



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*

Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

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

Copie destinée au public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
27 juin 2014	014_285546_0019	O-000509-14	Inspection de la qualité au nom des résidents
Titulaire de permis COMMUNITY LIFECARE INC 1955 Valley Farm Road, 3 ^e étage, PICKERING (Ontario) L1V 1X6			
Foyer de soins de longue durée COMMUNITY NURSING HOME (ALEXANDRIA) 92, rue Centre, ALEXANDRIA (Ontario) K0C 1A0			
Inspecteur(s) SUSAN WENDT (546), JOANNE HENRIE (550), LISA KLUKE (547)			
Résumé de l'inspection			

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

L'inspection s'est tenue les 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19 et 20 juin 2014.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec l'administrateur, la directrice des soins, l'adjoint administratif, le chef des services environnementaux, plusieurs aides à l'entretien ménager, une personne à tout faire, le superviseur des services alimentaires, le directeur des activités, plusieurs aides aux activités, le coordonnateur de l'évaluation des résidents (RAI), l'adjoint au coordonnateur de l'évaluation des résidents (RAI), le diététiste agréé, le pharmacien, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), une aide-diététiste, une aide à la buanderie, une aide-ergothérapeute-physiothérapeute, le président du conseil des résidents, plusieurs membres du conseil des familles, plusieurs membres de la famille et plusieurs résidents.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur a fait une visite de toutes les aires utilisées par les résidents, observé les aires d'entreposage des médicaments, les soins aux résidents, le service des repas, l'administration des médicaments, examiné le dossier de santé de plusieurs résidents, notamment le programme de soins, les dossiers relatifs aux médicaments et aux traitements, ainsi que l'organigramme des soins de PSSP. Plusieurs politiques du foyer ont été examinées, notamment celles concernant le programme de prévention des chutes, le programme de contrôle des infections, tant pour les résidents que pour le personnel, l'administration des médicaments et le système de gestion des déchets, ainsi que le programme d'entretien préventif. De plus, les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles ont été examinés.

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

- services d'hébergement – entretien ménager;
- services d'hébergement – services d'entretien;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- conseil des familles;
- hospitalisation et changement de l'état du résident;
- prévention et contrôle des infections;
- médicaments;
- recours minimal à la contention;
- nutrition et hydratation;
- services de soutien à la personne;
- rapports et plaintes;
- conseil des résidents;
- comportements réactifs;
- personnel suffisant.

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé 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;**
 - b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;**
 - 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 :

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 15 (2) a), dans la mesure où le foyer, l'ameublement et le matériel n'étaient pas propres et sanitaires.

Durant l'inspection de la qualité au nom des résidents, l'équipe d'inspecteurs des foyers de soins de longue durée a observé ce qui suit à propos de l'entretien ménager au deuxième étage :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé, dans l'aire de repas de la « Salle des résidents/Residents' Lounge », que la plinthe bordant le mur du comptoir de service avait un coin qui laissait voir un espace de deux pouces rempli de matière foncée collante et de débris d'aliments et de poussière sur le sol que l'inspecteur 547 pouvait déloger avec les ongles. Le dessus en bois du comptoir de service (où tous les repas des résidents sont distribués au personnel) avait plusieurs marques où le scellant était parti, ce qui exposait la matière poreuse et ses rainures aux débris d'aliments et aux marques de liquides desséchées qui y collaient et rendaient la surface du comptoir très poisseuse. Le mur laminé sous ce comptoir portait des traînées de liquides desséchées qui allaient jusqu'à la plinthe. On a également noté que la vitre inférieure de la cloison vitrée à gauche de l'entrée de cette salle à manger portait des débris d'aliments secs et qu'il y en avait aussi sur le cadre métallique de ce mur. Les résidents ont été observés assis à côté de ce mur pour les repas.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé que, dans une chambre à coucher, il y avait plusieurs endroits où les plinthes étaient brisées ou détachées du mur et avaient laissé une matière sèche foncée s'accumuler dans les orifices et par terre le long des murs et des plinthes. Des dommages considérables ont été notés à côté de la toilette, où la plinthe endommagée par l'eau s'est détachée du mur, ce qui a entraîné l'accumulation, dans cet orifice, d'importantes quantités de poussière, de débris et de papier de toilette souillé.

L'inspecteur 547 a également observé que, dans cette chambre, le rideau de séparation entre les lits des deux résidents était souillé.

Durant l'inspection de la qualité au nom des résidents, l'équipe a observé ce qui suit à propos de l'entretien ménager au troisième étage :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 550 a noté le rebord de fenêtre en bois d'une chambre à coucher qui montrait une accumulation de matière brun foncé.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a noté que dans plusieurs chambres, le rideau de séparation entre les lits des résidents qui partageaient ces chambres était souillé.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a noté que, dans une chambre à coucher, il y avait plusieurs endroits du sol et des plinthes remplis de matière foncée que l'inspecteur 547 pouvait déloger avec les ongles.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a noté qu'une salle de toilette commune de résidents avait des plinthes décollées à plusieurs endroits à la base des murs, où la poussière et des débris étaient pris derrière le bout de plinthe en plastique. Le revêtement de sol de la chambre avait de la poussière et des débris qui étaient collés au pourtour du sol et de la salle de toilette et que l'inspecteur 547 pouvait déloger avec les ongles.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 550 a noté dans l'aire de repas de la « Salle des résidents/Residents' »

Lounge » que toutes les fenêtres avec un rebord en bois étaient fendues et couvertes de ruban à conduits et visiblement souillées de débris d'aliments et de mouches mortes. Les plinthes chauffantes situées sous chaque fenêtre étaient souillées de poussière et de débris d'aliments. Le revêtement de sol en linoléum n'était plus étanche le long des plinthes; de la matière foncée s'était incrustée en plusieurs points du revêtement de sol.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547, accompagné du chef des services environnementaux, a observé que le revêtement de sol de la salle de réadaptation commune du rez-de-chaussée était taché près du bureau du personnel et que de la poussière et des débris étaient collés au revêtement de sol à la base des plinthes entourant la pièce. Le chef des services environnementaux a affirmé que l'étage n'avait pas été nettoyé selon les normes du foyer puisque les plinthes doivent être nettoyées tous les jours avec le revêtement de sol dans toutes les aires de soins aux résidents. Le chef des services environnementaux a dit avoir passé en revue les normes de nettoyage avec les préposés à l'entretien ménager lors de leur dernière réunion sur l'entretien ménager en mars 2014. Un examen de la dernière vérification de l'entretien ménager effectuée par le chef des services environnementaux en mai 2014 n'a indiqué aucun point de l'entretien ménager devant faire l'objet d'un suivi.

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, alinéa 15 (2) c), dans la mesure où le foyer, l'ameublement et le matériel n'ont pas été entretenus de façon à être sûrs et en bon état.

Durant l'inspection de la qualité au nom des résidents, l'équipe d'inspecteurs des foyers de soins de longue durée a fait les observations suivantes concernant des problèmes qui indiquaient un échec généralisé du programme d'entretien et dont certains peuvent constituer un risque potentiel lié à la sécurité des résidents.

Deuxième étage – murs et portes :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé l'aire de repas de la « Salle des résidents/Residents' Lounge » du deuxième étage. Plusieurs marques ont été notées sur la cloison sèche des trois murs de la salle, où la peinture s'écaillait et la cloison sèche était endommagée. Sur le cadre en métal de l'entrée vitrée, la peinture s'écaillait à plusieurs endroits. Cette aire de repas avait une barre de protection contre les fauteuils faite d'un aggloméré qui n'était pas fixée au mur, sous le climatiseur; on pouvait détacher les bords coupants sur une distance de deux pouces du mur, laissant paraître de la colle, de la poussière et des débris secs. Deux autres sections d'aggloméré endommagé ont été remarquées près de la demi-porte de l'aire de service des repas; à cet endroit, l'aggloméré endommagé créait des rainures qui laissaient les saletés et les débris s'accumuler. Le couvre-joint en bois qui garnissait le coin du comptoir de l'aire de service des repas était cassé à environ deux pieds du sol, mettant à nu un rebord en bois poreux et pointu qui n'avait pas été entretenu et posait un risque pour les résidents de cette aire de repas commune.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé une chambre dont les plinthes en bois n'étaient plus fixées au mur et où la peinture s'écaillait et mettait à nu le bois poreux en dessous et les débris pris dans les rainures de la base du sol. Dans cette même chambre, près de la penderie commune des résidents, il manquait des morceaux de cloison sèche et de plâtre dans les coins, ce qui laissait paraître la latte métallique en coin et ses bords coupants, le tout posant un risque pour les résidents de cette chambre.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 546 a observé une chambre qui avait un grand trou dans la cloison sèche sous le côté droit du lavabo de cette salle de bain commune.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé ce qui suit :

- Une chambre (à deux lits) comptait plusieurs endroits où la plinthe était cassée ou détachée du mur. Il y avait des dommages importants près de la toilette; la plinthe avait déjà subi des dommages causés par l'eau,

était détachée du mur et une quantité importante de poussière, de débris et de papier de toilette étaient coincés dans cet espace, ce qui l'empêchait d'être entretenue ou désinfectée. La plinthe près de la penderie commune des résidents était cassée, elle aussi, et mettait à nu le cadre métallique et ses côtés coupants, ce qui empêchait le nettoyage de la surface si de la poussière et des débris s'accumulaient derrière elle. Les plinthes étaient éraflées et creusaient dans le bois poreux derrière elle, où la surface lavable avait été enlevée.

