



**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**

Health System Accountability and Performance
Division Performance Improvement and
Compliance Branch

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

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON L1K 0E1
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage OTTAWA
(Ontario) L1K 0E1 Téléphone : 613
569-5602 Télécopieur : 613 569-
9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
16 décembre 2014; 29 janvier 2015	2014_198117_0032	O-001278-14	Inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR)

Titulaire de permis

1663432 ONTARIO LTD.
2212, CROISSANT GLADWIN, UNITÉ A-9, BUREAU 200, OTTAWA (ONTARIO) K1B 5N1

Foyer de soins de longue durée

MANOIR MAROCHEL
949 MONTREAL ROAD, OTTAWA (ONTARIO) K1K 0S6

Inspectrices et inspecteur

LYNE DUCHESNE (117), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), HUMPHREY JACQUES (599)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR).

Cette inspection s'est tenue les 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18 et 19 décembre 2014.

Au cours de l'inspection l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, la directrice des soins, l'infirmière clinicienne, le coordonnateur de l'évaluation RAI, la directrice des programmes, le chef du service de diététique, le superviseur des services environnementaux, la chef de bureau, une infirmière en psychogériatrie, une infirmière-conseil, plusieurs infirmières ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs préposé(e)s aux services de soutien personnel (PSSP), deux aides à l'entretien, un(e) aide à la buanderie, une aide aux activités, la présidente du conseil des familles, la présidente du conseil des résidents, ainsi que plusieurs résidents et membres de leurs familles.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

admission et mise en congé;
conseil des familles;
conseil des résidents;
dignité, liberté de choisir et vie privée;
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
formation et orientation;
foyer sûr et sécuritaire;
gestion de la douleur;
hospitalisation et changement de l'état;
médicaments;
observation du service de restauration;
personnel suffisant;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
prévention et contrôle des infections;
recours minimal à la contention;
services d'hébergement – entretien ménager;
services d'hébergement – buanderie;
services d'hébergement – entretien;
services de soutien personnel;
soins de la peau et des plaies.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

11 AE
5 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

Les non-respects suivants ont été corrigés :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE
LFSLD 2007, chap. 8, par. 15 (2)	OC 901	2014_198117_0032	117

NON-RESPECTS

Définitions

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Services d'hébergement).

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 15 (2) a), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

Le 12 décembre 2014, l'inspecteur 599 a noté une odeur persistante d'urine provenant du coussin Roho du fauteuil roulant du résident 015.

Lors d'un entretien le 12 décembre 2014, la directrice des soins a indiqué qu'un processus était prévu pour le nettoyage du fauteuil roulant du résident et que c'était le PSSP de soir qui nettoyait le fauteuil la veille des jours de bain du résident. Les coussins sont envoyés au service de buanderie pour être nettoyés. La directrice des soins a également affirmé qu'il n'y avait pas de documentation écrite indiquant que le nettoyage avait été fait.

Lors d'un entretien le 12 décembre 2014, l'employé 123 a informé l'inspecteur 599 que seules les housses de coussin avaient été lavées au service de buanderie et que le superviseur des services environnementaux avait expliqué que le personnel infirmier devait nettoyer les coussins en plastique/Roho.

L'inspecteur 599, accompagné de la directrice des soins, a inspecté le coussin Roho du résident 015. La directrice des soins était d'accord et a confirmé qu'il y avait une forte odeur d'urine provenant du coussin souillé et de la housse. La directrice des soins a demandé que le personnel infirmier envoie le coussin Roho du résident 015 à la buanderie pour un nettoyage. [alinéa 15 (2) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 15 (2) c), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le 16 décembre 2014 à 9 h 45, les PSSP 112 et 119 préparaient le résident 019 pour son bain dans la salle de bain de l'unité ouest. Ils ont assis le résident sur le fauteuil releveur. Celui-ci a été actionné et le résident a été soulevé d'environ trois pieds lorsque le fauteuil releveur s'est soudainement arrêté.

