



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

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

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

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

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

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

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

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b> 30 septembre 2016	<b>Numéro d'inspection</b> 2016_285126_0019	<b>N° de registre</b> 013475-16	<b>Type d'inspection</b> Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
<b>Titulaire de permis</b> GENESIS GARDENS INC. 438, ROUTE PRESLAND, OTTAWA ON K1K 2B5			
<b>Foyer de soins de longue durée</b> FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME 1003, chemin Limoges Sud, Limoges ON K0A 2M0			
<b>Nom des inspectrices</b> LINDA HARKINS (126), GILLIAN CHAMBERLIN (593), JOANNE HENRIE (550), LISA KLUKE (547)			
<b>Résumé de l'inspection</b>			

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

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24 et 26 août 2016.

Au cours de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, quatre suivis d'ordres, une plainte et deux incidents critiques ont été inspectés.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : administrateur du foyer, directrices des soins (DDS), directrice adjointe des soins (DADS), coordonnatrice du RAI, responsable de l'entretien, superviseure du service d'alimentation (SSA), diététiste, responsable des activités, aide-physiothérapeute, infirmières autorisées (IA), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), préposée d'aide aux activités, préposées à l'entretien ménager, personnes résidentes et membres des familles.

De plus, l'équipe d'inspection a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des documents relatifs à la préparation alimentaire y compris les menus planifiés et des fiches de l'ingestion quotidienne d'aliments et de liquides de personnes résidentes, des procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles. L'équipe a également examiné des documents relatifs à des enquêtes du foyer concernant deux incidents critiques signalés par le foyer, ainsi que les politiques et procédures relatives au contrôle des infections et à la prévention des mauvais traitements. L'équipe d'inspection a observé des aspects des soins des personnes résidentes et les interactions avec le personnel, ainsi que l'administration des médicaments et plusieurs services de repas.

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

Services d'hébergement — entretien  
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence  
Dignité, choix et vie privée  
Observation de la restauration  
Hospitalisation et changement d'état de santé  
Prévention et contrôle des infections  
Médicaments  
Recours minimal à la contention  
Soins alimentaires et hydratation  
Services de soutien personnel  
Amélioration de la qualité  
Activités récréatives et sociales  
Conseil des résidents  
Comportements réactifs  
Foyer sûr et sécuritaire  
Soins de la peau et des plaies

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

11 AE  
3 PRV  
1 OC  
1 RD  
0 OTA

Les ordres suivants émis antérieurement ont été trouvés en conformité lors de cette inspection :

EXIGENCE	GENRE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE
LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 (2)	OC n° 003	2015_289550_0025	550
Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228	OC n° 001	2015_289550_0025	550
Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229	OC n° 002	2015_289550_0025	550

### NON-RESPECT DES EXIGENCES

#### Définitions

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

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 29 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

### **Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

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

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

### **Faits saillants :**

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :
  - a) la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fasse conformément à la présente Loi et aux règlements, et à ce qu'elle comporte toutes les exigences énoncées à l'article 109 du Règl. de l'Ont. 79/10;
  - b) la politique soit respectée.

La présente inspection est une inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 004 qui a été émis le 23 décembre 2015 avec une date de conformité du 22 juillet 2016.

Un examen de la politique du foyer « Réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention » a révélé que la politique a été révisée par le titulaire de permis, mais qu'il lui manque toujours les sections suivantes, en application de l'article 109 du Règl. de l'Ont. 79/10 :

- c) la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;
- f) les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;
- g) le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement.

L'inspectrice a examiné l'enseignement qui devait être donné au personnel qui a recours à des appareils mécaniques ou à des appareils d'aide personnelle ou qui assure la surveillance de personnes résidentes maîtrisées au moyen d'appareils mécaniques. L'enseignement a été donné au personnel les 21 et 22 juin 2016, et l'on indiquait que son contenu n'incluait pas les dangers potentiels des appareils mécaniques ou des appareils d'aide personnelle comme on le précisait dans l'ordre de conformité signifié le 30 décembre 2015. De plus, l'inspectrice a examiné les présences pour les deux séances d'enseignement, et elle a remarqué que, sur 91 membres du personnel, 7 d'entre eux (1 IA, 1 IAA, 3 PSSP permanentes et 2 PSSP de garde) n'avaient pas reçu l'enseignement.

Dans le cadre de l'ordre de conformité, le titulaire de permis devait également réviser et mettre à jour le programme de soins écrit de chaque personne résidente maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique ou d'un appareil d'aide personnelle, et envisager et documenter des solutions de rechange au recours à des appareils mécaniques pour les personnes résidentes n° 004, 031 et 037.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux et les programmes de soins écrits des personnes résidentes n° 004, 031 et 037, ainsi que des personnes résidentes n° 008, 010 et 015. L'inspectrice a détecté les domaines de non-conformité suivants :

Personne résidente n° 004 (voir l'AE n° 5 concernant l'alinéa 6 (1)c) de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 004.

L'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 004 à diverses reprises pendant toute la durée de l'inspection et remarqué qu'elle avait une ceinture abdominale fermant sur le devant quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

La documentation figurant dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016, et une entrevue avec PSSP n° S111 et la DADS ont confirmé que l'on avait recours à une ceinture abdominale pour la personne résidente n° 004 en tout temps quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

L'inspectrice n° 550 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 004 et observé qu'il ne comportait pas de disposition pour une ceinture abdominale.

La DADS a indiqué que l'on devrait documenter le recours à la ceinture abdominale dans le programme de soins de la personne résidente pour fournir des directives claires au personnel, et qu'il s'agissait d'un oubli de sa part.

(voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 112 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 79/10) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

On a observé la personne résidente n° 004 à diverses reprises assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale fermant sur le devant. La personne résidente n'avait pas la capacité cognitive d'enlever la ceinture de siège.

L'ordre du médecin (daté d'une journée précise de janvier 2014) figurant dans la révision trimestrielle des médicaments indiquait « ceinture abdominale attachée au fauteuil roulant PRN (au besoin) pour raison de sécurité et fournir une période de repos ».

L'inspectrice a déterminé grâce à des observations, à la documentation figurant dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016, et à une entrevue avec la

PSSP n° S111 et la DADS que l'on avait recours à la ceinture abdominale en tout temps quand la personne résidente était assise dans le fauteuil roulant.

Comme le montre ce qui précède, le recours à l'appareil mécanique de la personne résidente n° 004 ne se fait pas conformément aux instructions précisées par le médecin ou par une infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

Personne résidente n° 008 (voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 112 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 79/10) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par une infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 008 indiquait qu'elle nécessite une ceinture abdominale quand elle est assise dans le fauteuil roulant parce qu'elle glisse hors du fauteuil, et que l'on a recours à une tablette quand la personne est assise dans le fauteuil roulant pendant les repas et pour une question de commodité. On a déterminé, d'après les observations que l'on a faites de la personne résidente, d'après un examen du dossier de surveillance et de changement de position, et d'après une entrevue avec la PSSP n° S114, que l'on avait recours en tout temps à une tablette quand la personne résidente était assise dans le fauteuil roulant. Cette mesure a été demandée par un membre de la famille.

L'inspectrice a examiné l'ordre du médecin daté d'une journée précise d'août 2016 et a observé qu'il indiquait ce qui suit : tablette installée sur le fauteuil roulant pendant les repas et pour question de commodité seulement.

Comme le montre ce qui précède, on n'a pas eu recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin.