- Une chambre comptait plusieurs endroits où la peinture sur le mur s'écaillait et mettait à nu la cloison sèche en dessous, ce qui créait une surface poreuse impossible à nettoyer, à désinfecter ou à entretenir de sorte qu'elle soit en bon état. Le cadre de la porte de la salle de toilette commune avait la peinture qui s'écaillait sur deux couches d'épaisseur des deux côtés du cadre de porte, mettant à nu la base métallique de la porte et créant une surface non étanche et impossible à nettoyer.

- Une chambre (à deux lits) avait une salle de toilette qui était partagée avec une autre chambre et dont un mur avait des carreaux cassés aux bords coupants près du distributeur de papier de toilette; cette surface n'était pas entretenue de façon à être sûre et en bon état.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé, dans une chambre inoccupée, une table de chevet dont le deuxième tiroir avait à sa base un carré de quatre pouces de côté couvert d'une matière qui ressemblait à de la rouille.

Un jour de juin 2014, un résident a dit à l'inspecteur 547 s'être coupé à la main gauche après avoir reçu de l'aide pour aller aux toilettes dans la salle de bain commune, sur la toilette à côté de la baignoire; ce résident a expliqué qu'une cloison sèche aux côtés devenus coupants en raison du distributeur de papier de toilette manquant, avait causé cette laceration. Un membre du personnel a noté que cet endroit était coupant et qu'il inclurait cette réparation dans les « travaux d'entretien préventif » à effectuer.

Deuxième étage – plinthes chauffantes :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé une plinthe chauffante gravement endommagée dans le couloir de l'aire de soins aux résidents du deuxième étage (près de la chute à linge sale); la plinthe chauffante avait une peinture éraflée et, par endroits, le métal tordu sous les coups reçus, avec plusieurs bords coupants exposés et repliés vers l'extérieur aux deux extrémités du boîtier, ce qui posait un risque important pour les résidents et le personnel qui utilisent régulièrement ce secteur pour circuler entre les chambres et les autres parties communes du foyer.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a noté qu'une chambre avait des plinthes chauffantes en métal sous chaque fenêtre; ces plinthes chauffantes avaient de la peinture qui s'écaillait par endroits, laissant le métal à nu avec la rouille qui s'y était formée.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a noté que dans le salon des résidents du deuxième étage, une plinthe chauffante était en mauvais état, les extrémités et le couvercle repliés vers l'extérieur, posant un risque pour les résidents; la plinthe chauffante de cette partie commune n'était pas entretenue de façon à être sûre et en bon état.

L'inspecteur 547, en compagnie de la directrice des soins, a observé ces plinthes chauffantes; la directrice des soins ignorait qu'ils avaient besoin d'être réparés et qu'ils posaient un risque important pour les résidents, les visiteurs et le personnel de cette partie commune, où de nombreuses activités étaient organisées.

Deuxième étage – fenêtres :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a noté, dans une chambre, que les rebords en bois des deux fenêtres avaient de la peinture écaillée à plusieurs endroits et des rainures; ces rebords de fenêtres n'avaient pas été entretenus adéquatement de façon à assurer une surface étanche et à pouvoir la nettoyer.

Deuxième étage – ameublement :

Dans le boudoir des résidents, près de l'ascenseur, il y a un trou dans le tissu qui recouvre le coussin du fauteuil de droite; ce boudoir, utilisé par les résidents et les visiteurs, n'avait pas été entretenu de façon à être en bon état.

Troisième étage – murs et portes :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 550 a observé ce qui suit :

- La salle de bain (adjacente au poste de soins infirmiers) avait des plinthes en linoléum décollées, mettant à nu le plâtre près de l'entrée de la douche et de la baignoire; les angles des murs étaient gravement endommagés, mettant à nu la charpente métallique coupante et posant un grave risque pour les résidents. Il y avait un trou et d'autres dommages dans la cloison sèche à côté de la toilette, près de la baignoire. Plusieurs marques ont été observées dans la cloison sèche des murs de la salle de bain; la cloison sèche qui était endommagée et n'avait pas été repeinte créait une surface poreuse non étanche dans cet environnement humide, ce qui pouvait poser un risque pour les résidents. Le rideau de séparation de la toilette de cette salle de bain était en mauvais état et un grand trou dans ce rideau empêchait l'intimité voulue.

- La porte de la salle de toilette d'une chambre à coucher a été observée avec des dommages mettant à nu un matériau poreux.

- Dans une chambre, les portes de la penderie ont été observées sorties de leur glissière au sol, ce qui les faisait frotter le sol en les déplaçant et les rendait difficiles à ouvrir et à fermer. Il a également été observé que le coin du mur intérieur de la penderie était endommagé et mettait à nu un matériau poreux.

- La penderie d'une chambre a été observée sortie de sa glissière au sol et donc mal suspendue et créant un danger. On a également observé le mur du coin de cette penderie qui était endommagé et mettait à nu une latte métallique en coin aux côtés coupants.

- La salle de toilette commune d'une chambre à coucher avait des carreaux manquants sur le mur adjacent au lavabo, ce qui mettait à nu de la colle desséchée et la cloison sèche poreuse en dessous. Dans cette même salle de toilette, il y a des carreaux de céramique cassés derrière le distributeur de papier de toilette, mettant à nu plusieurs bords coupants et posant un risque pour les résidents qui utilisent cette salle de toilette commune.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a fait les observations suivantes :

- Une chambre avait des plinthes en bois où la peinture qui s'écaillait laissait voir plusieurs plaques de matériau poreux, ainsi que les bords coupants de la latte métallique en coin près de la penderie commune des résidents. Au-dessus, il y avait une cornière mal ancrée qui mettait à nu un lattis métallique coupant et posait un risque pour les résidents de cette chambre commune. On a également observé de la peinture qui s'écaillait et une cloison sèche endommagée à la tête du lit du résident.

- Une chambre a été observée avec des plinthes manquantes près de la penderie commune des résidents, ce qui mettait à nu de la colle desséchée sur la cloison sèche. De nombreux endroits de la chambre avaient des plinthes qui se détachaient du mur là où des carreaux de sol manquaient et de la poussière et des débris

étaient collés au faux-plancher.

- La salle de toilette commune d'une chambre a été observée avec des plinthes endommagées et détachées des carreaux de céramique par endroits, créant des poches dans lesquelles la poussière et les débris s'étaient accumulés.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 550 a observé le plafond de l'aire de repas de la « Salle des résidents/Residents' Lounge » du troisième étage, où de l'eau coulait du plafond à deux endroits sous lesquels des seaux avaient été mis pour amasser l'eau, près des fauteuils roulants des résidents.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé, dans une salle de toilette commune, un robinet qui n'était pas solidement ancré; le robinet bougeait en l'ouvrant et en le fermant.

Troisième étage – plinthe chauffante au bout du couloir de l'aire de soins aux résidents :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé que la peinture sur le couvercle de la plinthe chauffante était éraflée et s'écaillait; la base métallique tordue en dessous était incorrectement fixée à la plinthe chauffante, à un point tel que l'inspecteur 550 pouvait placer un pied sous la plinthe et soulever le couvercle de plusieurs pouces.

