fonctionnent pas. Il/elle a alors remis le téléavertisseur dans sa poche, et a continué de faire le lit dans une chambre de personne résidente.



Le 1^{er} août 2017, l'inspectrice 550 a remarqué, dans l'unité du deuxième étage, que trois des six PSSP avaient en leur possession des téléavertisseurs qui ne fonctionnaient pas.

La/le PSSP 111 avait en sa possession le téléavertisseur n° 501, et après vérification de sa fonctionnalité on a remarqué qu'il ne fonctionnait pas. La/le PSSP a indiqué à l'inspectrice que bien qu'elle eût signé pour prendre possession du téléavertisseur ce matin-là, il/elle n'avait pas vérifié pour voir s'il fonctionnait.

La/le PSSP 112 avait en sa possession le téléavertisseur n° 502, et après vérification de sa fonctionnalité on a remarqué qu'il ne fonctionnait pas correctement. Bien que le voyant d'alimentation du téléavertisseur fût sur « on », il n'affichait aucun appel quand on activait une sonnette d'appel. La/le PSSP a indiqué à l'inspectrice avoir vérifié pour s'assurer que le téléavertisseur était sous tension ce matin, mais ne pas savoir comment se servir de ces tout nouveaux téléavertisseurs pour poursuivre la vérification.

La/le PSSP 121 avait en sa possession un téléavertisseur aussi étiqueté n° 502, et après vérification de sa fonctionnalité on a remarqué qu'il ne fonctionnait pas correctement. Bien que le voyant d'alimentation du téléavertisseur fût sur « on », il n'affichait aucun appel quand on activait une sonnette d'appel. La/le PSSP a indiqué à l'inspectrice que souvent les téléavertisseurs de l'unité ne fonctionnent pas.

L'ensemble des trois PSSP a dit à l'inspectrice 550 que quand les téléavertisseurs à pile ne fonctionnent plus, on change les piles. S'il s'agit d'un des téléavertisseurs plus récents qui ne fonctionnent pas avec une pile, les PSSP informent l'infirmière/l'infirmier.

L'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 550 lors d'un entretien que, lorsque les PSSP lui signalent qu'un téléavertisseur ne fonctionne pas, il/elle informe la/le responsable du programme des soins personnels ou la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes qui vient remplacer le téléavertisseur par un appareil qui fonctionne.

Lors d'un entretien le 2 août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer s'attend, lorsqu'une/un PSSP prend un téléavertisseur en début de quart de travail, à ce qu'il/elle en vérifie la fonctionnalité. L'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé doit immédiatement lui faire rapport quand les téléavertisseurs ne fonctionnent pas afin qu'il/elle puisse les remplacer. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué ne pas avoir été mis(e) au courant par un membre du personnel que ce jour-là il y avait des téléavertisseurs qui ne fonctionnaient pas dans l'unité du deuxième étage.

2. Les 24 et 25 juillet 2017, les inspectrices 547 et 550 ont remarqué que le vernis de la bordure en bois autour des comptoirs de douze toilettes de personnes résidentes était très usé et laissait voir une surface poreuse qui n'avait pas été entretenue afin de constituer une surface que l'on pouvait nettoyer et désinfecter.



Les deux inspectrices ont également remarqué que dans l'aire commune à côté du poste infirmier de l'unité du deuxième étage il y avait trois sièges en simili cuir gris et deux bordeaux ainsi que deux sièges en tissu vert. Le vernis de tous ces sièges était très usé et collant et laissait voir une surface poreuse qui n'avait pas été entretenue afin de constituer une surface que l'on peut nettoyer et désinfecter. Il y avait deux fauteuils relax en simili cuir, un vert et un bourgogne. Le simili cuir des deux fauteuils était déchiré et laissait voir le garnissage du fauteuil.

Lors d'un entretien le 27 juillet 2017, la superviseure/le superviseur de l'entretien a dit à l'inspectrice être au courant du vernis très usé sur les bordures en bois autour des comptoirs dans les toilettes des personnes résidentes. Il/elle a indiqué que chaque fois qu'une chambre est vacante, on sable et revernit la bordure de bois dans le cadre des mesures d'entretien de la chambre. Bien qu'étant au courant que cet entretien est nécessaire dans toutes les toilettes des personnes résidentes, la superviseure/le superviseur de l'entretien a dit ne pas avoir les effectifs pour faire toutes les toilettes de personnes résidentes en même temps.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué, lorsque du nouveau mobilier est requis, que la procédure du foyer consiste à ce que le personnel le signale au personnel infirmier autorisé, et ce dernier doit informer l'administratrice. L'administratrice a dit ne pas être au courant de l'état des chaises et des comptoirs des toilettes des personnes résidentes. [Alinéa 15 (2) c)]

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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le système de téléavertisseurs, la bordure en bois des comptoirs dans les toilettes des personnes résidentes et les sièges de l'aire commune à côté du poste infirmier du deuxième étage sont entretenus de sorte qu'ils sont en bon état. 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. 17. Système de communication bilatérale

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

Par. 17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :



- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui est aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Dans le présent rapport, le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel est communément désigné sous le nom de « sonnette d'appel ».

Les 24 et 28 juillet 2017, l'inspectrice 211 a remarqué un cordon de sonnette d'appel qui gisait sur le sol de la salle de bains de la personne résidente 033. Le cordon de sonnette d'appel n'était pas accessible à la personne résidente quand elle était assise sur la toilette.

Le programme de soins écrit en vigueur de la personne résidente indiquait que l'on devait la conduire à la toilette toutes les deux heures.

Lors d'un entretien le 28 juillet 2017, la/le PSSP 129 a indiqué que le cordon de la sonnette d'appel n'était pas accessible à la personne résidente si elle est assise sur la toilette puisque le cordon gisait sur le sol. La/le PSSP 129 a indiqué que, pour être accessible à la personne résidente, le cordon devrait être attaché au support du côté droit à côté de la toilette. [Alinéa 17 (1) a)]

2. Le 24 juillet 2017, l'inspectrice 547 a remarqué le cordon de la sonnette d'appel enroulé plusieurs fois autour du porte-serviettes, loin de la toilette et hors de portée de la personne résidente 009 si elle est assise sur la toilette dans sa salle de bains.



Le 28 juillet 2017, l'inspectrice 211 a remarqué le cordon de la sonnette d'appel enroulé plusieurs fois autour du porte-serviettes, loin de la toilette et hors de portée de la personne résidente 009 si elle est assise sur la toilette dans sa salle de bains.

L'inspectrice 211 a examiné le dossier médical de la personne résidente 009; il indiquait qu'elle avait été admise au foyer en 2015, et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait la maladie d'Alzheimer et un autre état pathologique.

Un examen du programme de soins écrit en vigueur de la personne résidente indiquait que celle-ci avait besoin d'encouragement et d'une assistance physique mineure pour aller à la toilette. La personne résidente présentait un risque de faire des chutes et il fallait veiller à ce que la sonnette d'appel fût accessible.

Lors d'un entretien le 28 juillet 2017, la/le PSSP 130 a indiqué que la personne résidente marche de façon autonome et se rend toute seule à la salle de bains. La/le PSSP 130 a indiqué que si la personne résidente était incapable de se relever de la toilette, le cordon de la sonnette d'appel ne lui serait pas accessible puisqu'il était enroulé plusieurs fois autour du porte-serviettes et que la sonnette d'appel était trop loin pour qu'elle puisse l'atteindre. [Alinéa 17 (1) a)]

3. Le 24 juillet 2017 à 14 h 36, l'inspectrice 550 a remarqué le cordon de la sonnette d'appel de la personne résidente 014 sur le sol entre le lit et la table de nuit.

Le 31 juillet 2017, l'inspectrice a remarqué que le cordon de la sonnette d'appel de la personne résidente 014 était enroulé et attaché plusieurs fois autour du porte-serviettes. Lors d'un entretien, la/le PSSP 135 a indiqué que la personne résidente était capable d'utiliser la toilette, mais que le personnel permanent l'avait informé(e) que le cordon de la sonnette d'appel était enroulé autour du porte-serviettes parce que la personne résidente n'avait pas la capacité cognitive d'utiliser la sonnette d'appel. L'inspectrice a demandé à la personne résidente 014 si elle était capable d'atteindre le cordon de la sonnette d'appel dans la toilette. La personne résidente a prouvé qu'elle était incapable de tirer le cordon de la sonnette d'appel puisqu'il était enroulé et attaché autour du porte-serviettes. La/le PSSP 135 a alors déroulé le cordon de la sonnette d'appel en l'enlevant du porte-serviettes et la personne résidente a été capable de l'utiliser.

Le 1^{er} août 2017 à 8 h 52, l'inspectrice 211 a remarqué que le cordon de la sonnette d'appel dans la chambre de la personne résidente 014 était sur le sol, derrière la tête du lit. Le même jour à 11 h 50, l'inspectrice 211 a remarqué que le cordon de la sonnette d'appel était accroché à la sonnette d'appel au mur derrière le lit de la personne résidente après que l'aide-ménagère/l'aide-ménager 143 eût nettoyé le lit de la personne résidente. Le cordon de la sonnette d'appel n'était pas accessible à la personne résidente. Le 2 août 2017 à 8 h 15, l'inspectrice 211 a remarqué que le cordon de la sonnette d'appel de la personne résidente était toujours accroché à la sonnette d'appel dans la même position que celle où l'aide-ménagère/l'aide-ménager 143 l'avait placé le 1^{er} août 2017.



L'inspectrice 211 a examiné le programme de soins écrit en vigueur de la personne résidente 014, qui indiquait que la personne résidente marchait de façon autonome, sans équipement, et qu'elle nécessitait une surveillance intermittente et une personne pour l'assister à la toilette.

Lors d'entretiens le 2 août 2017, l'aide-ménagère/aide-ménager 142 et la/le PSSP 143 ont indiqué que le cordon de la sonnette d'appel devrait toujours être attaché au lit de la personne résidente 014 pour veiller à ce qu'il lui soit accessible. [Alinéa 17 (1) a)]

4. Le 24 juillet 2017, l'inspectrice 547 a remarqué que le cordon de la sonnette d'appel de la personne résidente 006 était enroulé et attaché autour du porte-serviettes, et non accessible à la personne résidente si elle est assise sur la toilette dans sa salle de bains.

Le 28 juillet 2017, l'inspectrice 211 a remarqué que le cordon de la sonnette d'appel de la personne résidente susmentionnée était enroulé et attaché autour du porte-serviettes, et non accessible à la personne résidente si elle est assise sur la toilette. L'inspectrice 211 a montré le cordon de sonnette d'appel susmentionné à la/au responsable du programme des soins aux personnes résidentes. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a déroulé le cordon de la sonnette d'appel du porte-serviettes et a déclaré que le cordon devrait être placé sur l'accoudoir de la toilette pour être accessible à la personne résidente.

L'inspectrice 211 a examiné le programme de soins écrit en vigueur de la personne résidente 006 qui indiquait qu'elle nécessitait une assistance physique dans la salle de bains et de se rendre à la toilette avant et après les repas et au coucher.

