



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

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

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

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

**Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch**

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

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services
de Sudbury
159 rue Cedar Bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone: (705) 564-3130
Télécopieur: (705) 564-3133

Public Copy/Copie du public

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection N° / N° de l'inspection	Log # / Registre n°	Type of Inspection / Genre d'inspection
Le 14 décembre 2015	2015_282543_0026	029578-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Licensee/Titulaire de permis

EXTENDICARE (CANADA) INC.
3000, AV. STEELES EST, BUREAU 700, MARKHAM (ONTARIO) L3R 9W2

Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée

EXTENDICARE KAPUSKASING
45, RUE ONTARIO C.P. 460 KAPUSKASING (ONTARIO) P5N 2Y5

Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs

TIFFANY BOUCHER (543), SYLVIE BYRNES (627), VALA MONESTIME BELTER (580)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection



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

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

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

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

Cette inspection visait à faire une inspection de la qualité des services aux résidents.

Elle a été faite aux dates suivantes : du 23 au 27 novembre, le 30 novembre et du 1^{er} au 3 décembre 2015

Deux incidents critiques ont aussi été analysés lors de cette inspection : les numéros 000446-15 et 005418-15.

Tout au long de l'inspection, les inspecteurs ont pu observer directement la façon dont les soins étaient prodigués et les services offerts aux résidents dans toutes les sections du foyer, interroger les résidents et leur famille, observer directement le déroulement des repas, la distribution des liquides et des aliments ainsi que des médicaments, et revoir le dossier médical des résidents, le roulement des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées ainsi que les diverses politiques et procédures du foyer.

Dans le cadre de l'inspection, les inspecteurs ont parlé avec l'administrateur ou le directeur des soins, le personnel infirmier autorisé (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées), les préposés aux services de soutien à la personne, le coordonnateur de l'outil RAI/MDS (Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set), le personnel chargé de l'entretien, les résidents et les membres de leur famille.

Les protocoles d'inspection ci-dessous ont été suivis :



**Services d'hébergement - Entretien,
Soins liés à la continence et
gestion des selles, Observation des
repas
Conseil des familles
sur la prévention
des chutes
Hospitalisation et changement de l'état,
Prévention des infections et Contrôle
des médicaments
Réduction au minimum des
restrictions de l'alimentation et de
l'hydratation
Prévention des mauvais traitements,
Déclaration et plaintes concernant la
négligence et les représailles
Conseil des résidents,
Comportements réactifs,
Sûreté et sécurité du foyer,
Soins de la peau et des plaies,
Nombre suffisant d'employés**

Lors de cette inspection, des cas de non-conformité ont été signalés.

**7 WN(s)
4 VPC(s)
0 CO(s)
0 DR(s)
0 WAO(s)**



NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

<p>Legend</p> <p>WN – Written Notification VPC – Voluntary Plan of Correction DR – Director Referral CO – Compliance Order WAO – Work and Activity Order</p>	<p>Légende</p> <p>WN – Avis écrit VPC – Plan de redressement volontaire DR – Aiguillage au directeur CO – Ordre de conformité WAO – Ordres : travaux et activités</p>
<p>Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).</p> <p>The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.</p>	<p>Le non-respect des exigences de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD) a été constaté. (une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD.</p> <p>Ce qui suit constitue un avis écrit de non- respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.</p>

WN n° 1 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8, par. 8. Services infirmiers et services de soutien personnel

Plus précisément, non-conformité avec le point suivant :

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer était de service et présent au foyer en tout temps.

L'examen de l'emploi du temps du personnel infirmier autorisé du foyer entre le 4 septembre et le 26 novembre 2015 a permis de constater que, à certains moments, aucun membre du personnel infirmier autorisé n'était présent. Du 4 au 30 septembre 2015, 7 quarts complets (le quart de travail tout entier) du personnel infirmier autorisé n'ont pas été couverts ($7/27 = 26\%$ du temps), de même que 9 quarts partiels (une partie du quart de travail) ($9/27 = 33,3\%$ du temps). Du 1^{er} au 31 octobre 2015, 16 quarts complets n'ont pas été couverts ($16/31 = 51,6\%$ du temps), de même que 14 quarts partiels ($14/31 = 45\%$ du temps). Enfin, du 1^{er} au 26 novembre 2015, 5 quarts complets n'ont pas été couverts ($5/26 = 19\%$ du temps), de même que 5 quarts partiels ($5/26 = 19\%$ du temps).