Troisième étage – fenêtres :

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 550 a observé le rebord de fenêtre de la chambre adjacente à un lit avec une fissure et un trou de la taille d'une pièce de 10 cents. Le périmètre du carreau du centre supérieur de la fenêtre-moustiquaire (à quatre carreaux) était garni de ruban à conduits, et la manivelle cassée de la fenêtre était elle aussi couverte de ruban à conduits pour la maintenir en place.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé, dans une chambre, une fenêtre à la manivelle cassée et manquante et où l'orifice prévu pour la manivelle avait été rempli de papiers pour empêcher l'exposition aux éléments extérieurs, ce qui empêchait d'ouvrir ou de fermer cette fenêtre adéquatement. La moustiquaire de cette fenêtre ne cadrait plus dans l'ouverture de façon à empêcher l'infiltration d'éléments extérieurs dans la pièce. Le coin du cadre de la fenêtre avait de la peinture écaillée et une pâte à cloison sèche craquelée qui mettait à nu le rebord en bois de la fenêtre et permettait l'accumulation d'une matière brun foncé.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a noté que les rebords en bois des fenêtres de l'aire de repas étaient endommagés et que les parties dénudées des rebords étaient couvertes de ruban à conduits, ce qui laissait la poussière et les débris d'aliments s'accumuler et créait une surface qu'il était impossible de nettoyer et de désinfecter. Le périmètre du carreau du centre supérieur de la fenêtre moustiquaire (à quatre carreaux) était garni de ruban à conduits, la poignée de la fenêtre était cassée, mettant à nu un bord métallique coupant; la manivelle de la fenêtre manquait et le levier du mécanisme pour ouvrir la fenêtre n'était pas relié à la base de la fenêtre, ce qui empêchait d'ouvrir ou de fermer cette fenêtre correctement. Un employé a expliqué à l'inspecteur 547 que le personnel devait enlever la moustiquaire et tirer la fenêtre vers l'intérieur avec les mains pour que le levier du mécanisme d'ouverture s'accroche à la base de la fenêtre extérieure. Une manivelle de rechange a été trouvée au poste de soins infirmiers pour toutes les fenêtres qui n'avaient pas de manivelle.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a interrogé le chef des services environnementaux, qui a expliqué qu'il effectuait des vérifications de l'entretien ménager tous les trois mois et que tous les deux mois il tenait des réunions avec le personnel chargé de l'entretien ménager.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a interrogé le chef des services environnementaux sur les normes du

foyer concernant les tâches d'entretien ménager et les rapports sur les secteurs endommagés. Le chef des services environnementaux a expliqué que chaque service avait reçu des consignes sur la marche à suivre pour signaler tout dommage dans le foyer. Le personnel infirmier non autorisé fait rapport au personnel infirmier autorisé de l'unité, qui à son tour prépare une entrée électronique dans les « travaux d'entretien préventif » et cette entrée est envoyée au service de l'entretien.

Lors d'un entretien, un jour de juin 2014, un membre du personnel a informé l'inspecteur 547 que les « travaux d'entretien préventif » étaient accessibles par ordinateur à tous les membres du personnel infirmier autorisé. Le personnel a également expliqué que s'il remarquait un secteur endommagé qui nécessitait une réparation, il devait l'inscrire dans les « travaux d'entretien préventif ». L'employé interrogé savait que les plinthes et les boîtiers de ces plinthes chauffantes étaient en mauvais état et a indiqué qu'il ou elle ne voyait pas cela comme une réparation nécessaire, présumant que ce problème avait déjà été signalé.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a examiné les deux dernières vérifications générales de l'entretien ménager effectuées par le chef des services environnementaux; ces vérifications n'avaient pas détecté les secteurs qui posaient un risque pour les résidents cités dans ce rapport.

Lors d'un entretien, un jour de juin 2014, un membre du personnel a confirmé à l'inspecteur 547 que le personnel autorisé pouvait voir tous les éléments entrés dans les « travaux d'entretien préventif », y compris l'état de cette demande de travaux.

Lors de l'examen du sondage de 2013 sur la satisfaction des soins de longue durée offerts au CNH-Alexandria, l'inspecteur 547 a noté plusieurs points concernant l'entretien ménager et l'entretien général dans 11 secteurs qui, jusqu'à ce jour, n'avaient pas été examinés avec le conseil des résidents et le conseil des familles.

L'équipe d'inspection de la qualité au nom des résidents a noté que, dans les chambres des résidents, les salles de toilette communes des résidents, les salles de bain, les couloirs des aires de soins aux résidents et les salons des résidents, les problèmes d'entretien général et d'entretien ménager étaient assez généralisés et créaient un grave risque de préjudice, potentiel ou réel, pour les résidents du foyer. Pour un résident, le risque créé par l'absence d'un programme permettant de déterminer les interventions requises pour réduire le risque de blessure était élevé et a entraîné un préjudice réel.

Le programme des services d'hébergement exige la mise en œuvre d'un processus efficace de surveillance, notamment des directives durables sur l'entretien préventif et des rapports sur les domaines qui posent des risques pour les résidents. Ces éléments réunis constituent des motifs suffisants pour délivrer un ordre de conformité. [par. 15 (2)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 1 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de 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 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

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

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

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 6 (4), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent;
b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent.

Un résident a fait une chute deux fois en novembre 2013, une fois en décembre 2013 et une fois en février 2014. Un examen du programme de soins du résident, qui était en place avant sa première chute en novembre, a indiqué que le résident était à faible risque de chutes.

Lors d'un entretien, un jour de juin 2014, la directrice des soins a affirmé à l'inspecteur 550 qu'elle s'attendait à ce que le personnel autorisé effectue une évaluation trimestrielle relative aux chutes pour tous les résidents et à ce que cette évaluation soit consignée sur papier, non pas sous format MEDecare, et conservée au dossier des résidents.

Dans le dossier du résident concerné, l'inspecteur 550 a observé que la seule évaluation relative aux chutes remplie par le personnel autorisé avait été faite un jour de janvier 2010, après l'admission du résident, lorsque celui-ci a été identifié comme étant à faible risque pour les chutes. Aucune autre évaluation n'a été trouvée au dossier.

Lors d'un entretien un jour de juin 2014, la directrice des soins et l'aide-physiothérapeute ont expliqué à l'inspecteur 550 que le fournisseur de services de physiothérapie avait rempli une évaluation relative aux chutes pour tous les résidents au moment de leur admission, une fois par trimestre pour tous les résidents participant au programme de physiothérapie et lorsque le personnel autorisé les informait d'un changement dans l'état du résident.

Une évaluation relative aux chutes a été remplie pour ce résident en septembre 2013, en décembre 2013 et en mars 2014 par le physiothérapeute et indiquait que le résident était à haut risque pour les chutes. La toute dernière évaluation relative aux chutes, remplie par le physiothérapeute en mai 2014, indiquait que le résident était à présent à moyen risque pour les chutes.

Un examen du programme de soins du résident après décembre 2013 révèle qu'il s'agit du dernier programme de soins établi après les chutes de novembre et décembre 2013. Malgré l'évaluation trimestrielle

faite par le physiothérapeute en décembre 2013, qui indiquait que le résident était à haut risque, le programme de soins du résident n'a pas été modifié par le personnel infirmier étant donné que l'évaluation infirmière maintenait le résident à faible risque pour les chutes. Malgré l'évaluation trimestrielle faite par le physiothérapeute en mars 2014 et indiquant que le résident était à haut risque, le programme de soins du résident établi en mars 2014 maintenait le résident à faible risque. L'évaluation la plus récente, datée de juin 2014, indiquait encore que le résident était à faible risque pour les chutes, ceci malgré l'évaluation trimestrielle faite par le physiothérapeute en mai 2014 et indiquant que le résident était à présent à risque moyen.

Un jour de juin 2014, un membre du personnel autorisé a affirmé à l'inspecteur 550 que les résidents étaient évalués pour les chutes au moyen de l'outil Morse d'évaluation relative aux chutes. Le foyer avait récemment mis en œuvre cette forme d'évaluation, un mois auparavant, ayant remarqué des écarts dans les résultats de l'outil d'évaluation du foyer et ceux de l'outil employé par le fournisseur de services de physiothérapie. [alinéa 6 (4) a)]

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, alinéa 6 (10) b), dans la mesure où le programme de soins n'a pas été réexaminé ni révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins ont changé.

