



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

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

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

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

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

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 19 juillet 2017	Numéro d'inspection 2017_621547_0009	N° de registre 008226-17	Type d'inspection Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
Titulaire de permis REVERA LONG TERM CARE INC. 5015, Spectrum Way, bureau 600, MISSISSAUGA ON 000 000			
Foyer de soins de longue durée MONTFORT 705, chemin Montréal, OTTAWA ON K1K 0M9			
Nom de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs LISA KLUKE (547), JOANNE HENRIE (550), MÉLANIE SARRAZIN (592)			
Résumé de l'inspection			

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

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13 et 14 juillet 2017.

Les inspections suivantes relativement à des incidents critiques ont également eu lieu pendant cette inspection :

Registre n° 003609-17 et registre n° 011241-17 concernant des chutes de personnes résidentes.

Registre n° 005439-17 et registre n° 005965-17 concernant des allégations de cas soupçonné de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur ou les inspectrices/inspecteurs ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membres de familles, personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), infirmières et infirmiers autorisés (IA), coordonnatrices et coordonnateurs de l'instrument d'évaluation des personnes résidentes (RAI) du foyer, personnes préposées à l'entretien ménager, personnel des services de l'environnement, aides-diététistes, adjointe administrative, infirmier clinicien/infirmière clinicienne, responsable de l'éducation, responsable des services de l'environnement, coordonnatrice/coordonnateur des activités et des bénévoles, coordonnatrice/coordonnateur des services aux personnes résidentes et aux familles, diététiste agréé(e), infirmière/infirmier d'intervention dans le domaine de la psychiatrie gériatrique, directrice adjointe/directeur adjoint des soins (DADS), directrice/directeur des soins (DDS) et directrice/directeur général du foyer (administratrice/administrateur).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur ou les inspectrices/inspecteurs ont fait une tournée des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et des marches à suivre pertinentes, les habitudes de travail du personnel et les menus affichés. Ils et elles ont observé des chambres de personnes résidentes, les aires communes des personnes résidentes, le processus d'admission et le système d'amélioration de la qualité, des procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles, la distribution des médicaments aux fins de leur administration, des services de repas, la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes.

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

Services d'hébergement — entretien ménager

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

Activités récréatives et sociales

Conseil des résidents

Comportements réactifs

Foyer sûr et sécuritaire

Soins de la peau et des plaies

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

4 AE

4 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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).

Faits saillants :

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins concernant la toilette soient fournis à la personne résidente n° 012, tel que le précise le programme.

Le 4 juillet 2017, lors d'une entrevue avec des membres de la famille de la personne résidente n° 012, ils ont indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 qu'ils rendaient souvent visite à la personne résidente à divers moments de la journée et qu'ils trouvaient souvent qu'elle n'était pas tenue correctement. Le personnel disait à la famille que la personne résidente avait refusé les soins, mais les membres de la famille avaient l'impression que les membres du personnel ne s'occupaient pas de la toilette de la personne résidente, car ils savaient que les membres de la famille le feraient quand ils viendraient en visite. Les membres de la famille ont de plus indiqué que la personne résidente ne refuse jamais ces soins de toilette spécifiés quand ils les font.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé la personne résidente les 4, 10 et 11 juillet à divers moments de la journée, et elle n'était pas tenue correctement.

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

L'inspectrice/l'inspecteur a examiné le programme de soins actuel de la personne résidente n° 012. Il indiquait que cette personne résidente nécessitait ce soin spécifié dans le cadre de la toilette et de l'hygiène personnelles quotidiennes.