Les PSSP ont été incapables de remettre le fauteuil releveur en marche. L'inspectrice 117 était au poste de soins infirmiers de l'unité ouest situé en face de la salle de bain lorsque l'incident est survenu. Le PSSP 19 est venu chercher l'inspectrice 117 pour qu'elle constate le problème du fauteuil releveur de l'unité ouest. Angoissé, le résident 019 est quand même resté calme lorsque le fauteuil releveur s'est soudainement arrêté. Les deux PSSP ont affirmé qu'ils avaient changé la batterie du fauteuil releveur et que, malgré cela, il ne fonctionnait toujours pas. Les PSSP sont restés avec le résident 019. Ils ont soulevé le résident 019 manuellement pour le sortir de la baignoire et l'ont assis dans son fauteuil roulant.

L'inspectrice 117 est allée informer l'administrateur et la directrice des soins de la situation et de la nécessité de mettre immédiatement hors d'usage le fauteuil releveur de la baignoire. Le superviseur des services environnementaux du foyer, l'infirmière clinicienne et le coordonnateur de l'évaluation sont arrivés dans la salle de bain de l'unité ouest. Ils ont examiné l'appareil défectueux et l'ont mis hors d'usage.

Le nouveau fauteuil releveur a été apporté à l'unité. La directrice des soins et l'infirmière-conseil du foyer sont en train d'organiser une formation sur son utilisation.

Il est noté qu'au stade 1 de l'IQSR, plusieurs résidents avaient signalé aux inspectrices 545 et 126 que souvent il leur était impossible de prendre un bain en raison d'un fauteuil releveur défectueux dans la salle de bain de l'unité ouest. Au stade 1 de la visite du foyer, plusieurs membres du personnel ont signalé à l'inspecteur 599 que les fauteuils releveurs, particulièrement dans la salle de bain de l'unité ouest, étaient parfois défectueux.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 a examiné le fauteuil releveur de la baignoire de l'unité ouest. Il a été noté que la housse en plastique du fauteuil était déchirée et complètement partie tout autour du siège et sur les bords du dossier, exposant l'intérieur en mousse. Il a été noté que le cadre métallique inférieur, particulièrement autour des roulettes, était rouillé. Lorsque le mécanisme du fauteuil releveur a été mis à l'essai, le fauteuil est remonté mais n'est pas redescendu. La batterie a été éteinte puis ensuite rallumée. Le mécanisme du fauteuil a été mis à l'essai, le fauteuil est remonté et ce n'est qu'après le troisième essai que le mécanisme de descente s'est mis en marche. Une étiquette sur le fauteuil de bain indiquait que sa dernière inspection par l'Ontario Medical Supply (OMS) remontait au 25 juillet 2014. Aucun renseignement concernant la défektivité du fauteuil releveur n'a été noté dans les registres d'entretien du foyer. Il a également été noté que le fauteuil releveur de la baignoire de l'unité sud avait été examiné et déclaré dans le même état que celui de la baignoire de l'unité ouest. Cependant, aucun problème de mécanisme de levage n'a été noté.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec le superviseur des services environnementaux du foyer au sujet du mauvais fonctionnement du fauteuil releveur de l'unité ouest. Le superviseur des services environnementaux a affirmé que le PSSP avait signalé qu'il y avait depuis plusieurs mois des problèmes constants avec le mécanisme de levage du fauteuil releveur. Il a affirmé qu'il s'agissait la plupart du temps d'une batterie qu'il fallait recharger. Il a montré à l'inspectrice 117