Un résident a fait une chute en juin 2014 après avoir trébuché. Le résident est tombé au sol sur son côté gauche, a subi une petite lacération au-dessus de l'œil et s'est plaint d'une douleur au bras. Le résident a reçu les premiers soins que lui a fournis le personnel autorisé et a été transporté à l'hôpital local par ambulance pour un examen plus approfondi.

Les blessures du résident ont été évaluées à l'hôpital. Les radiographies indiquaient une fracture déplacée sans autre anomalie. Des pansements Steristrips ont été appliqués sur la petite lacération au-dessus de l'œil, tandis qu'une attelle plâtrée a été appliquée avec un bandage de contention au bras du résident, soutenu par l'application d'une écharpe; le résident a ensuite été renvoyé au FSLD. La routine suivant une blessure à la tête a été amorcée au retour de l'hôpital, conformément à la politique du FSLD, et la préparation d'un rapport d'incident de chute et d'enquête sur une chute a commencé.

Le programme de soins sur papier du résident, daté de février 2014, portait des mises à jour inscrites à la main pour février 2014 et mai 2014; le programme de soins sous format MEDecare indiquait une date de mai 2014. Il n'y avait aucune mention de cette fracture particulière dans le programme de soins, ni d'interventions claires et précises pour ce résident après sa fracture, en ce qui concerne la gestion et la maîtrise de la douleur, l'aide pour les besoins du résident et les activités de la vie quotidienne ou les soins liés à une fracture (c.-à-d. la couleur, le mouvement, la sensation dans les doigts de la main gauche), le soutien adéquat de l'attelle plâtrée au moyen d'un bandage de contention et l'application d'une écharpe. Un jour de juin 2014, l'inspecteur 546 a observé le résident se promenant dans le couloir sans son écharpe et a rappelé au PSSP d'assurer le port de l'écharpe pour soutenir l'attelle plâtrée et réduire l'enflure dans les doigts et la douleur au point de fracture; ceci a été noté dans le programme de soins.

Le rapport d'incident de chute et d'enquête sur une chute, signé et daté de juin 2014 par la directrice des soins, n'a pas été rempli comme indiqué et n'a pas abouti à l'évaluation des risques de chute ni à l'examen ou à la mise à jour du programme de soins du résident, ni non plus à l'aiguillage de ce résident vers un physiothérapeute.

En date de juin 2014, les documents suivants n'avaient pas encore été remplis comme demandé : l'évaluation des risques de chute (pour les résidents à risque faible ou moyen avant cette chute), le programme de soins pour la prévention des chutes réexaminé et mis à jour, l'aiguillage vers un physiothérapeute. La seule évaluation des risques de chute (formulaire n° 61 M) remplie était datée de février 2013; ce formulaire

indiquait qu'il devait être rempli au moment de l'admission, une fois par trimestre et lors d'un changement dans l'état de santé ou au retour de l'hôpital. Lors d'un entretien avec l'inspecteur 546 un jour de juin 2014, la directrice des soins a confirmé que ces documents n'avaient pas été remplis comme demandé.

Le dernier jour de l'inspection de juin 2014, l'inspecteur 546 a observé que le programme de soins n'avait pas encore été modifié plusieurs jours après la fracture en ce qui concerne la douleur, les soins et les activités de la vie quotidienne, ceci malgré le fait que le dossier d'administration des médicaments du résident indiquait que ce dernier recevait de l'acétaminophène 325 mg : 1 à 2 comprimés toutes les 4 heures au besoin, selon les directives médicales seulement. [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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble : a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent; veille à ce que le résident soit réévalué; et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins évoluent. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 8 (Respect des politiques et 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;**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 8 (1) b), dans la mesure où, lorsque la Loi ou ce règlement exigent 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 au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéas 30 (1) 1, 48 (1) 1 et 49 (1), (2) et (3), le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme de prévention et de gestion des chutes qui comprend une description écrite du programme, y compris les buts, les objectifs, ainsi que les politiques, les marches à suivre et les protocoles utiles, et qui prévoit des méthodes pour réduire le risque et surveiller les résultats, notamment des protocoles pour l'aiguillage des résidents vers des ressources spécialisées, au besoin. Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer le nombre de

chutes ou à en atténuer les effets, y compris la surveillance des résidents, l'examen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre d'approches des soins de rétablissement et l'utilisation de matériel, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels; et le foyer doit veiller à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

La directrice des soins a donné à l'inspecteur 550 un exemplaire de la politique de prévention des chutes du foyer citée dans le « LTC-Resident Services Manual », Index 1.0. RSL-SAF-055, en vigueur le 25 juillet 2011. Selon la marche à suivre n° 2 de cette politique : « Au moment de l'admission, une fois par trimestre et suivant une réadmission après hospitalisation, ou à la suite d'un important changement d'état associé à une chute, l'IA ou l'IAA et le physiothérapeute évalueront et documenteront le risque de chute pour le résident et modifieront son programme de soins en conséquence. »

Lors d'un entretien un jour de juin 2014, la directrice des soins a dit aux inspecteurs 550 et 546 qu'elle s'attendait à ce que le personnel autorisé effectue une évaluation des chutes pour tous les résidents au moment de l'admission, une fois par trimestre et suivant une réadmission après hospitalisation, ou à la suite d'un important changement d'état. L'évaluation des chutes faite par le personnel autorisé doit être consignée sur papier, non pas sous format MEDecare, et conservée au dossier du résident. La directrice des soins a expliqué à l'inspecteur 550 que si les évaluations ne se trouvaient pas dans le dossier des résidents, elles n'étaient pas faites par le personnel autorisé.

Un jour de juin 2014, un membre du personnel autorisé a affirmé à l'inspecteur 550 que les résidents étaient évalués pour les chutes par le personnel autorisé au moment de leur admission et par la suite s'il y a un risque d'incident. Le personnel, qui participe au programme de gestion des chutes, a indiqué à l'inspecteur 550 que l'équipe de prévention des chutes se réunissait une fois par mois et s'est dit chargé d'examiner toutes les deux semaines tous les rapports d'incidents de chutes; ces rapports sont examinés plus tard lors de la réunion concernant les chutes et les changements nécessaires sont communiqués au personnel et mis en œuvre ultérieurement. Le personnel autorisé doit remplir une évaluation relative aux chutes pour chaque nouvelle admission, lorsqu'il y a un changement dans l'état du résident, lorsqu'un résident rentre d'un séjour à l'hôpital, une fois par trimestre et lorsqu'un résident fait une chute. Ces évaluations sont consignées sur papier et conservées au dossier des résidents.

En juin 2014, un résident a fait une chute qui a entraîné une fracture. L'inspecteur 546 a observé que le rapport d'incident de chute et d'enquête sur les chutes signé et daté du 12 juin 2014 par la directrice des soins n'avait pas été rempli comme demandé; en date de juin 2014, les documents suivants n'ont pas été remplis comme demandé : l'évaluation des risques de chute (pour les résidents à risque faible ou moyen avant cette chute), le programme de soins pour la prévention des chutes réexaminé et mis à jour, l'aiguillage vers un physiothérapeute. La seule évaluation des risques de chute (formulaire n° 61 M) remplie était datée de février 2013; ce formulaire indiquait qu'il devait être rempli au moment de l'admission, une fois par trimestre et lors d'un changement dans l'état de santé ou au retour de l'hôpital.

Ainsi, le foyer ne suit pas la politique de prévention des chutes qu'il a établie dans le « LTC-Resident Services Manual », Index 1.0. RSL-SAF-055, selon laquelle : « Au moment de l'admission, une fois par trimestre et suivant une réadmission après hospitalisation, ou à la suite d'un important changement d'état associé à une chute, l'IA ou l'IAA et le physiothérapeute évalueront et documenteront le risque de chute pour le résident et modifieront son programme de soins en conséquence. » La politique du foyer concernant le programme de prévention et de gestion des chutes n'est pas conforme à la Loi, qui exige de décrire en détail les méthodes du programme employé pour réduire le risque et surveiller les résultats, y compris les protocoles pour l'aiguillage des résidents vers des ressources spécialisées, au besoin; la politique du foyer n'est pas conforme aux exigences applicables aux termes de la Loi, qui exige de prévoir des stratégies visant à

diminuer le nombre de chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents et la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement. (546) [alinéa 8 (1) a), 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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que le plan, la politique, le protocole, la marche à suivre, la stratégie ou le système prévus par le programme de prévention et de gestion des chutes :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;
- b) d'autre part, soient respectés. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 13. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13.