Lors d'une entrevue le 28 juillet 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que la personne résidente 006 et toute autre personne résidente au foyer ne devraient pas avoir le cordon de la sonnette d'appel enroulé autour du porte-serviettes loin de la toilette, et que le cordon de la sonnette d'appel dans les chambres des personnes résidentes devrait être attaché à leur lit pour veiller à ce qu'il soit aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale des personnes résidentes 033, 006, 014 et 009 fût aisément accessible pour elles, pour le personnel et les visiteurs. [Alinéa 17 (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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle les cordons des sonnettes d'appel utilisés pour activer le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel sont aisément accessibles et utilisables par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 20. Politique visant à promouvoir la tolérance zéro
En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

Par. 20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Le 9 août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a remis à l'inspectrice 547 la politique et marche à suivre du titulaire de permis n° 750.56 intitulée « critical incident system-mandatory and critical incident reporting » (système de rapport d'incidents critiques - obligation de faire rapport d'incidents critiques), révisée en septembre 2016, comme étant la politique en vigueur en place en ce moment. L'infirmière/l'infirmier responsable de l'établissement en dehors des heures d'ouverture, téléphone à la ou au responsable de garde qui appellera le numéro de garde au MSSLD et le numéro était fourni.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à une certaine date de 2017 pour faire rapport d'un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012 qui s'était produit deux jours auparavant.



La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) a indiqué à l'inspectrice 547 avoir été la/le responsable de garde le jour où l'incident s'était produit, et que l'IA responsable 153 avait tenté de la/le rejoindre pour faire rapport de l'incident, mais n'avait pas pu. L'IA 153 a indiqué à l'inspectrice 547 que, parce qu'il/elle n'avait pas pu rejoindre la/le responsable de garde (RPSPR) au foyer, il/elle avait téléphoné à la/au responsable de garde d'un autre foyer pour faire rapport de l'incident. La/le responsable de garde de l'autre foyer avait alors joint par téléphone la/le responsable de garde du foyer et l'avait à son tour informé(e) de l'incident. Quand la/le RPSPR est arrivé(e) sur les lieux, l'IA 153 l'a informé(e) qu'il/elle avait avisé de l'incident critique la police et le directeur. La/le RPSPR n'était pas au courant que l'IA 153 avait avisé le directeur par courriel au lieu d'appeler le téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture conformément à la marche à suivre du foyer. La/le RPSPR a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle aurait dû préciser avec l'IA 153 la façon dont l'IA avait avisé le directeur pour s'assurer que le rapport avait été fait conformément à la marche à suivre du foyer, en appelant le téléavertisseur en dehors des heures d'ouverture.

Par conséquent, l'administratrice a été informée par l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage du MSSLD à une certaine date que faire rapport par courriel n'était pas une méthode acceptable de rapporter des faits au directeur. Le directeur a été informé par l'intermédiaire du Système de rapport d'incidents critiques comme l'exige la présente politique deux jours après l'incident. [Paragraphe 20 (1)]

2. 2. Le mauvais traitement d'ordre physique est défini par la LFSLD 2007 et par l'alinéa 2 (1) a) du Règl.de l'Ont. 79/10 comme étant l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

La politique du foyer 750.65 intitulée « Abuse » (mauvais traitements), datée de février 2017, indiquait que le foyer est déterminé à appliquer une tolérance zéro en matière de mauvais traitement ou de négligence envers les personnes résidentes et qu'il a l'obligation de faire rapport de tout cas allégué de préjudice, mauvais traitement ou négligence envers une personne résidente. Il y a deux façons différentes de faire rapport d'un mauvais traitement ou d'une négligence :

1. Au niveau interne, en le disant à l'infirmière ou à l'infirmier responsable ou bien à la ou au responsable, selon le cas.
2. Directement au MSSLD
 - En appelant la Ligne ACTION des Soins de longue durée au 1 866 434-0144 (7 jours sur 7, de 8 h 30 à 19 heures)
 - En envoyant par la poste une lettre écrite au directeur, Amélioration de la performance et de la conformité, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 1075, rue Bay, 11^e étage, Toronto ON M5S 2B1.

Marche à suivre :

1. Faire rapport immédiatement à l'infirmière ou à l'infirmier responsable de tout soupçon ou allégation de mauvais traitement d'une personne résidente.
2. L'infirmière ou l'infirmier responsable examine immédiatement la personne résidente. S'il s'agit d'une allégation de mauvais traitement d'ordre physique, prendre des photographies de l'endroit affecté et déterminer s'il faut appeler une ou un médecin.
3. Documenter les résultats de l'examen.
4. Faire immédiatement rapport de l'allégation à l'administratrice et à la ou au responsable du programme des soins aux personnes résidentes.
5. Demander au membre du personnel qui a fait rapport de l'allégation ou qui l'a faite, de rédiger immédiatement un rapport de ce qu'il/elle a vu ou entendu.
6. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes ou bien sa représentante ou son représentant avise immédiatement la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente si l'incident de cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement a donné lieu à une lésion corporelle, à de la douleur ou encore à des souffrances qui pourraient nuire à la santé ou au bien-être de la personne résidente.

Sinon, aviser la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente dans les 12 heures de tout autre incident de mauvais traitement ou de négligence.

7. L'administratrice/l'administrateur ou bien sa représentante ou son représentant doit immédiatement aviser :

- la Police d'Ottawa si l'on croit que l'incident constitue une infraction criminelle.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (se reporter à l'arbre de décision)

1. 8. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes ou bien sa remplaçante ou son remplaçant remplit un rapport d'incident critique. (la Police d'Ottawa si l'on croit que l'incident constitue une infraction criminelle.

(Veuillez-vous reporter à la politique et marche à suivre 750.56 - « Critical Incident System-Mandatory and Critical Incident Reporting » [Système de rapport d'incidents critiques – obligation de faire rapport des incidents critiques]).

Cette inspection concerne le registre n° 012455-17, rapport d'incident critique daté d'une certaine date de 2017, soumis deux jours plus tard, et indiquant que la personne résidente 052 avait signalé qu'une femme lui avait pincé un certain endroit du corps parce qu'elle avait souillé le lit, et que cette femme lui avait dit qu'elle aurait dû utiliser la sonnette d'appel.

L'inspectrice 211 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 052. Ils indiquaient qu'elle avait été admise au foyer en 2017, et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une certaine maladie de la vessie et d'autres états pathologiques. Les notes d'évolution, pour deux dates précises, décrivaient le déroulement des événements comme suit :



- À une date et une heure précises, l'IA 125 a documenté que la personne résidente 052 avait signalé à deux différents membres du personnel qu'une femme lui avait pincé une certaine partie du corps parce qu'elle avait mouillé le lit. En outre, la personne résidente avait indiqué que la femme lui avait dit qu'elle aurait dû utiliser la sonnette d'appel pour demander l'aide du personnel.

- À une heure précise, les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente avait subi une blessure à une certaine partie du corps.

- Le même jour, à une heure précise, l'IA 125 avait envoyé un courriel à la/au responsable du programme des soins aux personnes résidentes en indiquant que la personne résidente 052 avait signalé qu'une femme lui avait pincé une certaine partie du corps et qu'elle ne se souvenait pas si l'incident avait eu lieu dans la soirée ou pendant la nuit de cette date particulière. Le courriel indiquait que, d'après la personne résidente, la femme était contrariée parce que la personne résidente avait mouillé le lit, et qu'elle lui avait dit que la prochaine fois elle devrait utiliser la sonnette d'appel pour avoir de l'assistance pour se rendre aux toilettes.

À une date et à une heure précises, les notes d'évolution des soins infirmiers rédigées par l'IA 153 indiquaient que l'on avait fait un suivi de la blessure de la personne résidente avec la/le PSSP 155 qui assurait avec l'IAA 152 le quart de travail au cours duquel l'incident s'était produit. La/le PSSP 155 a indiqué que la personne résidente avait hurlé quand l'IA 152 avait touché la partie du corps précisée, mais qu'il/elle n'avait pas entendu la conversation.

- Deux jours plus tard, les notes d'évolution des soins infirmiers rédigées par la/le responsable de programme des soins aux personnes résidentes indiquaient que l'on avait informé la mandataire spéciale/le mandataire spécial (SM) de la personne résidente et contacté le service de police concernant la blessure de la personne résidente qui avait eu lieu pendant la fin de semaine.

Lors d'un entretien le 9 août 2017, l'IA 125 a indiqué que la personne résidente 052 avait signalé, le matin d'une certaine date, qu'un membre du personnel lui avait pincé une certaine partie du corps et qu'elle ne se souvenait pas si l'incident avait eu lieu pendant la soirée ou la nuit de cette certaine date. L'IA 125 a indiqué que l'incident était peut-être un cas allégué de mauvais traitement, et qu'il/elle n'avait pas contacté la/le responsable de garde pour faire rapport de l'incident. L'IA 125 a indiqué avoir envoyé un courriel à la/au responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) le jour où l'on avait fait rapport de l'incident et ne pas savoir quelles mesures la/le RPSPR avait prises par la suite.

Lors d'un entretien, le 8 août 2017, l'IAA 152 a indiqué que l'on avait changé les vêtements et les draps du lit de la personne résidente 052 avec l'aide de deux membres du personnel à une date et à une heure précises. L'IAA 152 a indiqué avoir saisi la personne résidente sous une certaine partie du corps avec son coude et l'avoir tirée en avant pour enlever un vêtement. L'IAA 152 a déclaré que la personne résidente hurlait quand elle tenait la partie du corps précisée et que la personne résidente avait confirmé qu'elle avait mal. L'IAA 152 a indiqué qu'elle n'avait pas remarqué de blessure sur la partie du corps spécifiée de la personne résidente. L'IAA 152 a déclaré que la personne résidente n'avait pas manifesté d'inquiétude concernant les soins et ne pas avoir réalisé à ce moment-là que la partie du corps spécifiée constituait un problème.

Lors d'un entretien, le 10 août 2017, la/le PSSP 155 a indiqué n'avoir entendu la personne résidente se plaindre d'une douleur seulement en l'aidant à se tourner sur le côté avec l'aide de l'IAA 152. La/le PSSP 155 a indiqué que la personne résidente était satisfaite après les soins fournis et qu'elle n'avait pas indiqué que les soins n'avaient pas été correctement fournis.

Lors d'un entretien, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes, les 8 et 10 août 2017, a indiqué que l'infirmière/l'infirmier n'avait pas suivi la politique indiquant que quiconque a un motif raisonnable de soupçonner qu'un mauvais traitement s'est produit doit immédiatement faire rapport de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) en avisant la ou le responsable de garde en dehors des heures d'ouverture dans l'établissement. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a déclaré que l'on avait contacté le MSSLD et la police deux jours plus tard, quand il/elle avait remarqué le rapport d'incident. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'IA 125 aurait dû informer immédiatement l'infirmier ou l'infirmière responsable du foyer pour veiller à ce que l'on contacte immédiatement la ou le responsable de garde au sujet du cas allégué de mauvais traitement.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'enquête sur l'incident et la communication avec le MSSLD et la police auraient dû débiter immédiatement le jour où la personne résidente avait signalé l'incident.