Personne résidente n° 010 (voir l'AE n° 7 concernant l'alinéa 31 (2) 4 de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins relatif à la contention comporte un ordre du médecin ou de l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

À plusieurs reprises pendant toute la durée de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, l'inspectrice n° 550 a observé que la personne résidente n° 010 portait une ceinture abdominale fermant sur le devant. Lors d'une entrevue, la PSSP n° S115 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente nécessitait une ceinture abdominale quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 010 et a remarqué qu'il n'y avait pas d'ordre de médecin concernant la ceinture abdominale.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice qu'il s'agissait d'un oubli de sa part.

(Voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 110 (2) 6 du Règl. de l'Ont. 79/10) :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de la personne résidente n° 010 soit réévalué et à ce que l'efficacité de la mesure de contention soit évaluée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente.

On a observé à plusieurs reprises pendant toute la durée de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes que la personne résidente portait une ceinture abdominale fermant sur le devant.

Une observation du dossier d'administration des médicaments révélait que l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention n'étaient pas évalués par du personnel infirmier autorisé au moins toutes les huit heures.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé était tenu de signer le dossier d'administration des médicaments lors de chaque quart de travail pour indiquer qu'il avait réévalué l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention.

Personne résidente n° 015 (voir l'AE n° 5 concernant l'alinéa 6 (10)b) de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 015 soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 015. Elle a remarqué que l'on indiquait, dans un ordre du médecin d'une journée précise de février 2016, que la personne résidente nécessitait deux côtés de lit quand elle était au lit. On indiquait également dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016 que la personne résidente avait eu deux côtés de lit relevés quand elle était au lit.

Le programme de soins lui-même indiquait que la personne résidente nécessitait un côté de lit relevé quand elle était au lit.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° S114 a indiqué que la personne résidente nécessite deux côtés de lit relevés pour sa sécurité quand elle est au lit. La DADS a indiqué que l'exigence concernant deux côtés de lit avait été modifiée d'un à deux côtés de lit en février, car la personne résidente avait fait de multiples chutes, mais que le programme de soins n'était pas révisé pour tenir compte de ce changement.

Personne résidente n° 031 (voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 112 (2) 6 du Règl. de l'Ont. 79/10) :  
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de la personne résidente n° 031 soit réévalué et à ce que l'efficacité de la mesure de contention soit évaluée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente.

On a observé que la personne résidente portait une ceinture abdominale quand elle était assise dans le fauteuil roulant. La PSSP n° S111 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente nécessite une ceinture abdominale quand elle est assise dans le fauteuil roulant parce qu'elle ne se souvient pas qu'elle a eu une intervention chirurgicale qui limite son ambulation.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a remarqué dans le dossier d'administration des médicaments que l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention n'étaient pas évalués par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé doit signer le dossier d'administration des médicaments lors de chaque quart de travail pour indiquer qu'il a réévalué l'état de la personne résidente et évalué l'efficacité de la mesure de contention.

Personne résidente n° 037 (voir l'AE n° 5 concernant l'alinéa 6 (10)c) de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 037.

L'inspectrice n° 550 a observé dans le programme de soins lui-même de la personne résidente n° 037 que l'on avait recours à une tablette quand elle était assise dans le fauteuil roulant. Lors d'une entrevue, la PSSP n° S111 a indiqué que cette personne résidente avait été l'une des premières personnes résidentes à être évaluées après l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes de l'année passée, que l'on avait déterminé que la tablette ne servait à rien et qu'on l'avait enlevée à ce moment-là.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué que la personne résidente ne nécessite plus de tablette quand elle est assise dans le fauteuil roulant, qu'on avait enlevé la tablette il y a quelques mois et qu'elle ne devrait plus figurer dans le programme de soins, car il ne fournit pas des directives claires à l'intention du personnel. Il s'agissait d'un oubli de sa part. La DADS a indiqué que l'on avait effectué des vérifications pour toutes les personnes résidentes qui avaient des appareils mécaniques pour s'assurer qu'ils sont en conformité avec la politique du foyer relative aux moyens de contention et avec les dispositions législatives. Elle a indiqué que les faits susmentionnés constituaient un oubli de sa part. Elle a de plus indiqué, et ce point a été ultérieurement confirmé par l'administrateur, que les évaluations de toutes les personnes résidentes maîtrisées par des appareils mécaniques et par des appareils d'aide personnelle ont été faites à l'aide d'une méthode interdisciplinaire, et que la DADS était la personne qui avait fait la totalité des évaluations et des vérifications.

Bien que l'on remarquât que le foyer avait fait beaucoup de travail concernant sa politique relative aux mesures de contention, la formation du personnel, ainsi que l'évaluation, la révision et la mise à jour du programme de soins de la personne résidente, on a déterminé qu'il fallait effectuer davantage de travail pour être en conformité comme nous l'avons précédemment indiqué.



Ces non-respects avaient précédemment fait l'objet d'un renvoi au directeur le 23 décembre 2015. On a examiné l'étendue et la gravité de cette non-conformité. Le fait que le titulaire de permis n'ait pas en place une bonne politique relative aux appareils mécaniques, ainsi que le manque d'enseignement et de formation du personnel concernant l'application, l'utilisation et les dangers potentiels des appareils d'aide personnelle, constituent potentiellement un risque pour la sécurité d'une personne résidente. [Par. 29 (1)]

**Autres mesures requises :**

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

***RD n° 001 – L'avis écrit susmentionné fait également l'objet d'un renvoi au directeur pour qu'il prenne d'autres mesures.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 53 du Règl. de l'Ont. 79/10  
Comportements réactifs**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 53 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :**

**a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;**

**Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**

**b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**

**c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente qui a des comportements réactifs, notamment une évaluation, des interventions et la mention des réactions de la personne résidente à l'intervention.

La personne résidente n° 006 a été admise au foyer dans une chambre à quatre lits en 2015; elle faisait l'objet de plusieurs diagnostics, dont de la démence. Lors de l'inspection concernant un rapport sur deux incidents critiques relatifs à une altercation physique impliquant la personne résidente n° 006 et deux autres personnes résidentes, on a remarqué que plusieurs incidents étaient documentés dans les notes d'évolution :

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

Lors d'une journée précise de juin 2016, la personne résidente n° 006 a cru que sa conjointe/son conjoint avait une liaison avec une autre personne résidente dans sa chambre, et l'on a remarqué que la personne résidente n° 006 secouait le côté de lit de la personne résidente qui se trouvant dans le lit numéro un. Le médecin devait être mis au courant, car on avait récemment interrompu l'administration d'un neuroleptique. Les notes d'évolution ne comportaient aucune mention que l'on avait contacté le médecin ni des interventions effectuées ce jour-là.

Trois jours après l'incident de juin 2016 on a observé la personne résidente n° 006 en train de saisir une personne résidente par l'épaule et de lui crier après. Ce jour-là, on a contacté le médecin et le neuroleptique a été prescrit de nouveau.

Lors d'une journée précise de juillet 2016, pendant le quart de travail de nuit, on a observé la personne résidente n° 006 qui était bruyante et hurlait en demandant le code de l'entrée principale. Le personnel a été en mesure de raccompagner la personne résidente à sa chambre. Pendant le quart de travail de jour, on a remarqué que la personne résidente n° 006 avait des hallucinations, était agitée et criait après des personnes résidentes en leur disant qu'elles volaient ses chèques. La personne résidente n° 006 était également très perturbée et disait à l'infirmière qu'elle avait l'impression d'être en prison.