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 13, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Le 12 juin 2014, l'inspecteur 550 a observé ce qui suit :

a) Dans une chambre à coucher (à deux lits), le rideau de séparation n'était pas assez large pour assurer toute l'intimité voulue. Lorsque le rideau de séparation du côté de la porte de la chambre était tiré, il ne cachait que ce côté du lit et laissait la partie au pied du lit exposée. Il y avait des pinces qui ne servaient pas à l'autre extrémité de la glissière du rideau de séparation et qui empêchaient le rideau d'aller jusqu'au bout de la glissière lorsqu'on le tirait de ce côté. Entre les deux lits, il y avait un rideau de séparation suffisamment grand pour assurer l'intimité des deux résidents.

b) Dans une chambre à coucher (à deux lits), il n'y avait qu'un seul rideau de séparation entre les deux lits. Lorsqu'il était tiré, le rideau de séparation n'était pas assez large pour faire toute la largeur de la glissière et laissait une ouverture d'environ 12 pouces, ce qui n'assurait pas l'intimité des résidents. Il n'y avait pas de rideau du côté de la fenêtre pour cacher le pied du lit et l'autre côté.

c) Dans une chambre à coucher (à quatre lits), le rideau de séparation près de la penderie ne se fermait pas bien et n'assurait donc pas l'intimité des résidents. Il y avait plusieurs pinces supplémentaires attachées au bout de la glissière qui empêchaient le rideau de se fermer correctement quand il était complètement tiré et qui laissaient une ouverture d'environ 16 pouces entre la fin de ce rideau de séparation et le rideau séparant les deux lits.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a observé, dans une chambre à coucher (à deux lits), que le rideau de séparation n'offrait pas toute l'intimité voulue aux résidents. Il n'y avait qu'un panneau de rideau de séparation qui, lorsqu'il était tiré, n'assurait pas l'intimité des résidents puisque le pied du lit était exposé.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 550 et l'administrateur ont observé, durant une visite des lieux, qu'un

nouveau panneau de rideau de séparation avait été ajouté pour ce résident au cours de la fin de semaine. Lorsque tous les rideaux de séparation étaient tirés, ils n'étaient toujours pas assez larges pour assurer toute l'intimité voulue; il restait encore une ouverture de 27 pouces de largeur. Quand l'inspecteur 550 a tiré les rideaux pour les fermer, les pinces étaient coincées dans la glissière et ne permettaient pas au rideau de glisser dans un sens ni dans l'autre. L'une des pinces est tombée par terre avec le crochet du rideau. L'administrateur a affirmé à l'inspecteur 550 que la glissière serait remplacée ou réparée pour assurer que les rideaux de séparation se ferment et s'ouvrent correctement.

Durant la même visite avec l'administrateur, l'inspecteur 550 a montré à celui-ci tous les problèmes relevés dans les chambres susmentionnées. [art. 13]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 57 (Pouvoirs du conseil des résidents).

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

Par. 57 (2) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 57 (2).

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 57 (2), dans la mesure où il n'a pas répondu au conseil des résidents dans les 10 jours après que celui-ci lui a communiqué des sujets de préoccupation ou des recommandations.

Un jour de juin 2014, le président du conseil des résidents a confirmé, lors d'un entretien avec l'inspecteur 546, que le conseil des résidents n'avait pas reçu de réponse écrite de l'administrateur dans un délai de 10 jours après lui avoir communiqué un sujet de préoccupation ou une recommandation.

Lors d'un entretien avec le président du conseil des résidents, le président a signalé quelques problèmes. Après avoir examiné les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents pour 2013 et 2014, l'inspecteur 546 a constaté que certains problèmes cités par le président du conseil des résidents étaient documentés dans les procès-verbaux, mais rien n'indiquait de réponses écrites de l'administrateur dans les 10 jours lorsque le problème était signalé par les résidents lors des réunions du conseil des résidents. Il faut savoir que le conseil des résidents du foyer se réunit tous les deux mois.

L'administrateur a déclaré à l'inspecteur 546 qu'il n'avait jamais fourni de réponses écrites au conseil des résidents dans les 10 jours au sujet de ses préoccupations ou de ses recommandations et n'avait pas l'habitude de le faire. [par. 57 (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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les pouvoirs du conseil des résidents sont respectés et suivis comme l'exige l'alinéa 57 (1) 8 de la Loi, aux termes duquel le conseil fera part au directeur de tout sujet de préoccupation et de toute recommandation qui, selon le conseil, devraient être portés à son attention.

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. 64. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'assiste à une réunion du conseil des résidents ou du conseil des familles que s'il y est invité et veille à ce que le personnel, y compris l'administrateur du foyer, et les autres personnes qui participent à la gestion ou de l'exploitation du foyer n'assistent à une réunion de l'un ou l'autre conseil que s'ils y sont invités. 2007, chap. 8, art. 64.

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, art. 64, dans la mesure où des personnes qui participent à la gestion ou à l'exploitation du foyer assistent régulièrement aux réunions du conseil des familles sans y être invitées.

Un jour de juin 2014, lors d'une réunion avec les membres du conseil des familles, les personnes présentes ont confirmé à l'inspecteur 546 que la directrice des soins organisait toutes les réunions du conseil des familles et y assistait.

Un jour de juin 2014, la directrice des soins a confirmé à l'inspecteur 546 qu'à chaque réunion, elle a suggéré au conseil de diriger la séance.

Un jour de juin 2014, l'administrateur a confirmé à l'inspecteur 546 que la directrice des soins était présente à chaque réunion du conseil des familles sans y avoir été invitée. L'administrateur affirme qu'il en est ainsi depuis de nombreuses années.

À l'examen des procès-verbaux des réunions tenues par le conseil des familles, ceux-ci indiquaient que la directrice des soins rappelait et offrait aux membres du conseil des familles de diriger la séance en tant que conseil, mais rien n'indiquait, dans les procès-verbaux du conseil des familles, que le soutien externe de ressources telles que le programme ontarien des conseils des familles (Family Councils' Program) ait été offert. [art. 64.]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il n'assiste à une réunion du conseil des résidents ou du conseil des familles que s'il y est invité et veille à ce que le personnel, y compris l'administrateur, et les autres personnes qui participent à la gestion ou à l'exploitation du foyer n'assistent à une réunion de l'un ou l'autre conseil que s'ils y sont invités.

AE n° 7 : 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. 67. Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte tous les trois mois au moins. 2007, chap. 8, art. 67.

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, art. 67, dans la mesure où il n'a pas consulté régulièrement le conseil des résidents et cela, tous les trois mois au moins.

Un jour de juin 2014, le président du conseil des résidents a confirmé lors d'un entretien avec l'inspecteur 546 que l'administrateur ou son mandataire ne rencontre pas régulièrement le conseil des résidents et qu'il ne le fait pas tous les trois mois. Le président a affirmé que l'administrateur n'était pas disponible.

Un jour de juin 2014, l'administrateur a confirmé à l'inspecteur 546 que l'administrateur ou son mandataire ne rencontrait pas le conseil des résidents régulièrement ni une fois tous les trois mois au moins, car il a dit ne pas pouvoir assister aux réunions à moins d'y être invité.

[art. 67.]

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. 67, dans la mesure où il n'a pas consulté régulièrement le conseil des familles et, dans tous les cas, une fois tous les trois mois au moins.

Un jour de juin 2014, les membres du conseil des familles ont confirmé lors d'un entretien avec l'inspecteur 546 que l'administrateur ne consultait pas le conseil des familles, étant donné qu'ils reçoivent leurs renseignements de la directrice des soins à chacune de leurs réunions.

Un jour de juin 2014, l'administrateur a confirmé à l'inspecteur 546 qu'à titre de représentant du titulaire de permis, l'administrateur ne rencontre pas régulièrement le conseil des familles une fois tous les trois mois au moins, car, a-t-il affirmé, il ne pensait pas pouvoir assister aux réunions à moins d'y être invité. [art. 67.]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles et, dans tous les cas, de les consulter une fois tous les trois mois au moins. Ce plan de redressement doit être mis en application 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. 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;
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).
(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas à l'égard des médicaments qu'un résident est autorisé à garder sur lui ou dans sa chambre conformément au paragraphe 131 (7). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (2).

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, disposition 129 (1) a) (i) et alinéa 129 (1) b), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes et les substances désignées n'étaient pas 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.