Par conséquent, la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers la personne résidente 052 n'a pas été respectée.
[Paragraphe 20 (1)]

3. Cette inspection concerne le registre n° 017586-17, rapport d'incident critique daté d'une date et d'une heure précises de 2017 et soumis au directeur deux jours plus tard. Le rapport d'incident critique susmentionné (CIS) indiquait que l'on avait trouvé la personne résidente 053 qui avait des comportements sexuels en présence de la personne résidente 056 sans contact physique, dans une salle de bains de personne résidente identifiée à une date et une heure précises. On avait séparé les deux personnes résidentes, et la personne résidente 056 avait déclaré ne pas se souvenir de l'incident, et elle n'avait manifesté aucune anxiété ni aucun changement de comportements.

L'inspectrice 211 a examiné le dossier médical de la personne résidente 053. Il indiquait qu'elle avait été admise au foyer en 2017 et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de la démence et d'autres états pathologiques. Les notes d'évolution des soins infirmiers examinées par l'inspectrice 211 indiquaient que la personne résidente avait déjà manifesté des comportements sexuels envers la personne résidente 012, à un certain moment le lendemain de son admission. On documentait également qu'un incident de cas allégué de comportement sexuel non consensuel s'était produit douze jours plus tard, et un autre deux jours après le second incident.

Second incident :

À une date et une heure précises de 2017, les notes d'évolution en soins infirmiers rédigées par l'IAA 108 indiquaient que le personnel avait signalé que la personne résidente 053 avait embrassé la personne résidente 058 sur les lèvres. Les notes d'évolution indiquaient également que l'on avait informé le personnel du soir de faire un suivi. Le même jour, environ une heure trois quarts plus tard, les notes d'évolution en soins infirmiers rédigées par l'IA 109 indiquaient que l'on avait informé l'infirmière/l'infirmier d'intervention dans le domaine de la psychiatrie gériatrique dudit incident entre les personnes résidentes 053 et 058, et que les deux personnes résidentes ne se souvenaient pas de l'incident.

Lors d'un entretien, le 14 août 2017, la/le PSSP 110 a indiqué avoir vu la personne résidente 053 embrasser la personne résidente 058 et en avoir immédiatement informé l'infirmière/l'infirmier. Lors d'une entrevue, le 14 août 2017, l'IA 109 a indiqué que les PSSP 110 et 112 avaient signalé que la personne résidente 053 avait embrassé la personne résidente 058 à une date et à une heure précises. L'IA 109 a dit ne pas être au courant de l'endroit, du moment et de la façon dont l'incident s'était produit, et ne pas avoir informé de cet incident les cadres du foyer.

Lors d'un entretien le 14 août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué avoir été informé(e) le 11 août 2017 de l'incident de cas allégué de comportement sexuel non consensuel entre les personnes résidentes 053 et 058 qui avait eu lieu à cette date précise. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'IA 109 aurait dû informer immédiatement les cadres de l'incident, et que l'on n'avait pas suivi les politiques du foyer pour cet incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Troisième incident :

À une date et une heure précises, les notes d'évolution en soins infirmiers rédigées par l'IA 145 indiquaient que l'on avait trouvé la personne résidente 053 avec la personne résidente 056 dans une salle de bains identifiée. La personne résidente 053 manifestait des comportements sexuels en présence de la personne résidente 056 sans lui faire des attouchements. On avait séparé les personnes résidentes et rappelé au personnel de ne pas laisser la personne résidente 053 avec certaines personnes résidentes.

Lors d'un entretien le 14 août 2017, l'IAA 140 a indiqué que l'on avait affecté la/le PSSP 154 à la surveillance individuelle de la personne résidente 053 le jour de l'incident pendant le quart de travail du soir. L'IAA 140 a indiqué que la/le PSSP 161 l'avait informé(e) que les personnes résidentes 053 et 056 étaient dans une salle de bains de personne résidente identifiée. L'IAA 140 a indiqué que l'on avait trouvé la personne résidente 053 assise sur la toilette, ses vêtements du bas du corps baissés; elle manifestait un comportement sexuel tout en invitant la personne résidente 056, qui se tenait à la porte de la salle de bains, à se rapprocher. L'IAA 140 a indiqué que la personne résidente 056 essayait de sortir de la salle de bains et ne manifestait aucune réaction. L'IAA 140 a indiqué que lorsque la personne résidente 053 avait soupçonné qu'il y avait quelqu'un derrière la porte de la salle de bains,

elle avait cessé son comportement sexuel. L'IAA 140 a indiqué que l'on avait séparé les personnes résidentes et immédiatement informé l'IA 145.

Lors d'un entretien, le 15 août 2017, la/le PSSP 154 a indiqué avoir laissé la personne résidente 053 sans surveillance pour prendre une pause de neuf minutes, et qu'à son retour à l'unité après sa pause, l'IA 145 l'avait informé(e) qu'il y avait eu un comportement non consensuel de nature sexuelle entre les personnes résidentes 053 et 056. En outre, la/le PSSP 154 a indiqué avoir entendu pendant le rapport de quart de travail avant le jour en question que la personne résidente 053 ne nécessitait pas de surveillance individuelle constante.

Lors d'un entretien, le 15 août 2017, l'IA 145 a indiqué ne pas avoir contacté la/le responsable de garde relativement au cas allégué de comportement sexuel de la personne résidente et que l'on n'avait pas suivi les politiques relatives à l'obligation de faire rapport.

Lors d'un entretien le 15 août 2017, l'administratrice a indiqué que l'IA 145 aurait dû contacter immédiatement la/le responsable de garde concernant l'incident de cas allégué de comportement sexuel de la personne résidente 053 envers la personne résidente 056, conformément à la politique du foyer. L'administratrice a indiqué qu'à son retour au foyer le lundi suivant, elle avait réalisé que l'on n'avait pas avisé le directeur et la police de l'incident allégué. L'administratrice a indiqué qu'elle avait immédiatement avisé la police et rempli et envoyé le rapport d'incident critique au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) deux jours après l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique du foyer relative aux mauvais traitements concernant le cas allégué de comportement sexuel de la personne résidente 053 envers la personne résidente 058 à une date spécifiée, et envers la personne résidente 056 à une autre date spécifiée, deux jours plus tard. [Paragraphe 20 (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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence est respectée. 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. 24.

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

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

Par. 24. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le programme de soins provisoire établisse ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (3).**
- b) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (3).**

Par. 24. (9) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins provisoire soit réexaminé et révisé lorsque, selon le cas :

- a) les besoins du résident en matière de soins évoluent; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (9).**
- b) les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (9).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (9).**

Constatations :

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Cette inspection concerne le registre n° 015638-17.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à une certaine date de 2017 pour faire rapport d'un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente qui s'était produit deux jours auparavant. On avait fait rapport qu'à une date et une heure précises de 2017, lorsque la/le PSSP 154 faisait sa ronde, il/elle avait remarqué que la personne résidente 053 était dans la chambre de la personne résidente 012. La personne résidente 012 était au lit et la personne résidente 053 avait sa bouche sur une certaine partie du corps de la personne résidente 012. La personne résidente 053 était nue à partir de la taille.

La personne résidente 053 a été admise au foyer en 2017 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont de la démence vasculaire.



Le 10 août 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 133 concernant le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures de l'admission de la personne résidente 053, programme qui avait été élaboré sur la base des documents d'évaluation lors de l'admission et des observations de la personne résidente pendant les 24 premières heures, car l'IA avait effectué l'admission de la personne résidente au foyer. L'IA 133 a indiqué que le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures de l'admission doit être mis à jour par le personnel infirmier autorisé du foyer jusqu'à ce que la coordinatrice/le coordinateur du minimum de données standardisées (MDS) puisse terminer le programme de soins initial. Lors de l'examen de la copie papier du programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures, l'inspectrice a remarqué qu'il n'y avait pas d'information concernant le comportement sexuel inapproprié de la personne résidente qui s'était produit à une date précise de 2017, le lendemain de son admission. L'IA 133 a indiqué qu'ils n'avaient pas été informés de comportement sexuel inapproprié avant l'admission de cette personne résidente. On avait commencé la version électronique de son programme de soins pour la première fois trois jours après sa date d'admission en 2017 concernant son comportement sexuel inapproprié.

L'IAA 156 a examiné les classeurs au poste infirmier, et a remarqué que la personne résidente 053 n'avait pas de programme de soins imprimé accessible pour donner des directives au personnel qui fournissait des soins directs à la personne résidente après son admission. L'IAA 156 a indiqué que le système de documentation électronique du foyer qui avait le programme de soins le plus à jour pour la personne résidente n'était pas accessible au personnel, et ne lui donnait pas des directives claires relativement aux comportements sexuels de la personne résidente. [Alinéa 24 (3) b)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 053 soit réévaluée et à ce que le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures de l'admission soit réexaminé et révisé quand les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent.

Cette inspection concerne le registre n° 015638-17.

L'IAA 140 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'à une certaine date de 2017, la personne résidente 053 était très agitée au souper, car elle cherchait les clés de sa maison. L'IAA 140 lui avait donné un certain médicament à un certain moment, sans effet, car la personne résidente avait continué de chercher les clés de sa maison. La/le PSSP 154 a indiqué qu'environ une heure et demie plus tard, il/elle avait remarqué que la personne résidente 053 était à côté du lit de la personne résidente 012, près de la fenêtre et ne portait aucun vêtement au bas du corps. La personne résidente 012 était allongée dans son lit, et la personne résidente 053 était penchée sur elle et avait la bouche sur une certaine partie du corps de la personne résidente 012. La personne résidente 012 était sans réaction. Quand la/le PSSP 154 avait mis fin aux agissements de la personne résidente 053, celle-ci était devenue très agitée et avait remis ses vêtements. La personne résidente 053 avait demandé si on allait contacter la police et la/le PSSP 154 avait répondu par l'affirmative. En attendant que l'IA vienne dans la chambre de la personne résidente, la personne résidente 053 a dit à la/au PSSP 154 que si la personne résidente 012 ne voulait pas continuer, la/le PSSP pouvait prendre sa place si il/elle le désirait.



L'IA 153 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'après l'incident, il/elle avait immédiatement mis en œuvre une surveillance individuelle pour la personne résidente 053.

Le programme de soins de la personne résidente 053 n'a pas été mis à jour avec cette réévaluation des besoins en soins de la personne résidente après que cet incident se fût produit. [Alinéa 24 (9) 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. le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente, et à ce que la personne résidente soit réévaluée et son programme de soins réexaminé et révisé quand les besoins en soins de la personne résidente évoluent. 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. 33. Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

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

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

Constatations :

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

Selon la LFSLD, « appareil d'aide personnelle » s'entend d'un appareil utilisé pour aider une personne relativement à une activité courante de la vie.

La personne résidente 025 a été admise au foyer en 2005 en ayant plusieurs états pathologiques.



Durant une observation de la personne résidente les 25 et 27 juillet 2015, l'inspectrice 550 a remarqué que la personne résidente était assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture de siège fermant sur le devant. Elle n'avait pas la capacité cognitive d'enlever la ceinture de siège quand l'inspectrice le lui avait demandé et l'avait incitée à le faire.