que l'un de ses fauteuils releveurs venait d'être livré l'après-midi même. Lorsque celle-ci lui a demandé s'il comptait remplacer le fauteuil releveur de la baignoire de l'unité ouest, le superviseur des services environnementaux a affirmé que l'administrateur ne souhaitait rien remplacer avant de recevoir les deux nouveaux fauteuils releveurs, ceci pour que tout le personnel puisse recevoir la formation en même temps et que les deux fauteuils soient installés une fois la formation terminée. Il ne savait pas quelle date le second fauteuil releveur serait livré.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec plusieurs membres du personnel – les PSSP 112, 118 et 117, tous affectés à l'unité ouest. Les PSSP ont affirmé qu'ils mettraient le fauteuil releveur à l'essai avant de donner aux résidents le bain prévu pour eux afin d'en assurer au préalable le bon fonctionnement. S'il ne fonctionne pas, on propose aux résidents de leur faire leur toilette au lit ou de leur donner une douche. Les membres du personnel ont affirmé que le fauteuil releveur avait souvent été défectueux au cours des derniers mois et que ce problème avait été signalé à la direction du foyer. Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec l'administrateur du foyer au sujet du fauteuil releveur de l'unité ouest. Celui-ci a confirmé que de nouveaux fauteuils releveurs avaient été commandés plusieurs semaines auparavant. L'un avait été livré au foyer le 11 décembre 2014 et il ne savait pas à quelle date le deuxième serait livré. L'administrateur a affirmé qu'après leur livraison, les nouveaux fauteuils ne seraient installés dans les salles de bain que lorsque l'ensemble du personnel aurait reçu une formation sur leur mode d'emploi. Le 16 décembre 2014 à 10 h 15, la directrice des programmes du foyer, qui assurait la liaison avec divers fournisseurs de services, a confirmé à l'inspectrice 117 que les nouveaux fauteuils de bain avaient été commandés le 24 novembre 2014. L'un d'eux avait été livré le 11 décembre 2014. La date de livraison du second fauteuil n'est pas connue. Elle a confirmé que le fauteuil releveur de l'unité ouest avait été réparé par Barton Medical, un vendeur d'équipement médical, aux dates suivantes :

- le 21 mars 2014 : réparation d'une commande manuelle défectueuse;
- le 25 juillet 2014 : inspection annuelle;
- le 15 octobre 2014 : évaluation d'un dispositif de levage défectueux.

Aucun problème signalé à ce moment-là, selon la directrice des programmes.

Les autres questions concernant un dispositif de levage défectueux ont été traitées à l'interne. Il n'y avait aucun registre écrit concernant le mauvais fonctionnement des fauteuils. (L'OC 901 a été donné en 2014, durant l'inspection). [alinéa 15 (2) c)]

3. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 15 (2) c), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

1) Il est noté que les 8, 9 et 10 décembre 2014, les inspectrices 545 et 126 ont remarqué que les fauteuils releveurs des baignoires des unités ouest et sud étaient en mauvais état.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 a examiné le fauteuil releveur des unités ouest et sud. Il a été noté que la housse en plastique des fauteuils était déchirée et complètement partie tout autour du siège et sur les bords du dossier, exposant l'intérieur en mousse. Il a été noté que le cadre métallique inférieur, particulièrement autour des roulettes, était rouillé. Une étiquette sur les fauteuils de bain indiquait que leur dernière inspection par l'Ontario Medical Supply (OMS) remontait au 25 juillet 2014.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec le superviseur des services environnementaux du foyer au sujet du mauvais état des deux fauteuils releveurs. Le superviseur des services environnementaux a affirmé que l'administrateur du foyer avait commandé deux nouveaux fauteuils de bain. Il a montré à l'inspectrice 117 que l'un de ces fauteuils venait d'être livré l'après-midi même. Lorsque celle-ci lui a demandé s'il comptait remplacer le fauteuil releveur de la baignoire de l'unité ouest, le superviseur des services environnementaux a affirmé que l'administrateur ne souhaitait rien remplacer avant de recevoir les deux nouveaux fauteuils releveurs, ceci pour que tout le personnel puisse recevoir la formation en même temps et que les deux fauteuils soient installés une fois la formation terminée. Il ne savait pas quelle date le second fauteuil releveur serait livré.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec l'administrateur du foyer au sujet de l'état des fauteuils de bain. Ce dernier a confirmé que de nouveaux fauteuils de bain avaient été commandés plusieurs semaines auparavant. L'un avait été livré au foyer le 11 décembre 2014 et il ne savait pas quelle date le second fauteuil de bain serait livré. L'administrateur a affirmé que les nouveaux fauteuils de bain ne seraient installés dans les salles de bain qu'après la livraison des deux fauteuils et une fois terminée la formation de l'ensemble du personnel sur leur mode d'emploi.