Lors d'une observation du réfrigérateur réservé aux médicaments, qui n'était pas verrouillé, dans l'entrepôt des médicaments, l'inspecteur 550 a observé ceci :

- 1 bouteille de Pepsi Diète;
- 2 pots de vinaigrette César;
- 5 flacons de Lorazepam 4mg/ml étiquetés au nom d'un résident;
- 9 flacons de Lorazepam 4mg/ml étiquetés au nom d'un résident;
- 3 flacons de Lorazepam 4mg/ml étiquetés au nom d'un résident;
- 2 flacons de Lorazepam 4mg/ml étiquetés comme réserve d'urgence.

Lors d'un entretien, des membres du personnel autorisé ont dit à l'inspecteur 550 qu'ils savaient que toutes les substances désignées devaient être entreposées dans un endroit verrouillé à double tour mais ne savaient pas très bien comment faire cela puisque le Lorazepam injectable devait être réfrigéré. Un membre du personnel autorisé a dit à l'inspecteur 550 ne pas savoir que seuls les médicaments et les fournitures y étant associées devaient être gardés dans le réfrigérateur réservé aux médicaments. Le personnel a également précisé à l'inspecteur 546 la bouteille de Pepsi Diète et la vinaigrette César appartenaient au personnel et n'étaient pas destinés aux résidents. [alinéa 129 (1) a)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que : a) les médicaments soient entreposés dans un lieu ou un chariot à médicaments, (i) réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes, (ii) sûr et verrouillé; 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. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 136 (Destruction et élimination des médicaments).

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

136. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, dans le cadre du système de gestion des médicaments, soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit l'identification, la destruction et l'élimination continues de ce qui suit :

- a) les médicaments périmés;**
- b) les médicaments dont l'étiquette est illisible;**
- c) les médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants, que précise le paragraphe 156 (3) de la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies;**
- d) les médicaments d'un résident lorsque, selon le cas :**
 - (i) la personne autorisée à prescrire des médicaments traitant le résident ordonne que cesse l'utilisation du médicament,**
 - (ii) le résident décède, à condition d'obtenir l'approbation écrite du signataire du certificat médical de décès visé par la Loi sur les statistiques de l'état civil ou du médecin traitant du résident,**
 - (iii) le résident obtient son congé et on n'a pas fait suivre avec lui les médicaments qui lui ont été prescrits comme le prévoit l'article 128. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (1).**

136. (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à ce qu'elles soient détruites et éliminées.

136. (3) Les médicaments doivent être détruits par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes :

- a) dans le cas de substances désignées, sous réserve des exigences applicables de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada) ou de la Loi sur les aliments et drogues (Canada) :**
 - (i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par la directrice des soins infirmiers et des soins personnels,**
 - (ii) d'autre part, un médecin ou un pharmacien;**
- b) dans les autres cas :**
 - (i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par la directrice des soins infirmiers et des soins personnels,**
 - (ii) d'autre part, un autre membre du personnel nommé par la directrice des soins infirmiers et des soins personnels. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (3).**

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

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 136 (1), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que, dans le cadre du système de gestion des médicaments, soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit l'identification, la destruction et l'élimination continues de ce qui suit : a) les médicaments périmés;

- b) les médicaments dont l'étiquette est illisible;
- c) les médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants, que précise le paragraphe 156 (3) de la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies;

d) les médicaments d'un résident lorsque, selon le cas :

- (i) la personne autorisée à prescrire des médicaments traitant le résident ordonne que cesse l'utilisation du médicament,
- (ii) le résident décède, à condition d'obtenir l'approbation écrite du signataire du certificat médical de décès visé par la Loi sur les statistiques de l'état civil ou du médecin traitant du résident,
- (iii) le résident obtient son congé et on n'a pas fait suivre avec lui les médicaments qui lui ont été prescrits comme le prévoit l'article 128.

L'inspecteur 550 a examiné la politique du foyer concernant l'élimination des médicaments, Index 1.0. RSLMED-035, entrée en vigueur en janvier 2010. Selon la norme prévue dans la politique du foyer : « Les médicaments excédentaires seront retirés des fournitures pharmaceutiques courantes et seront détruits selon la loi applicable et les directives du ministère de la Santé ». La marche à suivre n° 1, « Médicaments excédentaires », inclut tout ce qui suit :

- 1.1 les médicaments des résidents dont on cesse l'utilisation,
- 1.2 les stocks du gouvernement devenus périmés.

La politique du foyer ne contient pas de dispositions concernant les médicaments périmés, les médicaments dont l'étiquette est illisible, les médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants, que précise le paragraphe 156 (3) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, les médicaments d'un résident lorsqu'il décède, à condition d'obtenir l'approbation écrite du signataire du certificat médical de décès visé par la *Loi sur les statistiques de l'état civil* ou du médecin traitant du résident, ou lorsque le résident obtient son congé et on n'a pas fait suivre avec lui les médicaments qui lui ont été prescrits comme le prévoit l'article 128.

Lors d'un entretien un jour de juin 2014, la directrice des soins a confirmé à l'inspecteur 550 que la politique du foyer ne reflétait pas la législation. [par.136. (1)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 136 (2) 2, dans la mesure où la politique du foyer concernant la destruction et l'élimination des médicaments ne prévoyait pas ce qui suit : l'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer, distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à ce qu'elles soient détruites et éliminées.

Un membre du personnel autorisé a expliqué à l'inspecteur 550 que toutes les substances désignées dont on cesse l'utilisation étaient gardées sous clé dans le compartiment verrouillé du chariot à médicaments avec toutes les autres substances désignées jusqu'à ce que le pharmacien vienne les détruire, habituellement une fois par semaine. Elles n'étaient pas gardées dans un endroit distinct des autres substances désignées qui étaient destinées à être administrées aux résidents.

Un membre du personnel autorisé a expliqué à l'inspecteur 550 durant un entretien, un jour de juin 2014, que toutes les substances désignées devant être détruites étaient gardées sous clé dans le compartiment du chariot à médicaments verrouillé, avec les autres substances désignées destinées à être administrées aux résidents jusqu'à ce qu'elles soient détruites par le pharmacien. Elles n'étaient pas entreposées dans un lieu distinct.

La directrice des soins a présenté à l'inspecteur 550 la politique du foyer concernant l'élimination des médicaments, Index 1.0. RSL-MED-035, entrée en vigueur en janvier 2010. La marche à suivre n° 3 du foyer exige de : « Garder les stupéfiants et les médicaments désignés dans un lieu distinct. Ils doivent rester dans un endroit verrouillé à double tour et le comptage doit continuer lors des changements d'équipes, jusqu'à ce que le pharmacien procède à la destruction des médicaments. » La politique du foyer ne précisait pas qu'ils devaient être gardés dans un endroit distinct de celui où sont gardées les autres substances désignées

destinées à être administrées aux résidents. [alinéa 136 (2) 2]

3. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéas 136 (3) a) et b), aux termes desquels les médicaments doivent être détruits par une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes :

a) dans le cas de substances désignées, sous réserve des exigences applicables de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada) ou de la Loi sur les aliments et drogues (Canada) : (i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, (ii) d'autre part, un médecin ou un pharmacien;

b) dans les autres cas :

(i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, (ii) d'autre part, un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (3).

For the purposes of this section, a drug is considered to be destroyed when it is altered or denatured to such an extent that its consumption is rendered impossible or improbable.

Un jour de juin 2014, un membre du personnel infirmier a affirmé à l'inspecteur 550 que lorsqu'un médicament qui n'est pas une substance désignée cessait d'être utilisé, le personnel autorisé qui éliminait ce médicament remplissait le formulaire de médicaments excédentaires et plaçait le médicament dans son emballage d'origine, dans le seau blanc gardé à cette fin dans l'entrepôt des médicaments fermé à clé. Quand le seau était plein, il était scellé et envoyé à la pharmacie pour être détruit. Les médicaments n'étaient pas dénaturés ni modifiés.