Lors d'une journée précise de juillet 2016, on a observé la personne résidente n° 006 qui faisait des commentaires déplaisants sur une personne résidente assise à table.

Lors d'une journée précise de juillet 2016 pendant le quart de travail de jour, on a remarqué que la personne résidente n° 006 était perturbée parce qu'elle indiquait que deux personnes résidentes l'intimidaient et se moquaient d'elle tout le temps.

Lors d'une journée précise de juillet 2016, on a observé la personne résidente n° 006 qui hurlait après une personne résidente en lui disant : « arrêtez de crier, vous dérangez tout le monde ». Une personne résidente s'est approchée de la personne résidente n° 006, l'a insultée, et la personne résidente n° 006 a réagi en brandissant le poing et en tentant de frapper l'autre personne résidente au visage.

Lors d'une journée précise de juillet 2016, pendant le quart de travail du soir, on a remarqué que la personne résidente n° 006 était très désorientée et vérifiait dans l'annuaire téléphonique pour tenter de trouver son nom et qu'elle ne pouvait pas le trouver, elle est devenue agressive et a jeté l'annuaire sur le bureau de la réception. Plus tard ce soir-là on a remarqué que la personne résidente n° 006 était plus calme.

Lors d'une journée précise de juillet 2016, la personne résidente n° 006 a agressé la personne résidente n° 005 lui causant des blessures et l'accusant de coucher avec sa conjointe/son conjoint. Ce jour-là, on a envoyé la personne résidente n° 006 à l'hôpital pour une évaluation, à son retour ce soir-là on l'a mise dans une chambre particulière et on lui a prescrit de nouveaux médicaments. Au cours des jours suivants, on fait un aiguillage pour l'équipe psychogériatrique et on a mis à jour le programme de soins lors d'une journée précise d'août 2016.

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

Lors d'une entrevue, la directrice adjointe des soins (DADS) a indiqué que la préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) n° 109 lui avait parlé d'un incident précis de juin 2016, trois jours après qu'on l'eût observé. La DADS a indiqué qu'elle n'avait interrogé personne d'autre concernant l'incident et que l'on n'avait pas fait de suivi. L'inspectrice n° 126 et la DADS ont interrogé la PSSP n° 109 qui a indiqué qu'elle n'avait pas été témoin de l'incident, mais que la PSSP n° 110 lui en avait parlé et qu'elle pensait que l'infirmière était informée. Aucune mention ne figurait dans les notes d'évolution concernant l'incident qui s'était produit lors de cette journée précise de juin 2016. Une discussion a eu lieu avec la DDS, et elle a indiqué qu'elle n'était pas au courant de cet incident précis de juin 2016 qui impliquait la personne résidente n° 006.

La personne résidente n° 006 a manifesté des comportements réactifs en juin et juillet 2016, et le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente qui avait des comportements réactifs, notamment une évaluation, des interventions et la documentation des réactions à l'intervention. [Alinéa 53 (4)c]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle des mesures sont prises pour répondre aux comportements réactifs de la personne résidente n° 006 et pour répondre à ses besoins, notamment une évaluation, des interventions et la documentation des réactions de la personne résidente aux interventions. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 57 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

**Pouvoirs du conseil des résidents**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au plus tard 10 jours après que le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupations ou de recommandations.

L'inspectrice n° 547 a interrogé la personne résidente n° 011, qui présidait précédemment le conseil des résidents, concernant la réponse du titulaire de permis au conseil touchant des sujets de préoccupation ou des recommandations. La personne résidente n° 011 a indiqué que le foyer ne

fournit pas de réponses par écrit et que l'assistante rédige les procès-verbaux, les conserve dans un cartable dans son bureau, et en affiche une copie sur le tableau d'affichage.

Lors de l'examen des procès-verbaux du conseil des résidents, on a remarqué ce qui suit :

Le procès-verbal du 10 décembre 2015 indiquait que les personnes résidentes demandaient plus de pancakes et d'œufs tournés. Une réponse a été donnée au conseil des résidents treize jours plus tard, le 23 décembre 2015, et elle ne comportait pas de réponse concernant les pancakes ou les œufs.

Le procès-verbal du 31 mars 2016 indiquait que les personnes résidentes en avaient assez des sandwiches et voulaient davantage de variété aux menus. Une réponse a été donnée au conseil des résidents le 20 avril 2016, vingt jours après que le conseil des résidents ait fait part de ces sujets de préoccupation.

Le procès-verbal du 28 juin 2016 indiquait que les personnes résidentes faisaient état de sujets de préoccupation concernant les repas, y compris ce qui suit :

Les personnes résidentes aimeraient avoir des biscuits soda avec leur soupe parce que la plupart du temps on n'en donne pas.

La plupart du temps on n'indique pas deux choix pour le repas et le dessert.

La tasse à café est trop petite et l'on ne propose pas de la remplir à nouveau.

Les personnes résidentes aimeraient des fruits frais de saison de façon régulière et également des légumes frais.

La plupart des personnes résidentes indiquaient que, lorsqu'elles n'aimaient pas les deux choix de repas, elles refusaient de manger.

La superviseure du service d'alimentation (SSA) a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle n'avait pas eu le temps de répondre à ces sujets de préoccupation.

Le conseil des résidents ne reçoit pas de réponse aux sujets de préoccupation au plus tard 10 jours après les avoir exprimés comme cela est requis. [Par. 57 (2)]

#### ***Autres mesures requises :***

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle une réponse est fournie par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé des sujets de préoccupation ou des recommandations du conseil des résidents. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Service de restauration et de collation**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

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

**8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).**

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

**11. Un ameublement et un équipement appropriés dans les aires où mangent les résidents, notamment des chaises de salle à manger confortables et des tables de salle à manger d'une hauteur appropriée pour répondre aux besoins de tous les résidents ainsi que des chaises appropriées pour le personnel qui aide les résidents à manger. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer ait un service de restauration et de collation qui comporte un service des repas un plat après l'autre pour chaque personne résidente.

Lors du service du déjeuner, le 15 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué que l'on commençait à servir le dessert aux personnes résidentes dans la salle à manger principale. L'inspectrice a remarqué que la plupart des personnes résidentes étaient en train de finir de manger le plat principal, et que l'on a servi leur dessert à 11 personnes résidentes alors qu'elles étaient encore en train de manger leur plat principal. L'inspectrice a remarqué que deux personnes résidentes à qui l'on avait servi un dessert mangeaient simultanément leur plat principal et leur dessert.

Lors du service du déjeuner, le 19 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué que l'on commençait à servir le dessert aux personnes résidentes dans la salle à manger principale. L'inspectrice a remarqué que la plupart des personnes résidentes étaient en train de finir de manger le plat principal, et que l'on a servi leur dessert à 14 personnes résidentes alors qu'elles étaient encore en train de manger leur plat principal.

Lors du service du déjeuner, le 22 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué que l'on commençait à servir le dessert aux personnes résidentes dans la salle à manger principale. L'inspectrice a remarqué que la plupart des personnes résidentes étaient en train de finir de manger le plat principal, et que l'on a servi leur dessert à 15 personnes résidentes alors qu'elles étaient encore en train de manger leur plat principal.