Le 16 décembre 2014 à 10 h 15, la directrice des programmes du foyer, qui assure la liaison avec divers fournisseurs de services, a confirmé à l'inspectrice 117 que les nouveaux fauteuils de bain avaient été commandés le 24 novembre 2014. L'un avait été livré le 11 décembre suivant et la date de livraison du second fauteuil n'était pas connue. Il est noté que le fauteuil de bain de l'unité ouest a été remplacé le 16 décembre 2014 (voir l'OC 901).

2) Les 10 et 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 a remarqué que plusieurs résidents avaient des tables de chevet en mauvais état. Dans la chambre 133-2, l'inspectrice 126 a noté le 9 décembre 2014 que la partie supérieure de la table de chevet du côté du lit du résident 003 était endommagée. Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 117 a noté dans la chambre 130 que le stratifié à la surface des tables de chevet des résidents 001 et 002 était écorché et cassé.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 a observé les tables de chevet de toutes les chambres et remarqué que 25 tables de chevet sur 64 étaient en mauvais état. La surface stratifiée des tables de chevet était très égratignée et écorchée avec de grands morceaux cassés à la surface et sur les bords, exposant le matériau brut sous-jacent. Plusieurs de ces tables de chevet avaient le dessus enfoncé et tordu et les bords qui se décollaient et se cassaient facilement. L'employé 115 chargé de l'entretien a affirmé que les tables de chevet étaient difficiles à nettoyer en raison de leur surface cassée, écorchée et tordue.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec le superviseur des services environnementaux du foyer au sujet du mauvais état des tables de chevet des résidents. Le superviseur a affirmé que la plupart des tables de chevet du foyer étaient d'origine et remontaient à l'ouverture du foyer, 12 ans auparavant. Il a signalé que la surface de plusieurs tables avait été remplacée voici quelques années, mais que depuis aucune mesure n'avait été prise pour résoudre ce problème et qu'à sa connaissance, on n'avait pas l'intention de les remettre à neuf ni de les remplacer.

L'inspectrice 117 s'est également entretenue avec l'administrateur du foyer, la directrice des soins et l'infirmière-conseil au sujet du mauvais état des tables de chevet des résidents. L'administrateur a dit ne pas être au courant du mauvais état des tables de chevet. L'administrateur a confirmé qu'il n'y avait actuellement aucun projet pour la remise à neuf ou le remplacement des tables. [alinéa 15 (2) c)]

3) Le 12 décembre 2014, l'inspectrice 545 a observé les deux lits de la chambre 120 (aile sud). Attaché à l'extérieur, au pied du lit et sur le côté, où les deux résidents se plaçaient pour se coucher et se lever, il y avait un tube en métal d'environ six à huit pouces de long et deux pouces de diamètre avec une ouverture exposant des bords coupants. Près de l'entrée de la chambre, deux côtés de lit complets ont été observés, coincés entre une commode et un mur.

Lorsqu'on lui a posé la question le 12 décembre 2014, le PSSP 110 a indiqué que le tube en métal servait à insérer un côté de lit complet et a ajouté qu'il aurait dû être enlevé lorsque le côté de lit a été retiré. Le PSSP a indiqué qu'il ne savait pas quand le côté de lit avait été retiré, mais pensait qu'éventuellement il avait pu l'être lorsque la famille avait emmené quelqu'un au chevet du résident 012 pour aider ce dernier à se mettre au lit et à se lever.