Le 27 juillet 2017, l'IAA 122 et la/le PSSP 123 ont indiqué à l'inspectrice que l'on a recours à la ceinture de siège à titre d'appareil de positionnement, car la personne résidente s'assied souvent avec les jambes croisées sur le siège du fauteuil roulant et se penche en avant. L'IAA et la/le PSSP ont indiqué que la personne résidente ne serait pas capable de se lever par ses propres moyens si l'on n'avait pas recours à la ceinture. L'IA 125 a indiqué que la personne résidente n'a pas la capacité cognitive d'enlever la ceinture de siège par ses propres moyens.

L'inspectrice a examiné la documentation dans les dossiers médicaux de la personne résidente 025, et n'a pas été en mesure de trouver de document concernant la ceinture de siège. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué à l'inspectrice que la ceinture de siège est censée être documentée dans le programme de soins de la personne résidente et qu'il/elle va demander à la/au commis d'unité de vérifier le dossier réduit après archivage pour trouver de la documentation. La/le commis d'unité 128 a indiqué à l'inspectrice être incapable de trouver un document concernant la ceinture de siège dans le dossier réduit après archivage de la personne résidente.

Comme le montre ce qui précède, l'appareil d'aide personnelle utilisé pour aider au positionnement de la personne résidente 025 n'était pas inclus dans le programme de soins. [Par. 33. (3)]

2. La personne résidente 003 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont des symptômes comportementaux psychologiques de la démence (SCPD).

On a observé la personne résidente 003 les 24, 25, 26, 27, 28 et 31 juillet 2017 assise dans son fauteuil roulant en position basculée à différents angles.

La/le PSSP 112 a indiqué à l'inspectrice 547 le 1^{er} août 2017 que l'on place la personne résidente 003 en position basculée après les repas pour son confort, et qu'on la change de position en basculant le fauteuil à différents angles pendant la journée.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente 003 et a remarqué qu'il n'y avait pas d'information concernant l'utilisation du fauteuil roulant basculé en tant qu'appareil d'aide personnelle pour les activités de la vie quotidienne.

Le 31 juillet 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué à l'inspectrice 547 que l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente 003 - basculement et exigences - ne figurait pas dans le programme de soins tel que requis. [Par. 33. (3)]



Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle l'appareil d'aide personnelle utilisé pour aider la personne résidente 025 et la personne résidente 003 dans une activité courante de la vie est inclus dans leur programme de soins. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 42.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident reçoive des soins en fin de vie, au besoin, fournis d'une manière susceptible de répondre à leurs besoins. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 42.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 057 reçoive des soins en fin de vie fournis d'une manière susceptible de répondre à ses besoins

Cette inspection concerne le registre n° 017157-17.

À une certaine date de juin 2017, des membres de la famille de la personne résidente 057 ont soumis une plainte à l'administratrice du foyer en indiquant leur mécontentement concernant les soins en fin de vie que la personne résidente avait reçus au foyer. Le membre de la famille de la personne résidente a déclaré qu'à une date et une heure spécifiées de 2017, la respiration de la personne résidente était devenue laborieuse et qu'elle avait des sécrétions dans la gorge. Ils avaient appelé dans la chambre l'infirmière/l'infirmier qui les avait informés qu'il/elle allait faire sa ronde et revenir plus tard. Le temps que l'infirmière/l'infirmier revienne, environ une heure et quart plus tard, la personne résidente avait des difficultés respiratoires à cause des sécrétions dans sa gorge. L'infirmière/l'infirmier a tenté d'enlever les sécrétions avec un mouchoir en papier, puis est allé(e) chercher l'aspirateur de mucosités. À son retour, l'infirmière/l'infirmier a indiqué que l'aspirateur de mucosités n'avait pas de tuyau, et il/elle a continué d'enlever les sécrétions avec un certain équipement et un mouchoir en papier.

L'infirmière/l'infirmier les a alors informés que la personne résidente se mourrait, elle a changé de couleur, est devenue grise et s'est éteinte.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 057. Elle avait été admise au foyer en 2012 en ayant fait l'objet de multiples diagnostics. À une certaine date du printemps 2017, la/le médecin l'avait placée en soins palliatifs après discussion avec les membres de la famille.



Le 14 août 2017 à 15 h 20, l'inspectrice s'est entretenue avec l'IA 160 qui était le membre du personnel infirmier qui s'était occupé de la personne résidente 057 à la date et au jour spécifiés. L'IA 160 a indiqué à l'inspectrice que durant le quart de travail en question, à un certain moment, il/elle était allé(e) dans la chambre de la personne résidente après qu'un membre de la famille eût utilisé la sonnette d'appel. En entrant dans la chambre de la personne résidente, l'IA pouvait entendre que la personne résidente avait de la congestion pulmonaire, mais il était trop tôt pour administrer un certain médicament pour alléger les symptômes de la personne résidente. L'IA 160 a indiqué ne pas avoir regardé dans la bouche de la personne résidente pour voir s'il y avait des sécrétions, car elle pouvait entendre que la congestion se trouvait dans les poumons de la personne résidente et pas dans la gorge. L'IA est alors allé(e) fait une ronde et est revenue environ une heure plus tard. À ce moment-là, elle était sur le point d'administrer les médicaments à la personne résidente, et elle a remarqué qu'elle avait une quantité importante de sécrétions jaunes épaisses dans la bouche. L'IA a mis la personne résidente en position latérale et a essayé d'enlever les sécrétions avec un mouchoir en papier. L'IA a laissé la personne résidente avec la/le PSSP pour aller chercher l'aspirateur de mucosités et elle a appelé l'IA 162, qui était l'IA responsable, pour avoir de l'aide. Quand l'IA 160 a eu l'aspirateur de mucosités, elle a remarqué qu'il n'avait pas de tuyau ni d'embout de succion pour lui permettre de faire une succion à la personne résidente. À l'arrivée de l'IA 162 au chevet de la personne résidente, l'IA 160 lui a demandé d'aller chercher un tuyau et un embout de succion aux autres étages. Pendant ce temps, l'IA 160 avec l'aide de la/du PSSP essayait d'enlever les sécrétions de la bouche de la personne résidente avec un certain appareil. L'IA 162 a appelé l'IA 160 pour l'informer qu'il/elle ne parvenait pas à trouver un tube ou un embout de succion pour l'aspirateur de mucosités. L'IA 160 a continué de nettoyer les sécrétions et a indiqué que la personne résidente semblait être en état de détresse respiratoire. À ce moment-là, la personne résidente est devenue grise, a vomi une grande quantité de sécrétions avec des vomissures de couleur rouille, a cessé de respirer et puis est décédée. L'IA 160 a indiqué que le manque d'aspirateur de mucosités en état de marche pour qu'il/elle essaie de dégager les sécrétions dans la bouche de la personne résidente 057 l'avait bouleversé(e). À cause de cela, l'IA a indiqué avoir le sentiment de ne pas avoir été capable de prendre correctement soin de la personne résidente quand elle était mourante.

Lors d'un entretien, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué avoir eu connaissance de cet incident par l'IA 160, car l'aspirateur de mucosités n'était pas fonctionnel en raison de l'équipement manquant et que l'IA n'avait pas été en mesure de fournir les soins adéquats à la personne résidente 057. L'enquête interne effectuée par la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a révélé qu'il y avait des tuyaux et des embouts de succion aux 2^e et 3^e étages, et que l'IA 162 n'était pas allé(e) à ces étages lors de sa recherche, seulement au 4^e étage. Il n'y avait pas de tuyau ni d'embout de succions aux 4^e et 5^e étages, et personne n'en avait informé la/le responsable pour pouvoir refaire une commande pour en avoir plus. Après cet incident, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a mis en place un protocole pour veiller à ce qu'il y ait toujours des tuyaux et des embouts de succion disponibles dans toutes les unités

en tout temps, et il/elle a également gardé un stock au sous-sol en cas d'urgence. En raison du manque de fournitures (tuyau et embout de succion) la personne résidente 057 n'a pas reçu les soins en fin de vie adéquats, car l'IA 160 n'a pas été en mesure d'utiliser l'aspirateur de mucosités pour évacuer correctement les sécrétions dans la bouche de la personne résidente. [Art. 42]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle chaque personne résidente reçoit des soins en fin de vie, au besoin, fournis d'une manière susceptible de répondre à ses besoins. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50. Soins de la peau et des plaies

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

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

a) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

(iii) est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation est mise en œuvre,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.



Le 24 juillet 2017, l'inspectrice 211 a remarqué une croûte sur une certaine partie du corps de la personne résidente 028.

Le 31 juillet 2017, l'inspectrice 211 et l'IA 102 ont remarqué que la croûte sur la partie déterminée du corps de la personne résidente était partiellement enlevée en laissant une cicatrice rosâtre.

Un examen des notes d'évolution rédigées par l'IAA 116 à une certaine date 2017, indiquait que la personne résidente 014 avait subi une lésion cutanée à une certaine partie du corps lors d'un transfert. On avait nettoyé la lésion cutanée avait été nettoyée avec une solution saline normale et on avait mis un pansement.

Un examen des notes d'évolution des soins infirmiers rédigées par l'IA 163 six jours après les premières notes d'évolution indiquaient que la personne résidente 028 avait subi une lésion cutanée sur une certaine partie du corps. Les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient les dimensions de la lésion cutanée, qu'on l'avait nettoyée et qu'on avait mis un pansement.

Un examen du formulaire 355.29B intitulé « Wound Assessment Tool » (outil d'évaluation des plaies) rempli ce même jour, indiquait de nettoyer la lésion cutanée de la partie du corps spécifiée avec une solution saline normale et de mettre un certain type de pansement tous les trois jours.

Lors d'entretiens le 2 août 2017, l'IA 102 et l'IAA 116 ont indiqué que l'outil d'évaluation des plaies n'avait pas été rempli le jour où le personnel avait découvert la lésion cutanée. En outre, l'IA 102 a indiqué que l'outil d'évaluation des plaies n'était pas rempli au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé après l'évaluation initiale de la lésion cutanée.

Lors d'une entrevue le 1^{er} août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'on aurait dû remplir l'outil d'évaluation des plaies le jour où l'on avait signalé la lésion. En outre, un membre du personnel infirmier autorisé aurait dû réévaluer la lésion cutanée une fois par semaine après que l'outil d'évaluation des plaies fût rempli pour la première fois.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 028 qui présentait des signes d'altération de l'intégrité de la peau se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. [Alinéa 50 (2) b) (i)]



Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les personnes résidentes qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fassent évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 54.

Altercations et autres interactions entre les résidents

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents, notamment :

- a) en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations;**
- b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 54.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les personnes résidentes, notamment en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Cette inspection concerne le registre n° 017586-17, rapport d'incident critique daté d'une certaine date de 2017, soumis au directeur deux jours plus tard. Le rapport d'incident critique susmentionné (CIS) indiquait que l'on avait trouvé la personne résidente 053 qui avait des comportements sexuels en présence de la personne résidente 056 sans contact physique entre les personnes résidentes, dans une certaine salle de bains à une date et une heure précises de 2017. Le rapport indiquait que l'on avait séparé les deux personnes résidentes, et que la personne résidente 056 avait déclaré ne pas se souvenir de l'incident et qu'elle n'avait manifesté aucune anxiété ni aucun changement de comportements après l'incident.