Le 11 juillet 2017 à 12 h 30, l'inspectrice/l'inspecteur a interrogé la/le PSSP n° 124 qui s'occupait des soins de la personne résidente ce jour-là. Il/elle a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que la personne résidente n° 012 dépendait du personnel pour ce besoin spécifié en matière de toilette, et qu'elle nécessitait parfois l'assistance de deux membres du personnel, car elle refusait souvent les soins. Quand la personne résidente refusait ce soin de toilette spécifié, la ou le PSSP devait informer l'infirmière ou l'infirmier et documenter ce refus dans l'interface Point of Care. La/le PSSP n° 124 a de plus indiqué qu'elle avait fait la toilette de la personne résidente ce matin-là. Quand l'inspectrice/l'inspecteur a indiqué que la personne résidente était tenue d'une façon pire que celle que l'on avait observée la veille, la/le PSSP avait alors indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur ne pas avoir été capable de faire la toilette de la personne résidente ce matin-là, car elle avait refusé les soins. La/le PSSP n'avait pas documenté ce refus ni informé l'infirmière ou l'infirmier tel que requis, et ce soin de toilette spécifié n'avait pas été donné à la personne résidente. [Paragraphe 6 (7)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou 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 soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 012 relativement à la toilette sont fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Services d'hébergement

En particulier concernant 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).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ameublement et le matériel du foyer soient toujours propres et sanitaires.

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

Le 4 juillet 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que l'ameublement de la salle à manger « Val des roses » était souillé. L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué un total de 10 tables de salle à manger qui avaient une accumulation de débris de nourriture séchée et des traînées blanches sur chaque pied de table. Deux tabourets noirs utilisés quand on fait manger des personnes résidentes avaient également des traînées blanches sur le cadre.

Il convient de remarquer que le foyer a un total de quatre unités qui ont toutes une salle à manger, soit un total de quatre salles à manger.

Le 6 juillet 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a inspecté l'ameublement des salles à manger la « Pommeraie » et la « Pinteraie ». On remarquait qu'un total de neuf tables de la salle à manger de la « Pommeraie » avaient une accumulation de débris de nourriture séchée et des traînées blanches sur chaque pied de table.

On remarquait également que deux tabourets noirs utilisés quand on fait manger les personnes résidentes avaient aussi des traînées grises sur le cadre. On remarquait qu'un total de dix tables de la salle à manger de la « Pinteraie » avaient une accumulation de débris de nourriture séchée et des traînées blanches sur chaque pied de table. On remarquait également que trois tabourets noirs utilisés quand on fait manger les personnes résidentes avaient aussi des traînées grises sur le cadre.

Lors d'une entrevue le 6 juillet 2017, le membre n° 106 du personnel des services de l'environnement a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 qu'une partie de ses responsabilités consistait à faire les réparations du foyer, comme peindre et réparer les appareils, et faire le nettoyage de chaque salle à manger. Le membre du personnel a indiqué de plus que le plancher de chaque salle à manger était nettoyé, y compris les tables, les pieds de table, les chaises des personnes résidentes et les tabourets que le personnel utilise pour faire manger des personnes résidentes, et que cela se faisait trois fois par jour après chaque repas.

Lors d'une entrevue le 6 juillet 2017, le/la responsable des services de l'environnement a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 que les membres du personnel qui s'occupaient des salles à manger portaient le titre de « nettoyeurs de gros travaux » et que leurs tâches habituelles consistaient à faire une « vérification ponctuelle avec un balai à franges » après le petit déjeuner et le déjeuner. Il/elle a indiqué de plus que le personnel avait reçu l'ordre d'enlever la plus grande partie de la saleté, mais que toutefois on faisait chaque soir un nettoyage à fond des salles à manger. Quand l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a posé des questions sur les pieds de table et les tabourets noirs utilisés quand on fait manger des personnes résidentes, le/la responsable a indiqué que les pieds de table devaient être nettoyés toutes les deux semaines et au besoin, et que les tabourets devaient l'être chaque jour. L'inspectrice/l'inspecteur n° 592, en compagnie de la/du responsable des services de l'environnement a observé les tables de la salle à manger de l'unité « Pommeraie ». Le/la responsable des services de l'environnement lui a indiqué que les pieds de table et les tabourets utilisés quand on fait manger des personnes résidentes étaient sales, et qu'il/elle ne savait pas exactement si les pieds de table figuraient sur la liste des tâches du personnel pour être nettoyés.