Le 15 décembre 2014 lors d'une observation des deux lits de la chambre 120, la directrice des soins et l'administrateur ont indiqué qu'ils étaient étonnés de voir ce tube en métal aux bords coupants toujours en place sur ces lits. Ils ont expliqué que le tube en métal servait à insérer un côté de lit complet et à le maintenir en place et qu'il aurait dû être enlevé en même temps que le côté de lit pour ne pas causer de blessures aux résidents. La directrice des soins a indiqué qu'elle demanderait au superviseur des services environnementaux d'examiner immédiatement les lits de tous les résidents pour assurer qu'il n'y a pas d'autres lits auxquels sont attachés des tubes en métal aux bords coupants et posant un risque de blessure pour les résidents.

Le 16 décembre 2014, le superviseur des services environnementaux a affirmé à l'inspectrice qu'il n'avait pas reçu de demande pour l'enlèvement de ces côtés de lit et qu'il ne savait pas que ceux-ci avaient été retirés. Il a indiqué qu'il avait enlevé les tubes en métal des deux lits de la chambre 120. [alinéa 15 (2) c)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 901 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état, par exemple, enlever du lit des résidents tout objet en métal potentiellement dangereux, réparer ou remplacer les tables de chevet de 25 résidents et remplacer le fauteuil releveur de la salle de bain de l'unité sud. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

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

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; b) les objectifs que visent les soins; 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).

(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).

(9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés : 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéas 6 (1) a) et c), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident, ainsi que des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

1) Le résident 007 a été admis au foyer en janvier 2012 avec pour antécédents médicaux des infections urinaires et d'autres affections. En juillet 2013, le résident a été vu au service des urgences,

a été diagnostiqué d'une infection urinaire et est retourné au foyer avec une sonde à demeure temporaire. La sonde est en place depuis lors.

Les inspecteurs ont examiné plusieurs politiques du foyer concernant le sondage vésical. Dans la politique CLIN-07-01-03 (décembre 2002), il était indiqué en page 1 de 1 « il faut une ordonnance du médecin indiquant le type de sonde, la taille de la sonde et la fréquence du sondage ou la durée de l'utilisation de la sonde entre les changements ». Dans la politique CLIN-07-01-04 concernant le sondage vésical (décembre 2002), il était indiqué en page 4 de 6 « les tests de laboratoire tels que l'analyse d'urine, l'uroculture et la sensibilité urinaire ont été menés conformément aux ordres du médecin ». De plus, il était indiqué en page 6 de 6 que le personnel autorisé devait inclure dans les notes d'évolution : l'insertion, le retrait ou les changements de sonde, notamment :

- quantité, couleur et consistance de l'urine;
- difficultés rencontrées;
- effets sur le résident;
- échantillon obtenu;
- type de sonde, taille de la sonde, gonflage de la sonde à ballonnet (y compris la quantité de solution utilisée) et installation du système de drainage.

Lors d'un entretien avec le résident 007 le 10 décembre 2014, une odeur persistante d'urine a été remarquée dans la chambre commune et la salle de bain d'un résident. Un sac collecteur a été observé sur la cuisse droite du résident et celui-ci a indiqué qu'il ne se souvenait pas quand la sonde avait été changée, mais que cela faisait longtemps.

Un examen du programme de soins du résident 007 daté de novembre 2014 montrait que le résident avait une sonde à demeure en raison d'une rétention urinaire et qu'un changement de sonde était nécessaire chaque mois pour empêcher que le résident ne contracte une infection. Les autres interventions prévoyaient l'envoi d'un échantillon d'urine au laboratoire pour analyse chaque mois durant le changement de sonde en raison d'antécédents d'infections urinaires. Aucune date précise n'était indiquée.

Un examen des notes d'évolution pour une période de quatre mois entre septembre et décembre 2014 indiquait que la sonde à demeure du résident 007 avait été changée en septembre, en octobre et en décembre 2014. Rien n'indiquait que la sonde avait été changée en novembre 2014. La taille de la sonde n'était indiquée que pour l'une de ces dates : taille 16FR (octobre 2014), ce qui différait de ce qui était indiqué dans le programme de soins, qui prévoyait l'utilisation d'une sonde de taille 14FR. Le prélèvement et l'envoi au laboratoire d'un échantillon d'urine aux fins d'analyse ont été notés en septembre et en octobre 2014. Une note indiquait que le résident 007 avait été traité pour une infection urinaire en octobre 2014.