Un jour de juin 2014, lors d'un entretien, la directrice des soins a expliqué à l'inspecteur 550 le processus employé par le foyer pour la destruction des médicaments : lorsqu'un médicament qui n'est pas une substance désignée cesse d'être utilisé, l'IA ou l'IAA de garde remplit le formulaire de médicaments excédentaires et place le médicament dans le contenant en plastique blanc situé dans l'entrepôt des médicaments. Quand le pharmacien venait au foyer, il cosignait les formulaires de médicaments excédentaires et scellait le contenant qui était ensuite gardé dans l'entrepôt des médicaments jusqu'à ce que Stericycle vienne le chercher au foyer. La directrice des soins a expliqué à l'inspecteur 550 qu'elle ne savait pas très bien si les substances désignées et non désignées étaient dénaturées ou modifiées par l'équipe. La directrice des soins a remis à l'inspecteur 550 un exemplaire de la politique du foyer concernant l'élimination des médicaments, Index 1.0. RSL-MED-035, où il est indiqué au point 7 que, conformément à la procédure du foyer, « La directrice des soins ou son mandataire assistera à la destruction des médicaments avec le pharmacien ».

Un jour de juin 2014, le pharmacien du foyer (de Pulse RX LTC Pharmacy, le fournisseur pharmaceutique du foyer) a expliqué à l'inspecteur 550 qu'il venait au foyer une fois par semaine pour détruire les médicaments. L'infirmière de garde remettait au pharmacien le contenant de médicaments non désignés pour qu'ils soient détruits, ainsi que les formulaires de médicaments excédentaires remplis par le personnel autorisé. Le pharmacien signait les formulaires de médicaments excédentaires et les remettait à la directrice des soins pour qu'elle les cosigne. Ensuite, le pharmacien scellait le contenant de médicaments non désignés et le laissait dans l'entrepôt des médicaments fermé à clé jusqu'à ce que Stericycle vienne le chercher. Le pharmacien a affirmé à l'inspecteur 550 que les médicaments quittaient le foyer entiers et qu'ils n'étaient pas dénaturés ni modifiés. Le pharmacien a indiqué que l'infirmière de garde lui remettait les médicaments non désignés devant être détruits. Le pharmacien les comptait et signait la feuille de comptage des stupéfiants. Les substances désignées étaient ensuite retirées de leur emballage et placées dans un contenant distinct de celui qui contenait les médicaments non désignés. Le pharmacien apportait ce contenant à l'autre étage pour procéder là-bas à la destruction des médicaments. Ce n'est qu'avant de quitter le foyer que le pharmacien dénaturait ou modifiait lui-même les médicaments en versant un liquide (habituellement du Lactulose) dessus. [alinéa 136 (3) a)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit :

d'une part, veiller, dans le cadre du système de gestion des médicaments, à ce que soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit l'identification, la destruction et l'élimination continues de ce qui suit :

- a) les médicaments périmés;
- b) les médicaments dont l'étiquette est illisible;
- c) les médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants, que précise le paragraphe 156 (3) de la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies;
- d) les médicaments d'un résident lorsque, selon le cas :
 - (i) la personne autorisée à prescrire des médicaments traitant le résident ordonne que cesse l'utilisation du médicament,
 - (ii) le résident décède, à condition d'obtenir l'approbation écrite du signataire du certificat médical de décès visé par la Loi sur les statistiques de l'état civil ou du médecin traitant du résident,
 - (iii) le résident obtient son congé et on n'a pas fait suivre avec lui les médicaments qui lui ont été prescrits comme le prévoit l'article 128;

d'autre part : veiller à ce que la politique du foyer concernant la destruction et l'élimination des médicaments prévoie l'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 10 : 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. 85 (Sondage sur la satisfaction).

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

85. (3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).

85. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3);
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;
- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 85 (3), dans la mesure où il n'a pas demandé conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour mettre au point et réaliser un sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Lors d'un entretien avec le président du conseil des résidents, un jour de juin 2014, le président a indiqué que le foyer ne demandait pas toujours conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et ne se souvenait pas quand on avait officiellement demandé au conseil de donner son avis ou de donner suite aux résultats du sondage. Le président a ajouté avoir appris par l'adjoint du conseil que les résultats du sondage de 2013 avaient été diffusés mais que le conseil des résidents n'en avait pas encore pris connaissance.

Le président ne se souvenait pas quand la dernière réunion du conseil des résidents avait eu lieu.

Lors d'un entretien avec l'administrateur un jour de juin 2014, celui-ci a indiqué qu'il n'y avait pas de processus formel établi avec le conseil des résidents ou le conseil des familles pour élaborer au préalable des questions de sondage. Il a indiqué que pour mettre au point et réaliser le sondage, on n'avait pas obtenu la participation proprement dite du conseil des résidents et du conseil des familles mais qu'au lieu de cela, on avait demandé aux résidents, lors d'allées et venues durant les repas, ce qu'ils souhaitaient voir dans le sondage sur la satisfaction.

Lors d'un entretien avec l'administrateur un autre jour de juin 2014, celui-ci a confirmé qu'après la diffusion des résultats du sondage de 2013 sur la satisfaction, le 14 janvier 2014, il n'avait pas rencontré le conseil des résidents ni le conseil des familles (ni les autres familles en général) pour discuter des résultats du sondage ni des mesures prises à ce jour. [par. 85 (3)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 85 (4), dans la mesure où il n'a pas documenté ni communiqué au conseil des résidents et au conseil des familles les résultats du sondage sur la satisfaction pour leur demander conseil sur le sondage.

Lors d'un entretien avec le président du conseil des résidents un jour de juin 2014, le président a ajouté avoir appris par l'adjoint du conseil que les résultats du sondage de 2013 avaient été diffusés mais que le conseil des résidents n'en avait pas encore pris connaissance. Les membres du conseil des familles ont confirmé lors d'un entretien avec l'inspecteur 546 qu'ils n'avaient pas encore reçu de rétroaction sur le document relatif aux résultats du sondage.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 546 un jour de juin 2014, l'administrateur a remis à la gestion un exemplaire des résultats du sondage de 2013 sur la satisfaction et les commentaires exhaustifs diffusés le 14 janvier 2014.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 546 plus tard en juin 2014, l'administrateur a confirmé qu'à ce jour il n'avait pas encore rencontré le conseil des résidents ni le conseil des familles pour discuter des résultats du sondage, demander conseil sur ces résultats ou y donner suite. [alinéa 85 (4) a)]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 229.

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

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

4. Le personnel doit participer à un programme de dépistage de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (10).

Constatations :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 229 (10) 4, dans la mesure où le personnel n'a pas participé à un programme de dépistage de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et aux pratiques couramment admises.

Un jour de juin 2014, l'inspecteur 547 a interrogé la directrice des soins, qui a déclaré qu'elle était directrice du programme de prévention et de contrôle des infections et qu'elle s'occupait également du programme de sensibilisation aux infections pour le foyer. La directrice des soins a affirmé que le personnel nouvellement embauché avait participé à un programme de dépistage de la tuberculose depuis la mise en place du nouveau règlement en 2010. En ce qui concerne le personnel embauché avant juillet 2010, aucune vérification n'a été requise ni effectuée si leurs tests de dépistage de la tuberculose étaient consignés à leur dossier.

Le 17 juin 2014, l'inspecteur 547 a interrogé la directrice des soins et un autre membre du personnel, qui ont tous deux confirmé qu'un employé n'avait pas de test de dépistage de la tuberculose figurant à son dossier.

Selon la politique de Community Lifecare Inc. concernant la santé des employés : « chaque personne doit fournir la preuve qu'elle a subi un test confirmant qu'elle n'est pas atteinte de tuberculose pour travailler dans cet établissement et cette preuve doit être conservée dans le dossier médical au foyer. De plus, le fait de ne pas fournir l'information concernant un résultat positif au test de dépistage de la tuberculose empêchera l'emploi dans notre établissement ». Ainsi, le personnel qui travaille au foyer n'est pas soumis à un test de dépistage de la tuberculose conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et aux pratiques couramment admises. [alinéa 229 (10) 4]

Date de délivrance : 27 juin 2014

Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

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

	Copie destinée au public
Nom des inspecteurs :	SUSAN WENDT (546), JOANNE HENRIE (550), LISA KLUKE (547)
N° de registre :	O-000509-14
N° du rapport d'inspection :	2014_285546_0019
Type d'inspection :	Inspection de la qualité au nom des résidents
Date du rapport :	27 juin 2014
Titulaire de permis :	COMMUNITY LIFECARE INC 1955 Valley Farm Road, 3 ^e étage, PICKERING (Ontario) L1V 1X6
Foyer de soins de longue durée :	COMMUNITY NURSING HOME (ALEXANDRIA) 92, rue Centre, ALEXANDRIA (Ontario) K0C 1A0
Nom de l'administrateur :	TERRY DUBE