L'inspectrice 211 a examiné le dossier médical de la personne résidente 053. Il indiquait qu'elle avait été admise au foyer en 2017 et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de la démence et d'autres états pathologiques. Les notes d'évolution des soins infirmiers examinées par l'inspectrice 211 indiquaient que la personne résidente avait déjà manifesté des comportements sexuels envers une personne résidente de sexe féminin le lendemain de son admission et douze jours après le premier incident. Deux jours après le second incident, les notes d'évolution en soins infirmiers rédigées par l'IA 145 indiquaient que l'on avait trouvé la personne résidente 053 avec la personne résidente 056 dans une salle de bains de personne résidente identifiée. Les notes indiquaient que l'on avait trouvé la personne résidente 053 assise sur la toilette, manifestant un comportement sexuel en présence de la personne résidente 056 sans lui faire des attouchements. On avait séparé les personnes résidentes et rappelé au personnel de ne pas laisser la personne résidente 053 avec certaines personnes résidentes.

Lors d'un entretien le 14 août 2017, l'IAA 140 a indiqué que l'on avait affecté la/le PSSP 154 à la surveillance individuelle de la personne résidente 053 pendant le quart de travail du soir le jour du troisième incident. L'IAA 140 a indiqué que la/le PSSP 161 l'avait informé(e) que l'on avait trouvé les personnes résidentes 053 et 056 dans une salle de bains de personne résidente. On avait trouvé la personne résidente 053 assise sur la toilette, manifestant un comportement sexuel envers la personne résidente 056 en l'invitant à se rapprocher. L'IAA 140 a indiqué que la personne résidente 056 essayait de sortir de la salle de bains et n'avait manifesté aucune réaction envers les comportements de l'autre personne résidente. L'IAA 140 a indiqué que lorsque la personne résidente 053 avait soupçonné que le membre du personnel était derrière la porte de la salle de bains, elle avait cessé de manifester le comportement sexuel. L'IAA 140 a indiqué avoir immédiatement informé l'IA 145. L'IAA 140 a indiqué que la/le PSSP 154 qui avait été affecté(e) à la surveillance individuelle de la personne résidente 053 n'était pas là quand on avait trouvé les deux personnes résidentes dans la pièce spécifiée.

Lors d'un entretien le 15 août 2017, la/le PSSP 154 a indiqué avoir laissé sans surveillance la personne résidente 053 pour prendre une pause, et qu'à son retour à l'unité après sa pause, l'IA 145 l'avait informé(e) de l'incident. La/le PSSP 154 a indiqué avoir été informé(e) lors d'un rapport de quart de travail avant le troisième incident que la personne résidente 053 ne nécessitait plus que le personnel exerce une surveillance individuelle continue.

Lors d'un entretien le 15 août 2017, l'IA 145 a indiqué que l'on avait affecté la/le PSSP 154 à la surveillance individuelle de la personne résidente 053 à la date du troisième incident pendant le quart de travail du soir, et qu'après l'incident l'IA avait rappelé à la/au PSSP 154 d'informer un autre membre du personnel pour surveiller la personne résidente 053 quand la/le PSSP partait prendre sa pause.

Lors d'un entretien le 14 août 2017, l'administratrice a indiqué que leur enquête interne sur l'incident avait révélé que la/le PSSP 154 était parti(e) pour sa pause et n'avait informé personne pour prendre la relève afin d'assurer la surveillance individuelle de la personne résidente 053. En outre, l'administratrice a indiqué que la/le PSSP 154 avait révélé ne pas savoir clairement s'il/elle était affecté(e) pour assurer la surveillance individuelle de la personne résidente 053. L'administratrice a indiqué que la personne résidente 053 aurait dû faire l'objet de la surveillance suivante :

- une surveillance individuelle par le personnel 24 heures sur 24 pendant quatre jours déterminés,
- une surveillance individuelle par le personnel pendant les quarts de travail du soir et de nuit pendant les vingt et un jours suivants,
- une surveillance individuelle par le personnel 24 heures sur 24 à partir du vingt-deuxième jour.

Lors d'un entretien le 15 août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes et l'administratrice ont indiqué que le programme de soins écrit de la personne résidente 053 pendant une certaine période n'indiquait pas la nécessité d'une surveillance individuelle par le personnel. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que, depuis la mise à jour du programme de soins écrit de la personne résidente à une certaine date, on mentionnait clairement la surveillance individuelle par le personnel, 24 heures sur 24. L'intervention était toujours requise et toujours en place. L'administratrice a indiqué que la feuille d'affectation des tâches quotidiennes intitulée « TeleStaff » et l'affectation des tâches quotidiennes pour l'unité du deuxième étage n'indiquaient pas toujours clairement qui était affecté à la surveillance individuelle de la personne résidente 053 pendant le quart de travail du soir au cours d'un certain mois, à l'exception de deux dates précises ce mois-là. En outre, l'administratrice a indiqué que l'examen de la feuille quotidienne d'affectation des tâches pour une certaine date et une discussion avec le personnel avaient révélé qu'il n'y avait pas de membre du personnel affecté à la surveillance individuelle de la personne résidente 053 à une certaine date durant le quart de travail du soir.

Par conséquent, on n'avait pas pris de mesures afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre la personne résidente 053 et d'autres personnes résidentes, car la surveillance individuelle n'avait pas été mise en œuvre. [Alinéa 54 b)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle des mesures sont prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les personnes résidentes, y compris en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71.

Planification des menus

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

Par. 71. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

b) comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).

Constatations :

1. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et collations.

L'inspectrice 547 a examiné le cycle de menus planifié pour les semaines un, deux et trois d'un cycle de quatre semaines pour les personnes résidentes du foyer. Ce menu ne précisait pas les besoins pour les régimes thérapeutiques ou pour les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations. Des observations de la restauration ont été effectuées au cours de cette inspection, et l'on a remarqué que les aliments sont préparés pour les repas, conformément aux menus planifiés à partir des choix indiqués au menu planifié pour les régimes réguliers, dans les régimes thérapeutiques ou à texture modifiée requis pour les besoins en soins des personnes résidentes, et qu'aucun autre choix n'est requis.

Le 27 juillet 2017, l'aide-diététiste 114 a indiqué à l'inspectrice 547 que les aliments sont préparés conformément au menu planifié qui provient de la cuisine principale et qu'aux étages, on se réfère au programme de soins pour les régimes alimentaires des personnes résidentes concernant les besoins en régimes thérapeutiques ou à texture modifiée pour les repas. L'aide-diététiste 114 a indiqué en outre que l'on offre aux personnes résidentes les mêmes choix que ceux qui figurent sur les menus de la cuisine principale.

Le 31 juillet 2017, en distribuant la collation de l'après-midi aux personnes résidentes du quatrième étage, la/le PSSP 151 a indiqué à l'inspectrice 547 que les aides-diététistes préparent le chariot des collations avec un assortiment de jus, d'eau, de boissons de texture adaptée, et habituellement avec une assiette contenant l'option de collation pour l'après-midi. La/le PSSP 151 a indiqué en outre qu'il y a habituellement d'autres choix de collation provenant de la cuisine pour offrir aux personnes résidentes si elles en font la demande, mais que les PSSP commencent par offrir ce qui est fourni par la cuisine conformément au calendrier quotidien des collations. La/le PSSP 151 a indiqué qu'il n'y avait pas d'options pour les régimes thérapeutiques ou à texture modifiée pour les collations fournies par la cuisine conformément au menu quotidien des collations, et que l'on offre donc des collations seulement aux personnes résidentes qui ont des régimes réguliers.

Le 31 juillet 2017, la/le PSSP 113 a indiqué qu'ils fournissent des collations aux personnes résidentes qui ont des régimes réguliers, sauf si la collation envoyée par la cuisine est d'une texture permettant d'être consommée par les personnes résidentes qui ont des régimes à texture modifiée. Le personnel peut se procurer de la compote de pommes ou du yogourt auprès de la cuisine de l'unité à l'intention des autres personnes résidentes, quand il y en a. La/le PSSP 113 a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on ne modifie pas le choix de collations de texture régulière pour les personnes résidentes qui nécessitent des régimes alimentaires à texture modifiée.

Le 2 août 2017 la/le diététiste agréé(e) du foyer était en vacances et la/le diététiste agréé(e) 146 qui faisait son remplacement a indiqué, après examen du cycle hebdomadaire de menus planifié du foyer, qu'il n'y avait pas ce jour-là d'option pour les régimes thérapeutiques ou à texture modifiée, car le choix du menu régulier était une tarte aux fraises que l'on ne pouvait pas modifier pour répondre aux besoins alimentaires pour les régimes comportant des aliments hachés fin ou en purée.

Le 2 août 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec la/le chef du service d'alimentation qui a indiqué que la cuisinière/le cuisinier prépare tous les repas et toutes les collations du foyer, y compris les repas pour les personnes résidentes qui nécessitent des régimes thérapeutiques ou à texture modifiée. Tous les aliments sont préparés sur place au foyer. La cuisinière/le cuisinier 144 a dit à l'inspectrice 547 préparer des aliments à texture modifiée pour chaque repas, mais qu'on ne lui avait jamais demandé de faire la même chose pour les collations tirées du menu, et qu'il/elle avait toujours fourni aux étages les choix de collations d'une texture pour régime alimentaire régulier. La/le chef du service alimentaire a indiqué qu'ils réviseront le menu des collations pour veiller à ce qu'il y ait des choix d'aliments pour les régimes thérapeutiques et à texture modifiée conformément au menu planifié, et que s'ils ne peuvent pas modifier l'aliment, ils devront l'indiquer sur les menus.

Quinze des trente-neuf personnes résidentes de l'unité du deuxième étage, et seize des quarante personnes résidentes de l'unité du quatrième étage nécessitent des choix d'aliments de régime thérapeutique ou à texture modifiée pour les collations, et on ne les a pas fournis à ces personnes résidentes tel que requis. [Alinéa 71 (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le cycle de menus du foyer comprend des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les collations. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73. Service de restauration et de collation

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

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

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de restauration et de collation comprenne la communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux personnes résidentes.

Les observations suivantes concernent les menus quotidiens et hebdomadaires des deuxième et quatrième étages :

Le vendredi 21 juillet 2017, l'inspectrice 547 a remarqué que le menu quotidien indiquait pour la semaine un :

- Menu du déjeuner du jeudi. Le menu hebdomadaire indiquait les choix pour la semaine quatre. L'aide-diététiste 118 a informé l'inspectrice 547 qu'ils étaient actuellement dans la semaine un du cycle de menus du foyer. L'inspectrice 547 a remarqué que les menus quotidien et hebdomadaire du deuxième étage commençant 24 juillet 2017 n'avaient pas été changés et continuaient d'indiquer les menus quotidiens comme étant ceux de la semaine un et le menu hebdomadaire comme étant celui de la semaine quatre.

Le mercredi 26 juillet 2017, l'inspectrice 547 a remarqué que le menu quotidien du quatrième étage indiquait qu'il s'agissait de la semaine un, et le menu hebdomadaire indiquait également qu'il s'agissait de la semaine un, néanmoins l'aide-diététiste a indiqué que c'était la semaine deux.