L'administrateur a été interrogé à ce sujet et a confirmé que l'emploi du temps était exact et indiquait bien les quarts partiellement ou non couverts par le personnel infirmier autorisé. [par. 8. (3)]

Autres mesures à prendre :

VPC – Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit préparer un plan écrit ou un correctif pour se conformer à la Loi et s'assurer qu'il y ait toujours au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer de service et présent au foyer en tout temps. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

WN n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8. Respect des politiques et dossiers



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

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

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

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

Plus précisément, non-conformité avec le point suivant :

par. 8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

(a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

(b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré du respect du programme de prévention et de contrôle des chutes.

L'examen du programme de prévention et de contrôle des chutes du foyer a permis de constater que, lorsqu'un résident faisait une chute, le personnel devait remplir un rapport d'incident ou de gestion des risques, dont le suivi devait être fait dans les 24 heures.

Cependant, l'examen des notes d'évolution du résident n° 010 a permis de constater que ce résident est tombé à plusieurs reprises en septembre et en octobre 2015. Or, aucun rapport d'incident n'a été fait pour une des chutes qui se sont produites en octobre 2015.

De plus, l'examen des notes d'évolution du résident n° 018 a permis de constater que ce résident est tombé à plusieurs reprises en septembre et en octobre 2015. Or, aucun rapport de gestion des risques n'a été soumis pour deux des chutes qui se sont produites en septembre ni pour une des chutes qui s'est produite en octobre 2015.

L'administrateur a été interrogé à ce sujet et a confirmé qu'un rapport de gestion des risques aurait dû être fait. [par. 8. (1) (a), par. 8. (1) (b)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré du respect du programme de prise en charge de l'incontinence.

L'examen du programme de prise en charge de l'incontinence du foyer a permis de constater que le personnel devait évaluer le degré d'incontinence au moyen d'un outil adéquat sur le plan clinique, spécialement conçu à cette fin. L'évaluation devait comprendre un processus détaillé d'examen des dossiers cliniques de santé, une entrevue avec le résident et des commentaires du personnel soignant, et devait indiquer toute détérioration du degré d'incontinence.

L'examen des évaluations dans PointClickCare indiquait que la plus récente évaluation de l'incontinence urinaire du résident n° 012 a été faite en mars 2014 (lors de son admission).

Le préposé aux services de soutien à la personne n° 110 a été interrogé et a confirmé que l'incontinence du résident n° 012 s'était détériorée, et que la situation avait été signalée au personnel infirmier mais n'avait pas été réglée dans le cadre du programme de soins de ce résident.



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

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

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

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

L'infirmière autorisée n° 109 a été interrogée et a confirmé qu'aucune autre évaluation n'a été faite concernant le degré d'incontinence du résident n° 012. Elle a convenu que le programme de soins de ce résident ne tenait pas bien compte de la situation. [par. 8. (1) (a)]

Autres mesures à prendre :

VPC – Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, par la présente, préparer un plan écrit ou un correctif visant à s'assurer du respect des programmes de prévention et de contrôle des chutes et de prise en charge de l'incontinence, lequel doit être mis en application volontairement.

WN n° 3 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8, par. 20. Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Plus précisément, non-conformité avec le point suivant :

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré du respect de la politique écrite « Resident Abuse- Staff to Resident » (Mauvais traitement des résidents – Membre du personnel envers un résident).

Un rapport d'incident critique lié aux mauvais traitements a été soumis le 7 avril 2015. Il y était indiqué que, le 4 avril 2015, le préposé aux services de soutien à la personne n° 101 a agrippé le résident n° 013 lors d'un transfert. Le préposé aux services de soutien à la personne n° 102 a été témoin de l'incident et l'a signalé à l'infirmière auxiliaire autorisée n° 104, à l'infirmière autorisée n° 105 et à l'infirmière auxiliaire autorisée n° 106 le jour suivant. Le 7 avril 2015, le préposé aux services de soutien à la personne n° 102 a envoyé une lettre à l'administrateur concernant l'incident qui est survenu le 4 avril 2015. Un rapport d'incident critique a alors été soumis au directeur.