Lors d'un entretien le 15 décembre 2014, l'infirmier auxiliaire autorisé 108 a indiqué qu'il avait changé la sonde du résident 007 ce jour-là conformément à une note consignée à l'agenda du foyer. L'infirmier auxiliaire autorisé a ajouté qu'il avait eu de la difficulté à changer la sonde. Ce jour-là, le résident 007 a

été vu dans son fauteuil roulant près du poste de soins infirmiers, remerciant l'infirmière autorisée 121 d'avoir réinséré sa sonde. L'infirmière autorisée 121 a expliqué à l'inspectrice qu'il avait fallu retirer la sonde du résident 007 en raison d'un mauvais drainage et lui en remettre une nouvelle. Elle a ajouté qu'en raison de l'anxiété du résident et de la rigidité de ses jambes, certains membres du personnel infirmier avaient de la difficulté à lui changer sa sonde.

Un examen de l'agenda du foyer couvrant une période de quatre mois indique qu'un rappel mensuel concernant le changement de sonde du résident 007 a été inscrit pour cinq dates de 2014 : septembre, octobre, novembre, décembre (la note était rayée) et ensuite sept jours plus tard en décembre.

Un examen des notes d'évolution indique que le résident 007 s'était plaint de douleurs le jour précédant le changement de sonde prévu pour décembre. Cette note indiquait que le résident 007 s'était plaint d'une douleur à la miction et que l'infirmier auxiliaire autorisé de garde avait dit au résident que la sonde à demeure serait changée le jour suivant. Selon les notes d'évolution, le dernier changement de sonde a été fait 66 jours auparavant, un jour d'octobre 2014.

Lors d'un entretien le 17 décembre 2014, l'infirmier auxiliaire autorisé 114 a indiqué que le résident 007 avait une ordonnance d'analgésiques pour la gestion de la douleur, mais qu'il demandait rarement son médicament. L'infirmier auxiliaire autorisé 114 a expliqué que le résident l'avait informé d'une douleur à la miction à la fin de son quart de travail trois jours auparavant. Il a indiqué qu'il n'avait pas fait d'évaluation de la douleur lorsque le résident 007 s'en était plaint et a ajouté qu'il n'avait pas offert d'intervention sauf d'informer le résident que la sonde à demeure serait changée le jour suivant. L'infirmier auxiliaire autorisé 114 a par la suite indiqué à l'inspectrice que, lorsqu'il s'est rendu compte que la sonde du résident 007 n'avait pas été changée un jour de décembre 2014 selon une note consignée à l'agenda du foyer, il avait radié la directive ordonnant que la sonde du résident 007 soit changée ce jour-là et ajouté une note pour rappeler à l'infirmière qui travaillait le jour suivant de changer la sonde du résident. L'infirmier auxiliaire autorisé 114 a indiqué que les infirmières utilisaient une sonde 16FR depuis quelque temps étant donné que la taille 14FR présentait une fuite. L'infirmier auxiliaire autorisé a indiqué qu'il ne savait pas que le programme de soins indiquait au personnel d'utiliser une sonde de taille 14FR. Il a précisé que le programme de soins n'avait pas été mis à jour.

Lors d'un entretien le 18 décembre 2014, l'infirmière clinicienne 102 a indiqué qu'il était du devoir du personnel autorisé de vérifier l'agenda du foyer tous les jours pour savoir si un traitement était prévu pour le lendemain, notamment un changement de sonde. Elle a affirmé que le personnel autorisé devait consigner l'information dans les notes d'évolution et consigner le changement de sonde mensuel dans le dossier électronique du résident et y inclure les détails tels que la taille de la sonde employée, la quantité d'eau stérile utilisée pour gonfler le ballonnet, la description de l'excrétion urinaire au moment de l'insertion de la sonde, la tolérance à l'intervention, ainsi qu'une note indiquant si l'urine était envoyée au laboratoire. L'infirmière clinicienne a également indiqué qu'elle n'avait pas trouvé les documents suivants dans le dossier de santé du résident 007 : une ordonnance du médecin pour un changement mensuel de la sonde, une ordonnance du médecin pour une analyse d'urine

mensuelle, une note indiquant le changement de sonde pour le mois de novembre 2014, les résultats du laboratoire pour l'analyse d'urine des mois de novembre et décembre 2014.