Le 28 juillet 2017, l'inspectrice 547 s'est entretenue avec l'aide-diététiste 118 au deuxième étage qui a indiqué que les menus sont changés tous les jours par les superviseuses et superviseurs de la nutrition. L'inspectrice 547 s'est entretenue avec la superviseuse/le superviseur de la nutrition 120 qui a indiqué que les menus quotidiens doivent être mis à jour, par les aides-diététistes de l'unité, le matin pour le petit déjeuner et le déjeuner, et que le menu du dîner est changé par l'aide-diététiste qui fait le dîner pour correspondre au menu de la journée considérée. Les menus hebdomadaires doivent être changés par la superviseuse/le superviseur de la nutrition toutes les semaines le samedi soir pour correspondre à la nouvelle semaine après le dernier repas les samedis soirs. La/le chef du service d'alimentation a



indiqué être allé(e) à chaque étage, et avoir corrigé chaque menu hebdomadaire pour qu'il corresponde aux menus actuels de la semaine, et qu'il/elle demandera à la superviseuse/au superviseur de veiller à ce que les menus quotidiens soient disponibles à chaque étage et affichés, et à ce que l'on avertisse les aides-diététistes de veiller à ce que les choix des menus quotidiens affichés soient ceux que l'on offre quotidiennement aux personnes résidentes. [Alinéa 73 (1) 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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle on veille à ce que le menu quotidien soit communiqué aux personnes résidentes. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131.
Administration d'un médicament**

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

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

Constatations :

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

L'inspectrice 547 a examiné les rapports d'incident liés à des médicaments du foyer pour le dernier trimestre (avril, mai et juin 2017) et a repéré ce qui suit :

À une certaine date, le dossier d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente 055 indiquait que l'IAA lui avait administré un certain médicament tel que requis pour la douleur à une certaine heure. On avait administré à la personne résidente 055 une autre dose du même médicament spécifié 90 minutes après la dose initiale que l'IA 100 avait l'ordre d'administrer à une certaine heure à titre de dose régulière prescrite. Quand l'IA 100 a documenté cette administration dans le formulaire de dénombrement des narcotiques, il/elle a remarqué que l'IAA du quart de travail précédent avait déjà administré la dose prévue 90 minutes avant l'heure fixée. Par conséquent, la personne résidente avait reçu une double dose du médicament prévu, plus une autre dose à titre de dose *pro re na ta* du médicament spécifié dans un intervalle de 90 minutes. L'ordre de la/du médecin indiquait

d'administrer le médicament spécifié à la dose spécifiée par voie orale deux fois par jour, et d'administrer en outre le même médicament spécifié à une moindre dose par voie orale toutes les quatre heures au besoin pour la douleur. Le médicament spécifié n'a pas été fourni à la personne résidente 055 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à le prescrire.

À une certaine date, on a remarqué que les personnes résidentes 007 et 054 n'avaient pas reçu un certain médicament injectable pour le traitement d'un état pathologique spécifique qu'elles auraient dû avoir quatre mois auparavant. Ces médicaments, qui devaient être administrés tous les six mois à ces personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à les prescrire, avaient été administrés pour la dernière fois à ces personnes résidentes 10 mois auparavant. [Par. 131. (2)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

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

a)

b) Par. 135. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient : d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1) d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).

Par. 135. (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments sont documentés, examinés et analysés; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).

b) les mesures correctrices nécessaires sont prises; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).

c) est consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).

Par. 135. (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) un examen trimestriel est entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**
- b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen sont mises en œuvre; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**
- c) est consigné dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à des médicaments mettant en cause les personnes résidentes 007 et 054 soit rapporté à la personne résidente et à sa mandataire spéciale ou à son mandataire spécial, s'il en a un(e).

L'inspectrice 547 a examiné les rapports d'incident liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments pour le dernier trimestre incluant les mois d'avril, mai et juin 2017. Elle a observé ce qui suit :

Un rapport d'incident lié à des médicaments pour la personne résidente 007 et un autre pour la personne résidente 054 datés d'une certaine date mentionnaient que ces personnes résidentes n'avaient pas reçu un certain médicament injectable tous les six mois comme cela était prescrit pour un certain état pathologique. Le rapport d'incident indiquait que les deux personnes résidentes 007 et 054 avaient reçu pour la dernière fois le médicament spécifié à une date spécifiée, et que les deux médicaments devaient être administrés à une autre date spécifiée six mois plus tard. Cet incident a été découvert quatre mois après la date à laquelle le médicament devait être administré, et on l'avait donné aux personnes résidentes le lendemain du jour où l'on avait découvert l'erreur.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) a indiqué à l'inspectrice 547 le 9 août 2017 qu'après examen des rapports d'incidents liés à des médicaments et des dossiers médicaux des personnes résidentes, on n'avait pas informé les mandataires spéciaux (MS) des personnes résidentes de ces incidents liés à des médicaments comme l'exige la présente disposition.
[Paragraphe 135. (1)]

2. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :

- a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments soient examinés et analysés,
- b) les mesures correctrices nécessaires soient prises.
- c) soit consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b).

L'inspectrice 547 a examiné les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments survenus au foyer pendant le dernier trimestre. Au cours de ce trimestre, les incidents liés à des médicaments ont été documentés manuellement pendant un certain mois de 2017, puis électroniquement pendant les deux mois suivants. Ces rapports d'incidents liés à des médicaments sont fournis à la/au responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) aux fins d'examen.

Le 9 août 2017, la/le RPSPR a indiqué à l'inspectrice 547 qu'on lui avait fourni les originaux manuels des rapports d'incidents survenus au cours d'un certain mois de 2017 pour la personne résidente 055 concernant un incident lié à des médicaments consistant à recevoir une double dose d'un certain médicament administré par erreur par l'IA 100. La/le RPSPR a indiqué avoir reçu le rapport d'incident, mais n'avoir pas eu encore l'occasion d'examiner ou d'analyser cet incident ou de prendre des mesures correctrices.

Le 9 août 2017, la/le RPSPR a imprimé la version électronique des rapports d'incidents dont elle avait eu communication par le système MIRS de la pharmacie du foyer - un programme d'un nouveau système de présentation électronique des rapports d'incidents liés à des médicaments - selon le nouveau processus pour deux autres mois particuliers de 2017. Les incidents suivants liés à des médicaments étaient mentionnés pour un certain mois :

Les personnes résidentes 007 et 054 ont eu des rapports d'incidents liés à des médicaments concernant le fait que l'on avait manqué d'administrer un certain médicament injectable à une certaine date de 2017, car ce médicament devait être administré tous les six mois et avait été donné pour la dernière fois à une certaine date de 2016. La/le RPSPR a indiqué ne pas avoir eu l'occasion à ce jour d'examiner, d'analyser ou de prendre des mesures correctrices pour ces incidents. La/le RPSPR a indiqué qu'il est certain qu'ils avaient eu des difficultés avec le nouveau système électronique de présentation de rapports sur les incidents liés à des médicaments (MIRS), car on ne saisit que les incidents liés à des médicaments, le système ne fournit pas de directive pour les examens mensuels, les tendances, ou autres. [Par. 135. (2)]

3. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :

- a) un examen trimestriel soit entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence;
- b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen soient mises en œuvre;
- c) soit consigné dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a) et b).

Le 9 août 2017, la/le RPSPR a indiqué à l'inspectrice 547 que l'examen trimestriel des incidents liés à des médicaments a lieu lors de leur réunion de pratique professionnelle qui se tient tous les trois mois. Le dernier examen trimestriel devait être effectué en mai 2017, et il ne l'avait pas été, car le foyer éprouvait des difficultés avec le nouveau système électronique de présentation de rapports sur les incidents liés à des médicaments (MIRS). [Par. 135. (3)]

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 écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle chaque incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente soit rapporté à la personne résidente, à sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, s'il en a, à ce qu'il soit examiné et analysé, à ce que les mesures correctrices nécessaires soient prises, à ce que l'on consigne dans un dossier tout ce qui est exigé, et à ce l'on entreprenne un examen trimestriel à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence, à ce que l'on mette en œuvre les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen, et à ce que l'on consigne tout dans un dossier. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9. Portes
En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté 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, 2).

Constatations :

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



Pendant la première visite des lieux les 21 et 24 juillet 2017, l'inspectrice 547 a remarqué que la porte des toilettes des visiteurs dans l'aile ouest du deuxième étage était ouverte.

Le 28 juillet 2017, l'inspectrice 211 a remarqué que la porte susmentionnée des toilettes des visiteurs était ouverte. En outre, l'inspectrice 211 a remarqué que la porte n'était pas dotée d'un système de verrouillage.

Lors d'entretiens le 28 juillet 2017, la/le PSSP 132 et l'IA 133 ont indiqué que la porte des toilettes des visiteurs de l'aile ouest du deuxième étage était toujours ouverte et non verrouillée à l'intention des visiteurs et des personnes résidentes qui choisissent d'utiliser ces toilettes.

Au cours d'entretiens le 28 juillet 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes et la superviseure/le superviseur des lieux ont indiqué que les toilettes des visiteurs de l'aile ouest du deuxième étage sont une aire non-résidentielle et que la porte devrait être dotée d'un verrou pour empêcher l'accès non supervisé à cet endroit par les personnes résidentes.

Comme les faits le prouvent, les toilettes des visiteurs de l'aile ouest du deuxième étage qui sont une aire non-résidentielle, n'étaient pas dotées d'un verrou pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et la porte n'était pas gardée fermée et verrouillée. [Alinéa 9 (1) 2]

AE n° 17 : 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. 79. Affichage des renseignements

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

Par. 79. (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

- a) la déclaration des droits des résidents; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie; 2007, chap. 8,**

par. 79 (3).

- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- i) une explication des mesures à prendre en cas d'incendie; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- j) une explication du plan d'évacuation; 2007, chap.8, par. 79 (3)
- k) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- l) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- m) les décisions que la Commission d'appel ou la Cour divisionnaire a rendues au cours des deux dernières années aux termes de la présente loi à l'égard du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- n) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des résidents, avec le consentement de celui-ci; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- o) le plus récent procès-verbal des réunions, s'il y en a, du conseil des familles, avec le consentement de celui-ci; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- p) une explication des protections qu'offre l'article 26; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- q) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 79. 3. (k) en ce sens que le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements. Les renseignements dont l'affichage est exigé sont :
 - des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée.

Lors de la première visite du foyer le 21 juillet 2017, et de nouveau le 31 juillet 2017, l'inspectrice 550 a remarqué des copies des rapports de précédentes inspections affichées sur le babillard près des ascenseurs du premier étage. Il y avait deux planchettes à pince, une pour les rapports en anglais, et une autre pour les rapports en français. Le plus ancien rapport d'inspection sur les deux planchettes à pince était daté du 16 décembre 2016. Les précédents rapports des inspections qui avaient été effectuées en 2015 n'étaient pas affichés.

Le 31 juillet 2017, lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 550 que tous les rapports d'inspection depuis juillet 2015 devraient être affichés. Elle a déclaré que quelqu'un avait dû les enlever, car on les avait récemment révisés pour veiller à ce que les rapports d'inspection des deux dernières années soient affichés. Elle a informé l'inspectrice qu'elle veillera à ce que tous les rapports de juillet 2015 à juillet 2017 soient affichés. [Alinéa 79 (3) k]



AE n° 18 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 113.