L'examen de la politique « Resident Abuse- Staff to Resident » (Mauvais traitement des résidents – Membre du personnel envers un résident) du foyer a révélé que tout mauvais traitement, toute incompétence en matière de traitement ou de soins ou tout détournement de fonds, soupçonné ou observé, doit être immédiatement signalé à l'administrateur, au directeur de soins ou à la personne désignée (p. ex. superviseur, responsable de service).

L'administrateur, l'infirmière auxiliaire autorisée n° 106 et l'infirmière autorisée n° 107 ont été interrogés et ont confirmé que la politique du foyer n'avait pas été respectée. [par. 20. (1)]

Autres mesures à prendre :

VPC – Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit ou un correctif visant à s'assurer du respect de la politique « Resident Abuse- Staff to Resident » (Mauvais traitement des résidents – Membre du personnel envers un résident) relative à la déclaration des incidents et des mauvais traitements, laquelle doit être mise en application volontairement.

WN n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 31. Services infirmiers et services de soutien personnel

Plus précisément, non-conformité avec le point suivant :

par. 31. (3) Le plan de dotation en personnel doit :

(a) prévoir une dotation en personnel variée qui soit compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfasse aux exigences de la Loi et du présent règlement; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 31 (3).

**(b) énoncer l'organisation et l'horaire des quarts du personnel;
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 31 (3).**

(c) promouvoir la continuité des soins en réduisant le nombre de membres du personnel différents qui fournissent des services infirmiers et des services de soutien personnel à chaque résident; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 31 (3).

**(d) comprendre un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 31 (3).**

**(e) être évalué et mis à jour au moins une fois par année 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. 31 (3).**

s. 31. (4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3 e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 31 (4).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le foyer dispose d'un plan de secours dans les cas où des membres du personnel infirmier ne peuvent se présenter au travail.

L'examen du plan de dotation du foyer a permis de constater qu'il ne comprenait pas de plan de secours dans les cas où des membres du personnel infirmier ne peuvent se présenter au travail. Le plan offrait des solutions pour les préposés aux services de soutien à la personne, mais non pour le personnel infirmier autorisé.

Une entrevue avec l'administrateur a révélé que le plan de secours du foyer offrant des solutions dans les cas où des membres du personnel ne peuvent se présenter au travail ne tenait pas compte des soins infirmiers (personnel infirmier autorisé et personnel infirmier auxiliaire autorisé). [par. 31. (3)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré qu'il y ait un registre écrit de toutes les évaluations annuelles du plan de dotation, y compris la date de l'évaluation, le nom des personnes qui ont participé à l'évaluation, un résumé des changements apportés et la date à laquelle ces changements ont été faits.

Le 2 décembre 2015, une entrevue avec l'administrateur au sujet d'un registre écrit des évaluations annuelles du plan de dotation du foyer a révélé que le foyer ne disposait pas de registre écrit des évaluations de son plan de dotation. [par. 31. (4)]

Autres mesures à prendre :

VPC – Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit ou un correctif visant à s'assurer que le plan de secours du foyer tienne compte des situations où des membres du personnel infirmier autorisé ne peut se présenter au travail et qu'il y ait un registre écrit de toutes les évaluations annuelles du plan de dotation, y compris la date de l'évaluation, le nom des personnes qui ont participé à l'évaluation, un résumé des changements apportés et la date à laquelle ces changements ont été faits, lequel doit être mis en application volontairement.

Plus précisément, non-conformité avec le point suivant :

par. 6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- (a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- (b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- (c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

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

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le programme de soins du résident n° 001 donnait des directives claires au personnel et à toute autre personne offrant directement des soins au résident.

L'examen du dossier de santé du résident n° 001 a permis de constater que le degré d'incontinence de ce résident a changé de juillet à novembre 2015. En effet, ce résident n'avait pas besoin de produits d'incontinence auparavant, mais en a besoin à présent. L'inspecteur a revu l'évaluation du degré d'incontinence du résident n° 001 datée d'août 2015, et le programme de soins contredisait cette évaluation.

Une entrevue avec les préposés aux services de soutien à la personne n° 111, n° 112, n° 117 et n° 122 a révélé que le résident n° 001 n'avait pas besoin de produits d'incontinence le jour et le soir. Le préposé aux services de soutien à la personne n° 117 a expliqué à l'inspecteur que le résident n° 001 pouvait faire sa toilette de façon autonome pendant la journée.

Une entrevue avec le préposé aux services de soutien à la personne n° 121 a révélé que le résident n° 001 était incontinent certains jours et continent d'autres jours, et qu'on faisait sa toilette pendant la journée.