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

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 26 août 2016, la superviseure du service d'alimentation n° 103 a indiqué que le foyer s'attendait à ce que le personnel attende que les personnes résidentes aient fini leur plat principal, qu'il enlève les assiettes du plat principal et serve le dessert par la suite. [Alinéa 73 (1) 8]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer ait un service de restauration et de collation qui comporte un ameublement et un équipement appropriés dans les aires où mangent les personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice n° 593 a remarqué quatre tables en demi-cercle dans la salle à manger principale. Le reste des tables de la salle à manger principale étaient des tables carrées classiques, chacune permettant d'asseoir quatre personnes résidentes pendant le service des repas.

Lors du service du déjeuner, le 15 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué six personnes résidentes assises dans la salle à manger aux extrémités d'une table en demi-cercle, cependant il n'y avait pas un espace adéquat à la table pour ces personnes résidentes, elles étaient donc assises à l'extrémité et n'avaient pas de place sur la table. L'inspectrice a remarqué que l'une des six personnes résidentes avait une tablette de fauteuil roulant qu'elle utilisait pour son repas.

Lors du service du déjeuner, le 19 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué six personnes résidentes assises dans la salle à manger aux extrémités d'une table en demi-cercle, cependant il n'y avait pas un espace adéquat à la table pour ces personnes résidentes, elles étaient donc assises à l'extrémité et n'avaient pas de place sur la table. L'inspectrice a remarqué que quatre des six personnes résidentes avaient une tablette de fauteuil roulant qu'elles utilisaient pour leur repas.

Lors du service du déjeuner, le 22 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué huit personnes résidentes assises dans la salle à manger aux extrémités d'une table en demi-cercle, cependant il n'y avait pas un espace adéquat à la table pour ces personnes résidentes, elles étaient donc assises à l'extrémité et n'avaient pas de place sur la table. L'inspectrice a remarqué que deux des huit personnes résidentes avaient une tablette de fauteuil roulant qu'elles utilisaient pour leur repas.

Un examen du plan de la répartition des places pour la salle à manger principale révélait que les tables un, deux et sept étaient des tables en demi-cercle, et le plan indiquait que six personnes résidentes étaient assignées à chacune de ces tables.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 26 août 2016, la superviseure du service d'alimentation n° 103 a indiqué qu'ils n'étaient pas au courant que les tables en demi-cercle n'avaient pas suffisamment de place pour toutes les personnes résidentes qui leur étaient attribuées, et que maintenant qu'elle savait que cela constituait un sujet de préoccupation, on pouvait y remédier. [Alinéa 73 (1) 11]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le foyer a un service de restauration et de collation qui comporte un service des repas un plat après l'autre pour chaque personne résidente. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

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

**Programme de soins**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

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

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

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

**Par. 6(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).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 004.

L'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 004 à diverses reprises pendant toute la durée de l'inspection, et elle a remarqué que la personne résidente n° 004 avait une ceinture abdominale fermant sur le devant quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

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

La documentation figurant dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016, et une entrevue avec PSSP n° S111 et la DADS ont confirmé que l'on avait recours à une ceinture abdominale en tout temps quand la personne résidente n° 004 était assise dans le fauteuil roulant.

L'inspectrice n° 550 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 004 et remarqué qu'il ne comportait pas de disposition pour une ceinture abdominale.

La DADS a indiqué que l'on devrait documenter le port de la ceinture abdominale dans le programme de soins de la personne résidente pour fournir des directives claires à l'intention du personnel, et qu'il s'agissait d'un oubli de sa part. [Alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 037.

L'inspectrice n° 550 a observé, dans le programme de soins lui-même de la personne résidente n° 037, que l'on avait recours à une tablette quand elle était assise dans le fauteuil roulant. Lors d'une entrevue, la PSSP n° S111 a indiqué que cette personne résidente avait été l'une des premières personnes résidentes à être évaluées après l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes de l'année passée, que l'on avait déterminé que la tablette ne servait à rien et qu'on l'avait enlevée à ce moment-là.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué que la personne résidente ne nécessite plus de tablette quand elle est assise dans le fauteuil roulant, qu'on avait enlevé la tablette il y a quelques mois et qu'elle ne devrait plus figurer dans le programme de soins, car il ne fournit pas des directives claires à l'intention du personnel. Il s'agissait d'un oubli de sa part. La DADS a indiqué que l'on avait effectué des vérifications pour toutes les personnes résidentes qui avaient des appareils mécaniques pour s'assurer qu'ils sont en conformité avec la politique du foyer relative aux moyens de contention et aux dispositions législatives. Elle a indiqué que les faits susmentionnés constituaient un oubli de sa part. Elle a de plus indiqué, et ce point a été ultérieurement confirmé par l'administrateur, que les évaluations de toutes les personnes résidentes maîtrisées par des appareils mécaniques se font grâce à une méthode interdisciplinaire, et que la DADS était la personne qui avait fait la totalité des évaluations et des vérifications.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué que la personne résidente ne nécessite plus de tablette quand elle est assise dans le fauteuil roulant, qu'on avait enlevé la tablette il y a quelques mois et qu'elle ne devrait plus figurer dans le programme de soins, car il ne fournit pas des directives claires à l'intention du personnel. Il s'agissait d'un oubli de sa part. [Alinéa 6 (1) c)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente n° 008, tel que le précise le programme.



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

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 008 révélait qu'elle faisait habituellement preuve de continence intestinale, qu'elle participait à une routine quotidienne de soins liés à la facilitation des selles et qu'elle devait être conduite à la toilette chaque jour à la même heure pour prévenir l'incontinence.

Un examen des feuilles de soins quotidiens de la personne résidente n° 008 révélait que du 1<sup>er</sup> au 24 août 2016 on l'avait conduite à la toilette six jours sur 24. On mentionnait que la personne résidente était allée à la selle au cours de deux de ces six jours. Ces deux mêmes jours, on avait mentionné dans le dossier d'administration des médicaments que l'on avait administrés à la personne résidente n° 008 un suppositoire ou un laxatif.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 26 août 2016, la personne résidente n° 008 a indiqué qu'elle préférerait être assise sur la toilette pour aller à la selle plutôt qu'on la laisse éliminer dans son slip. La personne résidente a indiqué de plus que le personnel ne lui demande pas si elle a besoin d'être conduite à la toilette.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 25 août 2016, la préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) n° 112 a indiqué qu'ils ne conduisent pas à la toilette la personne résidente n° 008 pendant le quart de travail du soir, car on ne l'y conduit que pendant le quart de travail de jour, et qu'habituellement la famille de la personne résidente lui rend visite le soir et le fait. La PSSP n° 112 a de plus indiqué qu'ils ne conduisaient la personne résidente n° 008 à la toilette que si elle le demandait.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 26 août 2016, l'infirmière auxiliaire autorisée n° 113 a indiqué que si la personne résidente n° 008 n'était pas allée à la selle pendant trois jours, on lui donnait alors un suppositoire. Le suppositoire est administré de bonne heure le matin et l'on conduit la personne résidente n° 008 à la toilette par la suite, toutefois maintenant elle élimine surtout dans son slip.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 26 août 2016, la préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) n° S114 a indiqué que l'on conduisait la personne résidente n° 008 à la toilette seulement le jour où on lui administrait un suppositoire, autrement on demandait à la personne résidente si elle avait besoin d'être conduite à la toilette et que la personne résidente est en mesure de le leur dire.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 26 août 2016, la DDS a indiqué qu'elle ne connaissait pas bien les habitudes d'élimination des selles de la personne résidente n° 008, toutefois on avait effectué des réévaluations de la facilitation des selles telles que requises, et la DDS n'était pas sûre si les habitudes d'élimination des selles de la personne résidente n° 008 avaient été réévaluées pour mieux répondre à ses besoins.