Évaluation

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) il est procédé, une fois par mois, à une analyse de l'utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser les résidents en vertu de l'article 31 de la Loi ou conformément au devoir de common law visé à l'article 36 de celle-ci;**
- b) il est procédé, au moins une fois par année civile, à une évaluation qui permet de déterminer l'efficacité de la politique du titulaire de permis, prévue à l'article 29 de la Loi, et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent pour minimiser le recours à la contention et pour veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement;**
- c) les résultats de l'analyse effectuée en vertu de l'alinéa a) sont pris en considération dans le cadre de l'évaluation;**
- d) les modifications ou améliorations qui s'imposent en vertu de l'alinéa b) sont mises en œuvre promptement;**
- e) sont consignés promptement dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a), b) et d), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé et la date à laquelle les modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 113.**

Constatations :

1. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit procédé une fois par mois, à une analyse de l'utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser la personne résidente 006.

La personne résidente 006 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont de la démence. Elle est revenue de l'hôpital à une certaine date de 2017. L'IA 100 a reçu la personne résidente et a documenté dans les notes d'évolution à une certaine heure que la/le médecin avait ordonné une ceinture de siège abdominale dans le cadre du plan de mise en congé de l'hôpital de la personne résidente 006. L'IA 100 a documenté que l'on avait mis à jour le programme de soins à ce moment-là. L'IA 145 a documenté dans les notes d'évolution six heures et demie plus tard le même jour qu'il/elle avait téléphoné à la/au MS, avait obtenu son consentement verbal à la contention, et lui avait demandé de passer signer le formulaire de consentement à la contention. La/le MS avait signé le formulaire de consentement à la contention par ceinture de siège abdominale deux jours plus tard.

L'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente 006 portait une ceinture de siège abdominale quotidiennement les 24, 25, 26 et 28 juillet et le 2 août 2017.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué qu'une analyse de l'utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser les personnes résidentes est effectuée une fois par mois sur la base des rapports du Minimum Data Set (minimum de données standardisées) (MDS) qui recensent les personnes résidentes qui utilisent du matériel de contrainte au foyer.

L'inspectrice a examiné les évaluations du MDS pour deux dates particulières de 2017 concernant la personne résidente 006, et a remarqué qu'il n'y avait pas de code indiquant qu'elle utilisait du matériel de contrainte.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que si la personne résidente 006 n'avait pas de code dans les évaluations du système MDS pour la contention, alors ils n'auraient pas examiné le matériel de contrainte de cette personne résidente une fois par mois tel que requis. [Disposition 113 a)]

**AE n° 19 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129.
Entreposage sécuritaire des médicaments**

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

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

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

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

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

Constatations :

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



Le 21 juillet 2017, l'inspectrice 550 était debout au poste infirmier du troisième étage et elle a remarqué deux chariots à médicaments dans le corridor, près de l'entrée de la salle à manger. L'inspectrice a remarqué une lumière verte sur le mécanisme de verrouillage de l'un des chariots près de la salle à manger, et elle s'est dirigée vers le chariot à médicaments, car il n'y avait pas de personnel qui surveillait les chariots à médicaments. L'inspectrice a remarqué que le chariot à médicaments était déverrouillé et elle a pu ouvrir plusieurs tiroirs contenant des médicaments de personnes résidentes. L'inspectrice a intercepté un membre du personnel qui poussait une personne résidente dans un fauteuil roulant hors de la salle à manger et a demandé à voir une infirmière ou un infirmier. Le membre du personnel a indiqué être une IAA et s'est identifié(e) comme étant l'IAA 147. L'inspectrice a expliqué ses inquiétudes concernant le fait que l'on avait laissé le chariot déverrouillé et qu'elle avait été en mesure d'ouvrir plusieurs tiroirs pendant que le chariot était laissé sans surveillance. L'IAA 147 a indiqué ne pas savoir pourquoi le chariot était déverrouillé et a déclaré l'avoir verrouillé. Après quelques minutes, pendant qu'elle parlait à l'IAA 147, l'inspectrice et l'IAA ont entendu le chariot à médicaments se verrouiller. L'inspectrice 550 a vérifié les tiroirs du chariot à médicaments et a remarqué qu'ils étaient maintenant verrouillés.

Le 24 juillet 2017, l'inspectrice 547 a remarqué une crème de prescription dans une corbeille dans la salle de bains de la personne résidente 017 qui n'était pas verrouillée ni surveillée par du personnel infirmier.

Le 31 juillet 2017, l'inspectrice 547 a remarqué une corbeille en plastique au deuxième étage à l'extérieur de la salle de médicaments verrouillée, corbeille qui contenait des crèmes de prescription pour les personnes résidentes :

- une crème étiquetée au nom de la personne résidente 048 à appliquer sur un certain endroit du corps deux fois par jour jusqu'à guérison.
- une crème étiquetée au nom de la personne résidente 049 à appliquer sur un certain endroit du corps trois fois par jour avec un pansement occlusif.
- une crème étiquetée au nom de la personne résidente 050 à appliquer sur un certain endroit du corps deux fois par jour. L'IAA 124 qui travaille au deuxième étage aujourd'hui a indiqué à l'inspectrice 547 que cette personne résidente reste à l'hôpital aujourd'hui et qu'il ne fallait pas appliquer cette crème prescrite aujourd'hui, et qu'elle aurait dû rester verrouillée dans la salle des médicaments.
- une crème étiquetée au nom de la personne résidente 051 à appliquer à un certain endroit du corps deux fois par jour.

Le poste infirmier était sans surveillance au moment de ces observations.



L'IAA 108 a indiqué à l'inspectrice 547 avoir enlevé cette corbeille des crèmes prescrites au début du quart de travail de jour après le rapport de quart de travail, et avoir indiqué au personnel des services de soutien à la personne de prendre leurs crèmes prescrites pour les personnes résidentes dont ils/elles doivent s'occuper. L'inspectrice 547 a demandé où les PSSP entreposaient ces crèmes une fois qu'elles étaient sous leur responsabilité, et l'IAA 108 a indiqué que c'était dans leurs poches ou sur leurs chariots. L'IAA 108 a indiqué en outre que l'on s'attend à ce que les PSSP ramènent la crème prescrite au personnel infirmier autorisé au poste infirmier une fois l'application faite à la personne résidente, et ne pas se contenter de placer la crème dans la corbeille à l'extérieur de la salle des médicaments verrouillée.

Les PSSP 113, 126 et 127 ont indiqué à l'inspectrice 547 qu'après avoir pris la crème prescrite des personnes résidentes, ils/elles gardaient les contenants dans le chariot verrouillé qui se trouve dans la salle de bains avec le linge, et qu'après avoir fini d'appliquer les crèmes prescrites aux personnes résidentes ils/elles ramenaient les contenants au poste infirmier et les remettaient dans la corbeille à l'extérieur du poste infirmier. La/le PSSP 113 a indiqué qu'ils/elles supposaient qu'il y avait toujours du personnel infirmier aux abords du poste infirmier.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer s'attend en matière de gestion des crèmes prescrites, à ce que les PSSP doivent demander les crèmes prescrites avant de les utiliser pour les appliquer aux personnes résidentes et les retourner au personnel infirmier autorisé après avoir fini de s'en servir. Les PSSP ne devraient pas les retourner au poste infirmier et les placer dans la corbeille en plastique, mais devraient les donner directement à un membre du personnel infirmier autorisé pour les verrouiller.

[Alinéa 129 (1) a)]

Émis le 17 novembre 2017

Signature de l'inspectrice

Original du rapport 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 du public

Nom des inspectrices (N°) : JOANNE HENRIE (550), JOELLE TAILLEFER (211),
LISA KLUKE (547)

N° de l'inspection : 2017_619550_0018

N° de registre : 013359-17

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

Date du rapport : 22 septembre 2017

Titulaire de permis : VILLE D'OTTAWA
Services sociaux et communautaires, Direction des
soins de longue durée, 200, chemin Island Lodge,
OTTAWA ON K1N 5M2

Foyer de SLD : CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN
275, RUE PERRIER, VANIER ON K1N 5C8

Nom de l'administratrice : Jacqueline Roy

Aux termes du présent document, la VILLE D'OTTAWA est tenue de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

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*

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

Aux termes de :

la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 29. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) est adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements;
- b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que soit respectée la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes. En particulier, il doit :

1. Fournir, au personnel qui fournit des soins directs, de l'enseignement sur la politique du titulaire de permis intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive). Cet enseignement doit comprendre un examen des exigences en matière de documentation aux termes du Règl. de l'Ont., par. 110 (7). Cet enseignement doit être documenté.
2. Réviser le programme de soins des personnes résidentes 003, 006, 046 et 047, et de toutes les autres personnes résidentes qui sont maîtrisées au moyen d'un appareil mécanique pour veiller à ce que toute utilisation de la contention se fasse conformément à la Loi, aux règlements et à la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).
3. Élaborer et mettre en œuvre un processus de surveillance pour veiller à ce que soit respectée la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive).

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique du foyer visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes.

Les inspectrices 547 et 550 ont examiné la politique du foyer n° 335.10 relative au recours à la contention et intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive), révisée en janvier 2017. Aux pages 4 et 5, « Procedure: Initiation of Restraint » (marche à suivre : recours à la contention) on indiquait ce qui suit :

1. Faire une évaluation afin de déterminer le motif pour envisager un recours à la contention. Éventualité de se blesser ou de blesser autrui.
2. S'assurer d'avoir essayé toutes les solutions de rechange possibles en matière d'intervention avant de recourir à un moyen de contention (voir l'arbre de décision de la contention).
5. Obtenir un consentement ou un refus, et le documenter sur un formulaire de consentement.
6. Avant le recours à la contention, contacter la ou le médecin et obtenir un ordre pour ce faire. La ou le médecin doit réviser tous les trimestres l'ordre de recours à la contention, et plus fréquemment au besoin.
7. Télécopier l'ordre de la ou du médecin à la pharmacie afin que l'ordre de recours à la contention figure dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) et dans l'examen trimestriel des médicaments.
8. Documenter, dans les notes d'évolution, les circonstances ayant entraîné le recours à la contention; les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées; le nom de la personne qui a donné l'ordre; l'appareil qui a été ordonné; le consentement; le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil, et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.
9. Entreprendre de remplir le « Restraint Monitoring Form » (formulaire de surveillance de la contention). Veiller à le remplir à l'aide des touches et des réponses pertinentes.
13. Chaque dégagement de l'appareil et tout changement de position doivent être inscrits sur la « restraint/PASD flow sheet » (feuille de soins – contention/appareil d'aide personnelle).
14. Documenter toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, ainsi que le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.
18. L'état de la personne résidente est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention est évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documenté dans le dossier d'administration des médicaments (MAR).

1. La personne résidente 003 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. L'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente 003 portait une ceinture de siège quand elle était assise dans un fauteuil roulant les 24, 25, 26, 27, 28 et 31 juillet 2017.