Le préposé aux services de soutien à la personne n° 122 a précisé que les directives de soins définies dans le Kardex du résident n° 001 étaient inexactes.

Une revue du programme de soins du résident n° 001 a révélé que le résident n° 001 avait besoin de produits d'incontinence en tout temps. [par. 6. (1) (c)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que ce résident soit réévalué et que le programme de soins soit revu et révisé au moins tous les six mois, ainsi qu'à tout autre moment où les soins du résident doivent être modifiés.

Une revue du programme de soins du résident n° 012 a révélé que ce résident n'avait pas besoin d'aide pour faire sa toilette.



Une entrevue avec le préposé aux services de soutien à la personne n° 110 a permis de constater que le degré d'incontinence du résident n° 012 s'était aggravé. Le préposé aux services de soutien à la personne n° 110 a dit avoir fait part de la situation au personnel infirmier autorisé et a confirmé que le programme de soins du résident n° 012 ne tenait pas compte de ses besoins changeants en matière d'incontinence.

Une entrevue de l'infirmière autorisée n° 109 a révélé que le programme de soins du résident n° 012 ne tenait pas compte de son degré croissant d'incontinence. [par. 6. (10) (b)]

WN n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101. Traitement des plaintes plus précisément, non-conformité avec le point suivant :

par. 101. (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :

(a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

(b) la date de réception de la plainte; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

(c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

(d) le règlement définitif, le cas échéant; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

(e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

(f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le foyer conservait un dossier documenté des plaintes verbales, indiquant la nature de la plainte verbale, la date de réception de la plainte; le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire. Le règlement définitif, le cas échéant; chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse; et toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Lors d'une entrevue, le résident n° 009 a dit qu'il avait perdu un objet personnel et l'avait mentionné à un préposé aux services de soutien à la personne.

Une revue des notes d'évolution de ce résident a révélé que le résident n° 009 avait perdu un objet personnel et que le préposé aux services de soutien à la personne l'avait cherché, mais ne l'avait pas trouvé.

Une entrevue avec le préposé aux services de soutien à la personne n° 119 a révélé que, lorsqu'un résident signale avoir perdu un objet, les préposés le chercheront et, s'ils ne le trouvent pas, ils en feront part à un membre du personnel infirmier autorisé.

Une entrevue avec l'infirmière auxiliaire autorisée n° 104 a révélé que le personnel informe l'administrateur en lui soumettant un rapport, en entrant l'information dans le livre de communication et en en discutant avec lui. Le personnel a dit qu'il y avait autrefois un formulaire, mais il ne sait pas ce qu'il en est advenu. L'infirmière auxiliaire autorisée n° 014 a confirmé qu'aucun formulaire de plainte n'avait été rempli pour signaler la perte de l'objet personnel du résident n° 009.

Une entrevue avec l'administrateur a confirmé qu'aucun formulaire de plainte n'avait été rempli pour signaler la perte de l'objet personnel du résident n° 009. [par. 101. (2)]

WN n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections plus précisément, non-conformité avec le point suivant :

s. 229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).

Findings/Faits saillants :



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

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

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

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

Une observation de la distribution de médicaments faite le 26 novembre 2015 par l'infirmière autorisée n° 109 a révélé que l'infirmière ne s'est pas désinfecté les mains pour trois administrations de médicaments distinctes.

L'inspecteur a observé l'infirmière autorisée n° 109 préparer une injection à administrer au résident n° 015 dans la salle de médicaments du foyer, administrer l'injection, puis retourner au poste de soins infirmiers et consigner l'administration du médicament. Elle a ensuite préparé une autre injection à administrer au résident n° 106 dans la salle de médicaments du foyer, a administré l'injection, puis est retournée au poste de soins infirmiers et a consigné l'administration du médicament. L'inspecteur a alors observé l'infirmière autorisée n° 109 préparer une troisième injection à administrer au résident n° 017, administrer l'injection, puis retourner au poste de soins infirmiers et consigner l'administration du médicament. À aucun moment l'inspecteur n'a vu l'infirmière autorisée n° 109 se désinfecter les mains, avant ou après avoir administré les médicaments à ces trois résidents. [par. 229. (4)]

Document délivré le 22^e jour de décembre 2015

Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Rapport original signé par l'inspecteur.