La personne résidente n° 008 n'était pas conduite aux toilettes conformément à son programme de soins. [Par. 6 (7)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 015 soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 015. Elle a remarqué que l'on indiquait, dans un ordre du médecin d'une journée précise de février 2016, que la personne résidente nécessitait deux côtés de lit quand elle était au lit. On indiquait également dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016 que la personne résidente avait deux côtés de lit relevés quand elle était au lit.

Le programme de soins lui-même indiquait que la personne résidente nécessitait un côté de lit relevé quand elle était au lit.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° S114 a indiqué que la personne résidente nécessite deux côtés de lit relevés pour sa sécurité quand elle est au lit. La DADS a indiqué que l'exigence concernant deux côtés de lit avait été modifiée d'un à deux côtés de lit en février, car la personne résidente avait fait de multiples chutes, mais que le programme de soins n'avait pas été révisé pour tenir compte de ce changement. [Alinéa 6(10)b]

---

#### **AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 9 du Règl. de l'Ont. 79/10. Portes**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

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

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

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles :

- soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes,
- soient verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

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

Lors de la visite initiale du foyer, le 15 août 2016 vers 9 h 45 environ, l'inspectrice n° 550 a observé ce qui suit :

La porte d'accès à la salle du personnel n'était pas verrouillée. Il y avait un avis sur la porte indiquant « garder cette porte verrouillée en tout temps ». Un membre du personnel était à l'intérieur. Quand l'inspectrice lui a demandé si la porte devrait être verrouillée, le membre du personnel a répondu qu'elle ne savait pas, et elle a demandé à l'inspectrice si la porte devrait l'être. L'inspectrice lui a montré la note sur la porte qui indiquait que la porte doit être verrouillée, le membre du personnel a répondu que cette note avait été affichée là à cause d'une personne résidente sujette à l'errance et que la personne en question n'est plus ici. L'inspectrice a alors remarqué que de nombreux membres du personnel entraient dans la salle du personnel sans avoir à déverrouiller la porte plusieurs fois pendant toute la durée de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

La porte d'accès au local d'entretien ménager 154 n'était pas verrouillée. À l'intérieur, l'inspectrice a remarqué de nombreux produits dangereux, à savoir : Virex, détergent Solid Super Impact pour laver la vaisselle, Grease Cutter, Lime Away, et agent nettoyant et produit à polir TOTAL.

La porte d'accès à la cuisine à partir du corridor était ouverte et il n'y avait pas de membre du personnel à l'intérieur. L'inspectrice a traversé la cuisine et environ trois minutes plus tard, la préposée au service d'alimentation n° S104 est entrée dans la cuisine en venant de la salle à manger. Quand on lui a demandé si les portes de la cuisine doivent être gardées fermées et verrouillées, elle a indiqué qu'elle ferme et verrouille toujours les portes quand elle quitte la cuisine. Quand l'inspectrice lui a demandé si elle avait vu l'inspectrice errer dans la cuisine, elle a dit que non. Lorsque l'inspectrice a quitté la cuisine, la préposée au service d'alimentation est partie au même moment avec un chariot et est allée dans la salle d'entreposage à sec en fermant la porte derrière elle, laissant ouverte la porte de la cuisine. Elle est alors retournée à la cuisine quelques minutes plus tard avec un chariot qui contenait des produits alimentaires.

Lors d'une entrevue, la DDS a indiqué que la salle du personnel n'est pas une aire de soins aux personnes résidentes, mais que la porte n'est jamais verrouillée, car le personnel entre et sort toujours de la salle. Elle a de plus indiqué qu'il n'y a pas de sonnette d'appel dans cette salle, car les personnes résidentes ne sont pas censées avoir accès à cette zone du foyer. Quand l'inspectrice l'a informée des dispositions législatives concernant les portes d'un foyer, elle a indiqué qu'elle se souvenait qu'ils avaient discuté de cette question dans le passé, mais qu'ils gardaient toujours cette porte déverrouillée. Lors d'une discussion concernant le local d'entretien ménager dont l'inspectrice avait remarqué qu'il n'était pas verrouillé, la DDS a indiqué qu'elle était surprise d'entendre que cette porte n'était pas verrouillée, car elle devait l'être en tout temps à cause des produits toxiques qui se trouvaient à l'intérieur.

La superviseure du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice que chaque fois qu'il n'y a pas de membre du personnel présent dans la cuisine, les portes d'accès à la cuisine doivent être tenues fermées et verrouillées. Même lorsque le personnel ne fait que traverser le corridor pour se rendre à la salle d'entreposage à sec, les portes doivent être gardées fermées et verrouillées.

Comme le montre ce qui précède, les portes donnant sur les aires non résidentielles ne sont pas gardées verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. [Alinéa 9 (1) 2]

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 31 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

**Contention au moyen d'appareils mécanique**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 31 (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**

**4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention. 2007, chap. 8, par. 31 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins en matière de contention comporte un ordre du médecin ou de l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

L'inspectrice n° 550 a remarqué, à plusieurs reprises pendant toute la durée de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, que la personne résidente n° 010 portait une ceinture abdominale fermant sur le devant. Lors d'une entrevue, la PSSP n° S115 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente nécessite une ceinture abdominale quand elle est assise dans le fauteuil roulant.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 010 et a remarqué qu'il n'y avait pas d'ordre du médecin pour la ceinture abdominale.

Lors d'une entrevue, la DDS a indiqué à l'inspectrice qu'il s'agissait d'un oubli de sa part.  
[Alinéa 31 (2) 4]

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 44 du Règl. de l'Ont. 79/10. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44.**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des fournitures, de l'équipement et des dispositifs comme des fournitures et de l'équipement de rasage soient aisément disponibles pour répondre aux besoins des personnes résidentes en matière de soins infirmiers et de soins personnels.

L'équipe d'inspection a remarqué, lors des observations des personnes résidentes, que cinq des vingt personnes résidentes de sexe féminin avaient de la pilosité faciale.

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

On a remarqué que les personnes résidentes n° 001, 003 et 008 avaient des poils sur la lèvre supérieure et au menton.

On a remarqué que les personnes résidentes n° 030 et 038 avaient des poils au menton.

L'inspectrice n° 547 a examiné la procédure du foyer relative à la toilette et à l'hygiène en matière d'élimination des poils du visage, et la PSSP n° 100 a indiqué que le rasage facial des personnes résidentes doit se faire pendant les bains et que certaines personnes résidentes ont leur propre rasoir, car le foyer n'en fournit pas aux personnes résidentes. La PSSP n° 100 a donné un bain à la personne résidente n° 008 le 22 août 2016, et elle n'a pas rasé la lèvre supérieure ni le menton de la personne résidente, car celle-ci n'avait pas de rasoir. La PSSP n° 102 a de plus indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle venait juste de terminer le bain de la personne résidente n° 001 et qu'elle avait utilisé le rasoir électrique personnel de la personne résidente pour raser les poils de son visage. La PSSP n° 100 a indiqué que quelques personnes résidentes du foyer qui sont de sexe féminin avaient leur propre rasoir et que d'autres allaient chez le coiffeur pour se faire épiler à la cire les poils du visage.