Le 7 juillet 2017, le/la responsable des services de l'environnement a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 avoir remarqué que le nettoyage des pieds de table n'était pas assigné

aux membres de son personnel, et que par conséquent il/elle faisait un suivi auprès des autres départements pour veiller à ce que l'ameublement de la salle à manger soit toujours propre et sanitaire. [Alinéa 15 (2)a)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou 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'ameublement et le matériel du foyer utilisés par les personnes résidentes sont toujours propres et sanitaires. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

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

2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi.

Selon l'article 5 du Règl. de l'Ont. 79/10, « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Selon l'alinéa 2 (1)c) du Règl. de l'Ont. 79/10, « mauvais traitement d'ordre physique » s'entend de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

1. Le 5 juillet 2017, la personne résidente n° 022 a signalé à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 lors d'une entrevue que l'IAA n° 129 avait ignoré sa demande d'assistance pour traiter une douleur à une certaine date. La personne résidente n° 022 a indiqué qu'elle faisait l'objet de certaines procédures et qu'elle ressentait de la douleur. Elle était allée au poste infirmier pendant la nuit et avait appelé l'infirmière/l'infirmier en criant du corridor, mais n'avait eu aucune réponse. La personne résidente était entrée au poste infirmier et avait remarqué que l'IAA n° 129 était assis(e) devant l'ordinateur et ne répondait pas à son appel. La personne résidente a indiqué que l'infirmière/l'infirmier l'avait regardée en demandant ce dont elle avait besoin, la personne résidente avait indiqué qu'une certaine région de corps lui causait beaucoup d'inconfort, et l'IAA n° 129 lui avait dit d'aller s'administrer elle-même un certain traitement. La personne résidente n° 022 était mécontente que l'IAA n° 129 n'avait jamais quitté l'endroit où se trouvait l'ordinateur, ni offert de l'assistance pour sa douleur qui l'avait tenue éveillée la plus grande partie de la nuit. La personne résidente avait signalé l'incident le lendemain matin à la directrice/au directeur des soins et avait indiqué qu'elle ferait un suivi.

Les dossiers médicaux de la personne résidente n° 022 indiquaient qu'elle avait été admise au foyer à une certaine date de 2013 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. La personne résidente n° 022 est alerte, orientée et apte à donner des directives pour ses propres soins. Les notes d'évolution de la personne résidente n° 022 indiquaient qu'elle avait signalé une douleur à ce même endroit spécifié plus tard le même jour à un autre membre du personnel infirmier en demandant un certain analgésique pour le soulagement de la douleur. Une personne de la famille de la personne résidente l'avait amenée chez un certain spécialiste pour évaluer la douleur et prendre des dispositions pour une certaine procédure de soulagement de la douleur.

La directrice/le directeur des soins a fourni les documents sur la plainte de la personne résidente et le rapport d'enquête concernant cet incident à la date en question. Les notes de l'enquête indiquaient que l'IAA n° 129 avait nié que cet incident s'était produit en indiquant ne pas s'en souvenir. La directrice/le directeur des soins avait vérifié sur la caméra vidéo de l'unité les événements des petites heures du matin de cette certaine date comme la personne résidente l'avait indiqué dans sa plainte, et la personne résidente était effectivement allée au poste infirmier à un certain moment, puis y était

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

entrée pendant une minute et demie environ, et était alors retournée à sa chambre. On remarquait que l'IAA n° 129 n'avait pas quitté le poste infirmier jusqu'à un certain moment, 40 minutes plus tard. Il n'y avait aucune mention d'analgésique fourni à la personne résidente pendant ce poste de travail. Le rapport d'enquête de la directrice/du directeur des soins indiquait qu'il/elle avait informé l'IAA n° 129 qu'il/elle avait repassé la vidéo de cette unité pour la regarder et avait remarqué que la personne résidente était venue au poste infirmier comme cela est indiqué dans cette plainte. L'IAA n° 129 a indiqué n'avoir aucun souvenir de cet incident. La directrice/le directeur des soins a demandé à l'IAA n° 129 de présenter des excuses à la personne résidente n° 022, car cet incident avait été enregistré sur la caméra vidéo de l'unité.

La directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 ne pas avoir fait rapport de l'incident, car il/elle l'avait géré comme une plainte. Il/elle a indiqué ne pas avoir pensé à ce moment-là qu'il s'agissait de mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la part de la ou du titulaire de permis ou du personnel, et qu'il/elle n'avait donc pas fait rapport au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée comme l'exigeait le présent paragraphe. [Paragraphe 24 (1)]

2. Un certain incident critique avait fait l'objet d'un rapport soumis au directeur et concernait un cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique de la part d'une personne résidente envers une autre personne résidente. On avait fait rapport que la personne résidente n° 005 avait été frappée, par la personne résidente n° 050, à un certain endroit du corps, ce qui avait provoqué une petite lacération en un point précis de cet endroit du corps de la personne résidente n° 005. L'incident s'était produit à une certaine date et à une heure précise, et on en avait fait rapport au directeur le lendemain seulement.

Comme on l'indique dans les notes d'évolution, l'IAA n° 128 avait immédiatement informé de l'incident la directrice/le directeur des soins, tel que requis. Lors d'une entrevue, la directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 ne pas avoir fait immédiatement rapport de l'incident, car il/elle ne se trouvait pas dans le foyer de soins de longue durée au moment de l'incident, et n'avait pas avec elle/lui le numéro de téléavertisseur après les heures de bureau pour signaler l'incident tel que requis. Il/elle l'avait fait le lendemain en soumettant un rapport d'incident critique. [Paragraphe 24 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou 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 quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que de la négligence envers une personne résidente de la part du personnel a causé un préjudice ou un risque de préjudice fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 9 du Règlement de l'Ontario 79/10. Portes

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

Faits saillants :

1. La ou 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.

Lors de la visite initiale du 4 juillet 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué des salles d'entreposage non fermées et non supervisées au deuxième étage de l'unité la Pommeraie et au premier étage de l'unité la Tulipe intitulée « chariot des soins ». Ces salles d'entreposage contenaient un chariot à linge et un panier à linge avec tous deux du linge souillé. L'inspectrice/l'inspecteur a remarqué que les salles d'entreposage étaient accessibles à des personnes résidentes non supervisées qui marchaient dans ces corridors de l'aire des soins aux personnes résidentes, et que cette salle n'était pas supervisée par du personnel. Une note de service affichée sur les portes comportait un pictogramme de panneau d'arrêt avec l'indication : « SVP, garder les portes fermées et verrouillées en tout temps. »

Les 7 et 10 juillet 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a observé la même salle d'entreposage non fermée et non supervisée au deuxième étage de l'unité la Pommeraie et intitulée « chariot des soins ». La salle d'entreposage contenait un chariot à linge et un panier à linge avec du linge souillé. L'inspectrice/l'inspecteur a remarqué que la porte de la salle d'entreposage n'était pas fermée et que cette salle était accessible aux personnes résidentes non supervisées qui marchaient dans l'aire qui n'était pas supervisée par du personnel.

Le 10 juillet 2017, la directrice/le directeur des soins a déclaré à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 lors d'une entrevue que les portes des salles d'entreposage susmentionnées devaient être gardées fermées et verrouillées en tout temps, car elles sont dans des aires non résidentielles. [Alinéa 9 (1)2]

Autres mesures requises :



PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou 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 toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles sont dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et selon laquelle elles doivent être fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel du foyer. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 20 juillet 2017.

Signature de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs

Original du rapport signé par l'inspectrice ou l'inspecteur.