Le 26 juillet 2017, l'IA 100 a indiqué que la personne résidente porte une ceinture de siège aux fins de contention en tout temps quand elle est dans le fauteuil roulant pour des raisons de sécurité. L'IA 100 a indiqué en outre qu'il incombe au personnel infirmier autorisé d'inscrire dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) lors de chaque quart de travail pendant lequel la personne résidente est levée et dans le fauteuil roulant, que la ceinture de siège aux fins de contention est correctement mise et que l'on réévalue la personne résidente toutes les huit heures. L'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 109 qui a indiqué que l'on aurait dû inscrire dans le MAR de la personne résidente sa ceinture de siège aux fins de contention, et ensuite signer le MAR pour chaque quart de travail de jour et du soir aux fins d'évaluation de la contention en place. L'IA 109 a de plus indiqué que le programme de soins du foyer doit inclure le programme de soins de la personne résidente, les feuilles de soins documentées par les PSSP, les dossiers d'administration des médicaments (MAR), et les enregistrements physiques et électroniques des dossiers médicaux de la personne résidente.

L'inspectrice 547 a obtenu des copies du MAR de la personne résidente, et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant la ceinture de siège aux fins de contention dans les feuilles du MAR de la personne résidente 003 pour le mois de juillet 2017. Les dossiers médicaux de la personne résidente n'avaient pas non plus un ordre de la ou du médecin ou bien de l'infirmière autorisée ou de l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure pour l'utilisation et le recours à la ceinture de siège aux fins de contention pour la personne résidente 003.

L'IAA 140 a indiqué à l'inspectrice 547 le 27 juillet 2017, que la personne résidente avait un vieux formulaire d'ordre pour un moyen de contention daté d'une certaine date de 2015, figurant dans le dossier médical et signé par la ou le médecin. L'IAA 140 a déclaré en outre qu'il faut renouveler tous les trois mois l'ordre concernant les mesures de contention, conformément à la politique du foyer relative aux mesures de contention, et qu'on ne l'a pas fait pour la personne résidente 003.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente 003, et il ne comportait aucune documentation concernant les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique, les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles avaient été jugées inappropriées. On remarquait qu'il n'y avait pas d'ordre, que l'on n'indiquait pas quel appareil avait été ordonné, ni les instructions ayant trait à l'ordre. Il n'y avait pas de consentement en dossier. Il n'y avait pas de documentation indiquant le moment du recours à la contention et par qui, ou toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil et les soins fournis par la suite.

Par conséquent, la politique du foyer intitulée « Least Restraint » (contention la moins restrictive) n'a pas été respectée pour le recours à la ceinture de siège de la personne résidente 003 aux fins de contention.

2. La personne résidente 006 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. L'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente portait une ceinture de siège quand elle était assise dans un fauteuil roulant les 24, 25, 26 et 28 juillet, et le 2 août 2017.

Le 26 juillet 2017, l'IA 100 a indiqué que la personne résidente 006 nécessite une ceinture de siège aux fins de contention en tout temps pour des raisons de sécurité quand elle est dans le fauteuil roulant depuis qu'elle est revenue de l'hôpital à une certaine date de 2017. L'IA 100 a indiqué en outre qu'il incombe au personnel infirmier autorisé d'inscrire dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) chaque quart de travail pendant lequel la personne résidente est levée et dans le fauteuil roulant, et d'indiquer que la ceinture de siège aux fins de contention est correctement mise dans le cadre de la réévaluation des mesures de contention qui a lieu toutes les huit heures.

L'inspectrice 547 a obtenu des copies du MAR de la personne résidente, et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant la surveillance et la réévaluation de la ceinture de siège utilisée à des fins de contention lors de dix quarts de travail de jour spécifiés et de vingt-trois quarts de travail de nuit spécifiés d'un certain mois.

L'IA 100 a indiqué que lorsque le MAR n'est pas signé, cela signifie qu'on ne l'a pas rempli.

L'IA 109 a de plus indiqué que le programme de soins de la personne résidente comporte les feuilles de soins documentées par les PSSP, les dossiers d'administration des médicaments (MAR), et les enregistrements physiques et électroniques des dossiers médicaux de la personne résidente. L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente 006 comme l'IA 109 l'avait indiqué, et elle n'a pas été capable de trouver de la documentation concernant la personne qui avait eu recours au dispositif de contention ni le moment du recours à l'appareil, ni toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégageement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'était produit et les soins fournis par la suite. L'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on devait avoir oublié d'ajouter les formulaires de surveillance dans les classeurs des feuilles de soins de cette personne résidente.

Par conséquent, l'état de la personne résidente n'a pas été réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documentée dans le MAR. Il n'y avait pas de documentation concernant la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment du recours, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégageement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil et les soins fournis par la suite.

3. La personne résidente 046 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics.

L'inspectrice 547 a remarqué que la personne résidente 046 portait une ceinture de siège quand elle était assise dans un fauteuil roulant les 24, 25, 26, 27 et 28 juillet 2017.

Le 26 juillet 2017, l'IA 100 a indiqué que la personne résidente porte une ceinture de siège aux fins de contention en tout temps quand elle est dans le fauteuil roulant pour des raisons de sécurité. L'IA 100 a indiqué en outre qu'il incombe au personnel infirmier autorisé d'inscrire dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) lors de chaque quart de travail pendant lequel la personne résidente est levée et dans le fauteuil roulant, que la ceinture de siège aux fins de contention est correctement mise et que l'on réévalue la personne résidente toutes les huit heures.

L'IA 133 a indiqué que les PSSP n'ont pas accès au système de documentation électronique du foyer et que les PSSP utilisent les programmes de soins en version papier et les feuilles de soins qui sont dans les classeurs qui se trouvent aux postes infirmiers.

L'inspectrice 547 a obtenu des copies du MAR de la personne résidente, et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant une ceinture de siège aux fins de contention dans les feuilles du MAR de la personne résidente 046 pour le mois de juillet 2017. L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins et les feuilles de soins de la personne résidente 046 et a remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant la contention par ceinture de siège, la personne qui a eu recours au dispositif ni le moment où le recours à l'appareil a eu lieu, ni toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.

Par conséquent, la politique du foyer « Least Restraint » (contention la moins restrictive) n'a pas été respectée pour le recours à la ceinture de siège de la personne résidente 046 aux fins de contention.

4. La personne résidente 047 a été admise au foyer en 2009 en ayant fait l'objet de multiples diagnostics. L'inspectrice 550 a remarqué les 2, 3 et 4 août 2017 à divers moments de la journée que la personne résidente avait une ceinture de siège avec housse en place quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

Le 4 août 2017, l'IA 102 et les PSSP 140 et 150 ont indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 047 devait avoir une ceinture de siège avec une housse quand elle était assise dans le fauteuil roulant afin de prévenir les chutes.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente le 4 août 2017. Le formulaire « Prescribed Medical Guidelines » (directives médicales prescrites) pour la personne résidente 047 contenait un ordre de médecin pour la ceinture de siège aux fins de contention daté d'une certaine date de 2016, renouvelé deux mois plus tard, puis un mois après. Le personnel infirmier autorisé avait documenté dans le MAR pour les mois de juin, juillet et août les jours et les



soirs où l'on avait vérifié l'appareil de contention. Il n'y avait pas de documentation pour indiquer si l'on avait utilisé ou pas l'appareil de contention pendant le quart de travail de nuit. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de document concernant le recours à l'appareil, la surveillance, le changement de position de la personne résidente, l'abandon de l'appareil et la réaction de la personne résidente à l'utilisation et au recours de l'appareil de contention avant le 1^{er} août 2017.

Le personnel doit documenter les faits sur le « restraint check form » (formulaire de contrôle de la contention) en utilisant cette légende qui figure en haut du formulaire :

Touche :

A - recours

V - observation visuelle

D - refus (voir notes d'évolution)

P - en place

R - enlevé

Réaction

0 - aucune

réaction/calme

1 - agité(e)

2 - essaie de retirer l'appareil

Le 1^{er} août 2017, on avait commencé à remplir un formulaire de contrôle de la contention pour la personne résidente 047 et on remarquait ce qui suit :

- on avait laissé en blanc le nom de l'appareil de contention prescrit, le mois et l'année.

- 1^{er} août : on a eu recours à l'appareil de contention à une certaine heure, il y avait une coche toutes les heures pendant huit heures, et dans la colonne des réactions de la personne résidente, il y avait un « 0 » au moment du recours à l'appareil de contention. Il n'y avait aucune autre documentation pour le jour en question.

2 août : on a eu recours à l'appareil de contention à une certaine heure, et dans la colonne des réactions de la personne résidente, il y avait un « 0 » au moment du recours à l'appareil de contention. Il n'y avait aucune autre documentation pour le jour en question.

- 3 août : Il n'y avait aucune documentation pour le jour en question.

Il n'y avait pas de documentation concernant le changement de position de la personne résidente et les soins fournis par la suite.

Le 4 août 2017, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué à l'inspectrice que les PSSP doivent documenter, sur le formulaire de contrôle de la contention, le recours à l'appareil, le nom de la personne qui y a eu recours, et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu, la surveillance, l'abandon de l'appareil et la réaction de la personne résidente à la contention; il/elle a indiqué que ce formulaire a été mis en œuvre le 1^{er} août 2017 après révision de



**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*

la politique du foyer en matière de contention, en janvier 2017. Avant le 1^{er} août 2017, on ne documentait pas les faits, à l'exception de l'évaluation de l'état de la personne résidente et de l'efficacité de la mesure de contention, évaluation que les infirmières autorisées ou les infirmiers autorisés faisaient toutes les huit heures dans le MAR. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que le formulaire de contrôle de la contention ne comportait pas de disposition permettant aux PSSP de documenter le changement de position de la personne résidente et les soins fournis par la suite. En examinant avec l'inspectrice le MAR et le formulaire « Prescribed Medical Guidelines » (directives médicales prescrites), la/le responsable a indiqué que le personnel infirmier autorisé doit évaluer l'état de la personne résidente, l'efficacité de la contention et documenter ces faits toutes les huit heures dans le MAR, et non pas se contenter de vérifier l'appareil de contention dans le fauteuil roulant comme on l'indique à l'heure actuelle dans le MAR, et que cela doit être fait toutes les huit heures, et pas seulement pendant les quarts de travail de jour et du soir. La ou le médecin doit réviser l'ordre de recours à la contention au moins tous les trimestres.

Par conséquent, l'état de la personne résidente 047 n'a pas été réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé et documenté dans le MAR. Il n'y avait pas de documentation concernant la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment du recours, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil et les soins fournis par la suite. La ou le médecin n'a pas révisé l'ordre de recours à la contention tous les trimestres conformément à la politique du foyer.

Comme le montre ce qui précède, on n'a pas mis en œuvre la politique du foyer intitulée « Least Restrained » (contention la moins restrictive) pour les personnes résidentes 003, 006, 046 et 047.

L'étendue et la gravité de ce non-respect ont été examinées. Le fait que le non-respect de la politique du foyer en matière de contention soit généralisé constitue un risque de préjudice éventuel pour toutes les personnes résidentes pour lesquelles on a recours à un moyen de contention. Un avis de non-respect avait précédemment été émis en tant que plan de redressement volontaire le 8 mars 2017. (550)

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

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

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels Direction de
l'inspection des foyers de soins de longue durée Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 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/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la 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



**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

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

Émis le 22 septembre 2017

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joanne Henrie

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