La directrice des activités a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle coordonnait les rendez-vous d'épilation faciale des personnes résidentes chez le coiffeur. Les personnes résidentes n° 001, 003, 008, 030 et 038 ne figuraient pas sur cette liste.

La directrice des soins (DDS) a indiqué à l'inspectrice n° 547 que le foyer ne fournit pas de rasoirs aux personnes résidentes et que les personnes résidentes de sexe masculin ont habituellement leur propre rasoir. La DDS a indiqué que l'on n'aborde généralement pas la question de la pilosité faciale avec les personnes résidentes de sexe féminin, sauf si les personnes résidentes ou les familles attirent l'attention du foyer sur ce sujet de préoccupation. Pour ce qui concerne la personne résidente n° 001, la famille a demandé que l'on rase les poils du visage de la personne résidente, et on lui a suggéré de se procurer un rasoir électrique. La DDS a de plus indiqué qu'elle ne savait pas que le foyer devait fournir aux personnes résidentes des fournitures et de l'équipement de rasage. [Art. 44]

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Planification des menus**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

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

**f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer soit examiné par le conseil des résidents.

La personne résidente n° 011 qui présidait précédemment le conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle ne pouvait pas se souvenir si le conseil avait déjà examiné des menus.

L'assistante du conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle n'avait jamais amené de menus pour en faire la révision avec le conseil des résidents.

La superviseure du service d'alimentation (SSA) a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'elle n'était pas au courant de la nécessité d'examiner les menus avec le conseil des résidents, car elle n'assiste jamais à ces réunions. La SSA a indiqué qu'en général elle transmettait quelques questions et commentaires pour que l'assistante du conseil des résidents les examine, toutefois un examen complet des menus serait plus profitable aux personnes résidentes. [Alinéa 71 (1) f)]

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 72 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Préparation alimentaire**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 72 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le foyer soit doté de ce qui suit :**

**b) un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments chauds et froids périssables à des températures sûres; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 72 (6).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments chauds et froids périssables à des températures sûres.

Au cours du service du déjeuner, le 19 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué un chariot de service chauffant avec des plateaux d'aliments prêts à être servis aux personnes résidentes à 12 h 10. L'inspectrice a remarqué quatre contenants en acier pour l'entreposage de la nourriture qui n'étaient pas dans les compartiments chauffants du chariot de service. L'inspectrice a alors remarqué que l'on amenait le chariot dans la petite salle à manger du foyer, où l'on a servi leur repas à plusieurs personnes résidentes. Les quatre contenants en acier pour l'entreposage de la nourriture étaient conservés sur un chariot ordinaire qui ne comportait pas la fonction de garder la nourriture chaude pendant le service. L'inspectrice a remarqué que la nourriture dans ces quatre contenants consistait en saucisses de Francfort, fèves, poulet et purée de fèves. On a servi le plat principal de la dernière personne résidente à 12 h 44, soit au moins 34 minutes plus tard; on a remarqué que les quatre contenants en acier pour l'entreposage de la nourriture n'étaient pas gardés au chaud pendant le service du repas.

Au cours du service du déjeuner, le 25 août 2016, l'inspectrice n° 593 a remarqué un chariot de service chauffant avec des aliments prêts à être servis aux personnes résidentes à 12 h 15.

L'inspectrice a remarqué trois contenants en acier pour l'entreposage de la nourriture qui n'étaient pas dans les compartiments chauffants du chariot de service. L'inspectrice a alors remarqué que l'on amenait le chariot dans la petite salle à manger du foyer, où l'on a servi leur repas à plusieurs personnes résidentes. Les trois contenants en acier pour l'entreposage de la nourriture étaient conservés sur un chariot ordinaire qui ne comportait pas la fonction de garder la nourriture chaude pendant le service. L'inspectrice a remarqué que la nourriture dans ces trois contenants consistait en frites, frites hachées et purée de pommes de terre. On a servi le plat principal de la dernière personne résidente à 12 h 50, soit au moins 35 minutes plus tard; on a remarqué que les trois contenants en acier pour l'entreposage de la nourriture n'étaient pas gardés au chaud pendant le service du repas.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 22 août 2016, l'aide-diététiste n° 108 a indiqué qu'il n'y avait pas assez de place dans le chariot de service chauffant pour entreposer toute la nourriture pendant le service des repas et que tout plateau de nourriture en excès était gardé sur un chariot ordinaire. Quand on lui a demandé s'il y avait une procédure pour gérer ces aliments en excès afin de veiller à ce qu'ils soient sûrs et appétissants pour les personnes résidentes, l'aide-diététiste n° 108 a indiqué qu'il n'y avait pas de procédure à suivre. Elle a également confirmé que l'on ne prenait pas la température des aliments à la fin du service des repas.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, le 26 août 2016, la superviseuse du service d'alimentation n° 103 a indiqué qu'elle n'était pas au courant que le chariot de service chauffant n'avait pas suffisamment de place pour tous les choix de repas pendant le service des repas, et elle a confirmé qu'ils n'avaient pas de processus pour déterminer si la température des aliments se maintenait pendant le service des repas ou si les personnes résidentes servies en dernier recevaient une nourriture froide. [Alinéa 72 (6) b)]

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 110 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 110 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi :**

**2. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure.  
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (2).**

**Par. 110 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi :**

**6. L'état du résident n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure**

**traitant le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

On a observé la personne résidente n° 004 à diverses reprises assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale fermant sur le devant. La personne résidente n'avait pas la capacité cognitive d'enlever la ceinture de siège.

L'ordre du médecin (daté d'une journée précise de janvier 2014) figurant dans la révision trimestrielle des médicaments indiquait « ceinture abdominale attachée au fauteuil roulant PRN (au besoin) pour raison de sécurité et fournir une période de repos ».

L'inspectrice a déterminé grâce à des observations, à la documentation figurant dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016, et à une entrevue avec la PSSP n° S111 et la DADS que l'on avait recours à la ceinture abdominale en tout temps quand la personne résidente était assise dans le fauteuil roulant.

Comme le montre ce qui précède, le recours à l'appareil mécanique de la personne résidente n° 004 ne se fait pas conformément aux instructions précisées par le médecin ou par une infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 008 indiquait qu'elle nécessite une ceinture abdominale quand elle est assise dans le fauteuil roulant parce qu'elle glisse hors du fauteuil, et que l'on a recours à une tablette quand la personne est assise dans le fauteuil roulant pendant les repas et pour une question de commodité. On a déterminé, d'après les observations que l'on a faites de la personne résidente, d'après un examen du dossier de surveillance et de changement de position, et d'après une entrevue avec la PSSP n° S114, que la personne résidente avait une tablette installée tout le temps quand elle était assise dans le fauteuil roulant. Cette mesure a été demandée par un membre de la famille.

L'inspectrice a examiné l'ordre du médecin daté d'une journée précise d'août 2016 et a observé qu'il indiquait ce qui suit : tablette installée sur le fauteuil roulant pendant les repas et pour question de commodité seulement.

Comme le montre ce qui précède, on n'a pas eu recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin. [Alinéa 110 (2) 2]



3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de la personne résidente n° 010 soit réévalué et à ce que l'efficacité de la mesure de contention soit évaluée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente.

On a observé à plusieurs reprises pendant toute la durée de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes que la personne résidente portait une ceinture abdominale fermant sur le devant.