Aux termes du présent document, COMMUNITY LIFECARE INC. est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre :	001	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b
Lien vers l'ordre existant :	2012_030150_0010, OC n° 001		
Aux termes de :	la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, 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;		
	b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;		
	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).		
Ordre :			
	1. Le titulaire de permis est tenu de rédiger, soumettre et mettre en application un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit :		
	D'une part :		
	Veiller à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état, notamment en réparant, en remettant en état ou en remplaçant, au besoin :		

1. les plinthes endommagées;
2. les couvre-joints endommagés qui posent des risques de blessures aux résidents;
3. les fenêtres et rebords de fenêtres endommagés des aires de soins aux résidents qui n'ont pas été entretenus de sorte à assurer une surface qui peut être nettoyée et désinfectée;
4. les plinthes chauffantes endommagées, qui posent des risques de blessures aux résidents;
5. les murs endommagés avec rebords en plastique ou en métal coupants, qui posent des risques de blessures aux résidents;
6. les toits et les plafonds endommagés et présentant des fuites dans les aires de soins aux résidents;

D'autre part :

Mettre au point un processus efficace de surveillance pour assurer que les secteurs en mauvais état, qui posent des risques pour les résidents, sont signalés au moyen du système de déclaration de problèmes par le personnel et confier le processus d'examen des problèmes au personnel ayant des responsabilités de supervision dans les aires de soins aux résidents du foyer.

Mettre en œuvre un processus efficace de surveillance en réparant, en remettant en état ou en remplaçant le foyer, l'ameublement et le matériel, en accordant une attention immédiate aux points précisés et posant un risque de blessures aux résidents dans les aires de soins aux résidents.

Veiller à ce que le processus d'assurance de la qualité du titulaire évalue les résultats du processus de surveillance mis en œuvre et l'efficacité des mesures prises pour résoudre les problèmes du foyer.

Ce plan doit préciser le calendrier d'exécution des tâches et le nom des personnes qui seront chargées de les exécuter. Le plan doit être soumis à l'inspectrice Lisa Kluge d'ici le 18 juillet 2014 de l'une des façons suivantes : par courriel à lisa.kluge@ontario.ca; par courrier postal adressé à Lisa Kluge, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité, 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario), K1S 3J4; par télécopieur au 613 569-9670.

Motifs :

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

Durant l'inspection de la qualité au nom des résidents, l'équipe d'inspecteurs des foyers de soins de longue durée a fait les observations suivantes concernant des problèmes qui indiquaient un échec généralisé du programme d'entretien et dont certains peuvent constituer un risque potentiel lié à la sécurité des résidents. Certains secteurs, définis dans l'AE n° 1 du rapport, peuvent constituer un risque potentiel lié à la sécurité des résidents.

1. L'ameublement et le matériel n'ont pas été entretenus de façon qu'ils soient sûrs et en bon état :

Il a été observé que les plinthes étaient endommagées dans les chambres 207, 209, 216, 206, 303, 305, 311, 315, ainsi que dans les aires de repos et les salles de bain du deuxième et du troisième étage, soit parce qu'elles n'étaient plus collées au mur, soit parce qu'elles étaient fendues, cassées ou manquantes.

Les revêtements de sol et muraux non intacts posent un risque potentiel en matière de sécurité et ne peuvent pas être nettoyés ou désinfectés correctement.

Il a été observé que la boiserie près du comptoir de service des repas dans la salle des résidents du deuxième étage était cassée, ce qui posait un risque pour les résidents.

Il a été observé que les murs et les plafonds avaient été endommagés dans l'ensemble du foyer, dans les chambres 202, 204, 207, 208, 209, 307, 308 et 309 (y compris les salles de toilette de ces chambres), les aires de repas du deuxième et du troisième étage, ainsi que les salles de bain du deuxième et du troisième étage. Dans ces secteurs, il a été noté que la surface des murs recouverts d'une cloison sèche ou d'aggloméré était enfoncée, rayée, fendue ou manquante, exposant plusieurs matériaux poreux différents, des espaces vides ou des plaques de structure métallique coupantes dans les aires de soins aux résidents. Les surfaces non intactes ne peuvent pas être nettoyées ou désinfectées adéquatement comme il se doit, ce qui pose un risque

potentiel en matière de contrôle des infections. Les surfaces endommagées peuvent aussi présenter un risque pour la sécurité des résidents, comme il est précisé dans la salle de bain du troisième étage pour un résident qui a subi une lacération à la main gauche à cause d'un bord coupant de cloison sèche. Il a été noté qu'à deux endroits, de l'eau coulait du plafond de l'aire de repas du troisième étage et que des seaux avaient été placés sous ces fuites pour recueillir l'eau, à côté des fauteuils roulants dans lesquels des résidents étaient assis pour leurs activités ou les repas. On a noté que le plafond coulait les jours où il pleuvait, ce qui posait un risque pour les résidents qui utilisaient cette partie du troisième étage.

Il a été observé que plusieurs fenêtres et rebords de fenêtres étaient endommagés et avaient des parties manquantes ou cassées, ce qui empêchait leur bon fonctionnement, et il y avait aussi du ruban à conduits placé sur les fentes et les espaces pour pallier l'agent d'étanchéité qui manquait dans les chambres 203, 207, 211, 301, 303, 305, 307, 311 et 315, ainsi que dans les aires de repas du deuxième et du troisième étage. Ces surfaces endommagées n'étaient pas intactes, ce qui rendait certaines parties difficiles à nettoyer et à désinfecter. Ces fenêtres endommagées posaient un risque pour la sécurité des résidents si elles restaient exposées aux éléments extérieurs, car les résidents risquaient de glisser ou de faire une chute si la pluie entraînait dans leurs chambres.

Il a été noté que les plinthes chauffantes du deuxième et du troisième étage situées dans les aires de repas, la salle des résidents (du deuxième étage) et les couloirs des aires de soins aux résidents étaient égratignées et enfoncées et avaient des rebords en métal brisés et coupants qui posaient un risque considérable pour la sécurité des résidents.

Il a été noté, dans les salles de toilette communes des chambres 208 et 307, qu'à proximité des distributeurs de papier de toilette, les carreaux de mur en céramique étaient endommagés et avaient des bords coupants qui n'étaient pas en bon état et posaient un risque potentiel pour la sécurité des résidents.

Dans les chambres 307 et 308, les portes de la penderie des résidents n'étaient pas installées correctement et avaient la base qui pendait ou frottait le sol parce qu'elle n'était pas accrochée à la glissière du bas.

Chambre 206 (inoccupée et prête pour une nouvelle admission) avait une table de chevet dont le tiroir du centre avait à l'intérieur un carré de rouille de quatre pouces de côté qui n'avait pas été signalé pour réparation alors que cette surface ne pouvait pas être nettoyée ni désinfectée.

Le boudoir des résidents (près de l'ascenseur du deuxième étage) avait un sofa à deux places (à l'usage des résidents et des visiteurs) qui avait un trou dans le tissu recouvrant le coussin du côté droit.

La salle de toilette commune de la chambre 302 avait un robinet qui n'était pas solidement ancré; le robinet bougeait en l'ouvrant et en le fermant.

Les surfaces non intactes ne pouvaient pas être nettoyées ni désinfectées adéquatement, au besoin, ce qui posait un risque potentiel en matière de contrôle des infections. Les surfaces endommagées peuvent également présenter un risque pour la sécurité des résidents.

2. Un examen des deux dernières vérifications effectuées par le chef des services environnementaux n'a pas permis de détecter les éléments de risque pour les résidents précisés dans le présent rapport.

L'étendue des problèmes d'entretien général et d'entretien ménager est assez généralisée et pose un risque pour la santé, le confort, la sécurité et le bien-être des résidents du foyer. Le programme des services d'hébergement exige la mise en œuvre d'un processus de surveillance efficace et de directives durables concernant l'entretien préventif et la déclaration des parties endommagées qui posent un risque de blessures aux résidents. Ces éléments constituent des motifs suffisants pour délivrer le présent ordre de conformité.

(547)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :	31 octobre 2014
---	------------------------

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du greffier
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

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

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

Date de délivrance :	27 juin 2014
Signature de l'inspecteur :	Original signé par
Nom de l'inspecteur :	Susan Wendt
Bureau régional de services :	Ottawa