Une observation du dossier d'administration des médicaments révélait que l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention n'étaient pas évalués par du personnel infirmier autorisé au moins toutes les huit heures.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé était tenu de signer le dossier d'administration des médicaments lors de chaque quart de travail pour indiquer qu'il avait réévalué l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention.

[Alinéa 110 (2) 6]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de la personne résidente n° 031 soit réévalué et à ce que l'efficacité de la mesure de contention soit évaluée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente.

On a observé que la personne résidente portait une ceinture abdominale quand elle était assise dans le fauteuil roulant. La PSSP n° S111 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente nécessite une ceinture abdominale quand elle est assise dans le fauteuil roulant parce qu'elle ne se souvient pas qu'elle a eu une intervention chirurgicale qui limite son ambulation.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a remarqué dans le dossier d'administration des médicaments que l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention n'étaient pas évalués par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé doit signer le dossier d'administration des médicaments lors de chaque quart de travail pour indiquer qu'il a réévalué l'état de la personne résidente et évalué l'efficacité de la mesure de contention. [Alinéa 110 (2) 6]

**Émis le 25 décembre 2016.**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**



**Ministry of Health and Long-Term Care  
Inspection Report under the Long-Term Care Homes  
Act, 2007**

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

**Original du rapport signé par l'inspectrice.**



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

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

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

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

**Division des foyers de soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers  
de soins de longue durée**

**Copie destinée au public**

---

**Nom des inspectrices (n°) :** LINDA HARKINS (126), GILLIAN CHAMBERLIN (593),  
JOANNE HENRIE (550), LISA KLUKE (547)

**N° de l'inspection :** 2016\_285126\_0019

**Registre n° :** 013475-16

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

**Date(s) du rapport :** 30 septembre 2016

**Titulaire de permis :** GENESIS GARDENS INC  
438, ROUTE PRESLAND, OTTAWA ON K1K 2B

**Foyer de SLD :** FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME  
1003, chemin Limoges Sud. Limoges ON K0A 2M0

**Nom de l'administrateur :** Benoît Marleau

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

---

À l'intention de GENESIS GARDENS INC, vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

---

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

**Lien vers ordre existant :** 2015\_289550\_0025, OC n° 004

**Aux termes de :**

l'article 29 de la LFSLD L.O. 2007, chap. 8. Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents.

**Ordre :**

1. Le titulaire de permis doit examiner et réviser sa nouvelle politique « Réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention » pour y inclure les exigences énoncées aux articles 109, 110 et 111 du Règl. de l'Ont. 79/10, et plus précisément :
  - la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la LFSLD 2007 lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave, par. 109 c)
  - les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire, par. 109 f)
  - le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la LFSLD 207 et au par. 109 g) du Règlement 79/10.
2. De la formation sur l'application, l'utilisation et les dangers potentiels des appareils d'aide personnelle et de la formation par des appareils mécaniques doivent être données à tout le personnel, y compris aux sept employées qui n'ont pas assisté aux séances d'enseignement de juin 2016, qui ont recours à des appareils mécaniques ou qui assurent la surveillance de personnes résidentes maîtrisées par des appareils mécaniques ou par des appareils d'aide personnelle conformément aux articles 110 et 111 du Règlement de l'Ontario 79/10. Le titulaire de permis doit tenir des registres de la formation exigée susmentionnée et du personnel qui y a assisté.
3. À l'aide d'une approche interdisciplinaire, la nécessité de maîtriser par un appareil mécanique les personnes résidentes n° 004, 008, 010, 015, 031 et 037 sera réévaluée, leur programme de soins sera revu et mis à jour pour fournir des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à ces personnes résidentes;

## Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

## Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

4. Conformément à l'article 113 du Règlement de l'Ontario 79/10, on devrait effectuer des vérifications mensuelles auxquelles participent les membres de l'équipe pluridisciplinaire, le cas échéant pour veiller à la conformité avec la politique révisée du foyer « Réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention ». Les résultats desdites vérifications seront évalués dans le cadre du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources

**Motifs :**

1.1.1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :

- a) la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fasse conformément à la présente Loi et aux règlements, et à ce qu'elle comporte toutes les exigences énoncées à l'article 109 du Règl. de l'Ont 79/10;
- b) la politique soit respectée.

La présente inspection est une inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 004 qui a été émis le 23 décembre 2015 avec une date de conformité du 22 juillet 2016.

Un examen de la politique du foyer « Réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention » a révélé que la politique a été révisée par le titulaire de permis, mais qu'il lui manque toujours les sections suivantes, en application de l'article 109 du Règl. de l'Ont. 79/10 :

- c) la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;
- f) les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;
- g) le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement.

L'inspectrice a examiné l'enseignement qui devait être donné au personnel qui a recours à des appareils mécaniques ou à des appareils d'aide personnelle ou qui assure la surveillance de personnes résidentes maîtrisées au moyen d'appareils mécaniques. L'enseignement a été donné au personnel les 21 et 22 juin 2016, et l'on indiquait que son contenu n'incluait pas les dangers potentiels des appareils mécaniques ou des appareils d'aide personnelle comme on le précisait dans l'ordre de conformité signifié le 30 décembre 2015. De plus, l'inspectrice a examiné les présences pour les deux séances d'enseignement, et elle a remarqué que, sur 91 membres du personnel, 7 d'entre eux (1 IA, 1 IAA, 3 PSSP permanentes et 2 PSSP de garde) n'avaient pas reçu l'enseignement.

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Dans le cadre de l'ordre de conformité, le titulaire de permis devait également réviser et mettre à jour le programme de soins écrit de chaque personne résidente maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique ou d'un appareil d'aide personnelle, et envisager et documenter des solutions de rechange au recours à des appareils mécaniques pour les personnes résidentes n° 004, 031 et 037. L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux et les programmes de soins écrits des personnes résidentes n° 004, 031 et 037, ainsi que des personnes résidentes n° 008, 010 et 015. L'inspectrice a détecté les domaines de non-conformité suivants :

Personne résidente n° 004 (voir l'AE n° 5 concernant l'alinéa 6 (1)c) de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 004.

L'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 004 à diverses reprises pendant toute la durée de l'inspection et remarqué qu'elle avait une ceinture abdominale fermant sur le devant quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

La documentation figurant dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016, et une entrevue avec PSSP n° S111 et la DADS ont confirmé que l'on avait recours à une ceinture abdominale pour la personne résidente n° 004 en tout temps quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

L'inspectrice n° 550 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 004 et observé qu'il ne comportait pas de disposition pour une ceinture abdominale.

La DADS a indiqué que l'on devrait documenter le recours à la ceinture abdominale dans le programme de soins de la personne résidente pour fournir des directives claires au personnel, et qu'il s'agissait d'un oubli de sa part.

(voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 112 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 79/10) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

On a observé la personne résidente n° 004 à diverses reprises assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale fermant sur le devant. La personne résidente n'avait pas la capacité cognitive d'enlever la ceinture de siège.

L'ordre du médecin (daté d'une journée précise de janvier 2014) figurant dans la révision trimestrielle des médicaments indiquait « ceinture abdominale attachée au fauteuil roulant PRN (au besoin) pour raison de sécurité et fournir une période de repos ».

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

L'inspectrice a déterminé grâce à des observations, à la documentation figurant dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016, et à une entrevue avec la PSSP n° S111 et la DADS que l'on avait recours à la ceinture abdominale en tout temps quand la personne résidente était assise dans le fauteuil roulant.

Comme le montre ce qui précède, le recours à l'appareil mécanique de la personne résidente n° 004 ne se fait pas conformément aux instructions précisées par le médecin ou par une infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

Personne résidente n° 008 (voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 112 (2) 2 du Règl. de l'Ont. 79/10) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par une infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 008 indiquait qu'elle nécessite une ceinture abdominale quand elle est assise dans le fauteuil roulant parce qu'elle glisse hors du fauteuil, et que l'on a recours à une tablette quand la personne est assise dans le fauteuil roulant pendant les repas et pour une question de commodité. On a déterminé, d'après les observations que l'on a faites de la personne résidente, d'après un examen du dossier de surveillance et de changement de position, et d'après une entrevue avec la PSSP n° S114, que l'on avait recours en tout temps à une tablette quand la personne résidente était assise dans le fauteuil roulant. Cette mesure a été demandée par un membre de la famille.

L'inspectrice a examiné l'ordre du médecin daté d'une journée précise d'août 2016 et a observé qu'il indiquait ce qui suit : tablette installée sur le fauteuil roulant pendant les repas et pour question de commodité seulement.

Comme le montre ce qui précède, on n'a pas eu recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin.

Personne résidente n° 010 (voir l'AE n° 7 concernant l'alinéa 31 (2) 4 de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins relatif à la contention comporte un ordre du médecin ou de l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

À plusieurs reprises pendant toute la durée de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, l'inspectrice n° 550 a observé que la personne résidente n° 010 portait une ceinture abdominale fermant sur le devant. Lors d'une entrevue, la PSSP n° S115 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente nécessitait une ceinture abdominale quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 010 et a remarqué qu'il n'y avait pas d'ordre de médecin concernant la ceinture abdominale.

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice qu'il s'agissait d'un oubli de sa part.

(Voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 110 (2) 6 du Règl. de l'Ont. 79/10) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de la personne résidente n° 010 soit réévalué et à ce que l'efficacité de la mesure de contention soit évaluée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente.

On a observé à plusieurs reprises pendant toute la durée de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes que la personne résidente portait une ceinture abdominale fermant sur le devant.

Une observation du dossier d'administration des médicaments révélait que l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention n'étaient pas évalués par du personnel infirmier autorisé au moins toutes les huit heures.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé était tenu de signer le dossier d'administration des médicaments lors de chaque quart de travail pour indiquer qu'il avait réévalué l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention.

Personne résidente n° 015 (voir l'AE n° 5 concernant l'alinéa 6 (10)b de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 015 soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 015. Elle a remarqué que l'on indiquait, dans un ordre du médecin d'une journée précise de février 2016, que la personne résidente nécessitait deux côtés de lit quand elle était au lit. On indiquait également dans le dossier de surveillance et de changement de position pour le mois d'août 2016 que la personne résidente avait eu deux côtés de lit relevés quand elle était au lit.

Le programme de soins lui-même indiquait que la personne résidente nécessitait un côté de lit relevé quand elle était au lit.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° S114 a indiqué que la personne résidente nécessite deux côtés de lit relevés pour sa sécurité quand elle est au lit. La DADS a indiqué que l'exigence concernant deux côtés de lit avait été modifiée d'un à deux côtés de lit en février, car la personne résidente avait fait de multiples chutes, mais que le programme de soins n'était pas révisé pour tenir compte de ce changement.



**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Personne résidente n° 031 (voir l'AE n° 11 concernant l'alinéa 112 (2) 6 du Règl. de l'Ont. 79/10) :  
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de la personne résidente n° 031 soit réévalué et à ce que l'efficacité de la mesure de contention soit réévaluée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente.

On a observé que la personne résidente portait une ceinture abdominale quand elle était assise dans le fauteuil roulant. La PSSP n° S111 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente nécessite une ceinture abdominale quand elle est assise dans le fauteuil roulant parce qu'elle ne se souvient pas qu'elle a eu une intervention chirurgicale qui limite son ambulation.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a remarqué dans le dossier d'administration des médicaments que l'état de la personne résidente et l'efficacité de la mesure de contention n'étaient pas évalués par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé doit signer le dossier d'administration des médicaments lors de chaque quart de travail pour indiquer qu'il a réévalué l'état de la personne résidente et évalué l'efficacité de la mesure de contention.

Personne résidente n° 037 (voir l'AE n° 5 concernant l'alinéa 6 (10)c) de la LFSLD 2007) :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 037.

L'inspectrice n° 550 a observé dans le programme de soins lui-même de la personne résidente n° 037 que l'on avait recours à une tablette quand elle était assise dans le fauteuil roulant. Lors d'une entrevue, la PSSP n° S111 a indiqué que cette personne résidente avait été l'une des premières personnes résidentes à être évaluées après l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes de l'année passée, que l'on avait déterminé que la tablette ne servait à rien et qu'on l'avait enlevée à ce moment-là.

Lors d'une entrevue, la DADS a indiqué que la personne résidente ne nécessite plus de tablette quand elle est assise dans le fauteuil roulant, qu'on avait enlevé la tablette il y a quelques mois et qu'elle ne devrait plus figurer dans le programme de soins, car il ne fournit pas des directives claires à l'intention du personnel. Il s'agissait d'un oubli de sa part. La DADS a indiqué que l'on avait effectué des vérifications pour toutes les personnes résidentes qui avaient des appareils mécaniques pour s'assurer qu'ils sont en conformité avec la politique du foyer relative aux moyens de contention et avec les dispositions législatives. Elle a indiqué que les faits susmentionnés constituaient un oubli de sa part. Elle a de plus indiqué, et ce point a été ultérieurement confirmé par l'administrateur, que les évaluations de toutes les personnes résidentes maîtrisées par des appareils mécaniques et par des appareils d'aide personnelle se font grâce à une méthode interdisciplinaire, et que la DADS était la personne qui avait fait la totalité des évaluations et des vérifications.



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

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

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Bien que l'on remarquât que le foyer avait fait beaucoup de travail concernant sa politique relative aux mesures de contention, la formation du personnel, ainsi que l'évaluation, la révision et la mise à jour du programme de soins de la personne résidente, on a déterminé qu'il fallait effectuer davantage de travail pour être en conformité comme nous l'avons précédemment indiqué.

Ces non-respects avaient précédemment fait l'objet d'un renvoi au directeur le 23 décembre 2015. On a examiné l'étendue et la gravité de cette non-conformité. Le fait que le titulaire de permis n'ait pas en place une bonne politique relative aux appareils mécaniques, ainsi que le manque d'enseignement et de formation du personnel concernant l'application, l'utilisation et les dangers potentiels des appareils d'aide personnelle, constituent potentiellement un risque pour la sécurité de la personne résidente.

[Par. 29 (1)] (550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 novembre 2016.**



Ministry of Health and  
Long-Term Care

Ministère de la Santé et  
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

## **RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL**

### PRENDRE AVIS

En vertu de l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donnés et d'en suspendre l'exécution.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et est 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 est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au:

Directeur  
a/s Coordinateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S-2B1  
Télécopieur : 416 327-7603



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

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

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, 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 rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire  
Commission d'appel et de  
révision des services de santé  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur  
a/s Coordinateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de  
longue durée  
Ministère de la Santé et des Soins de longue  
durée 1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
Ontario ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603



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

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

**Order(s) of the Inspector**

Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

**Ordre(s) de l'inspecteur**

Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

**Émis le 30 septembre 2016**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :** LINDA HARKINS

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