Lors d'un entretien le 19 décembre 2014, la directrice des soins a indiqué que le personnel autorisé devait changer la sonde du résident 007 chaque mois et envoyer son urine pour analyse en raison de ses antécédents d'infections urinaires. La directrice des soins a indiqué qu'elle ne savait pas qu'il n'y avait pas d'ordonnance du médecin pour ces traitements mensuels et que le personnel ne documentait pas les changements de la sonde, contrairement à la politique du foyer concernant le sondage vésical. Elle a indiqué que le programme de soins écrit du résident ne précisait pas les soins prévus pour celui-ci et qu'il n'y avait pas de directives claires à l'intention du personnel infirmier et d'autres personnes fournissant au résident 007 des soins directs liés à sa sonde à demeure.

[par. 6 (1)]

2) Il a été noté que le résident 011 avait une sonde urinaire. Un examen du dossier de santé du résident a montré que celui-ci avait une sonde en place au moment de son admission en décembre 2012. L'IAA 107 a affirmé que la sonde de Foley du résident 011 était changée tous les mois et qu'un échantillon d'urine pour l'uroculture et le test de sensibilité était collecté et analysé chaque mois étant donné que le résident avait été défini comme à risque d'infections urinaires.

L'inspectrice 117 a examiné le dossier de santé du résident 011. Le programme de soins du résident 011 indiquait que celui-ci avait une sonde de 16FR qui devait être changée tous les mois. Les notes d'évolution indiquaient que la sonde du résident était de taille 18FR et qu'elle devait être changée certains jours de décembre 2014 et d'octobre 2014. Dans le dossier du résident, aucun renseignement n'indiquait si sa sonde avait été changée en novembre 2014. D'après un nouvel examen du dossier du résident, il n'y avait aucun renseignement concernant le changement de sonde du résident en juillet 2014.

Le 19 décembre 2014, le dossier du résident a été examiné par l'IAA 107, qui n'a trouvé aucun ordre ni aucune directive du médecin concernant le changement mensuel de sonde urinaire. Rien au dossier n'indiquait si la sonde urinaire devait être de taille 16FR (selon le programme de soins du régime) ou de taille 18FR (selon les notes d'évolution). L'infirmière clinicienne et l'IAA 107 n'ont pas pu confirmer si la sonde du résident 011 avait été changée ou non pour les mois de novembre et de juillet 2014 puisqu'il n'y avait aucun renseignement dans les notes d'évolution ou ailleurs indiquant si la sonde avait été changée et à quel moment.

Il a été constaté que les rapports d'uroculture et de sensibilité avaient été faits chaque mois. Les résultats de laboratoire ont montré que tous les échantillons prélevés étaient contaminés et aucun suivi à cet égard n'a été constaté dans le dossier du résident. Un jour de septembre 2014, les résultats des analyses de laboratoire indiquaient que l'échantillon prélevé était positif pour trois organismes. Il n'y avait aucun renseignement au dossier du résident indiquant si celui-ci présentait d'autres signes ou symptômes d'infection. Il n'y a aucune note indiquant que le personnel a contacté le médecin traitant au sujet des résultats des analyses de laboratoire et rien n'indique si d'autres mesures ont été prises.

Selon l'IAA 107, les résultats du laboratoire étaient conservés au dossier du médecin pour qu'il les examine lors de ses visites hebdomadaires. Aucune autre mesure n'a été prise par le personnel infirmier au sujet des résultats des analyses d'urine effectuées par le laboratoire. L'IAA a déclaré que le foyer avait pour habitude de prélever les échantillons d'urine mensuellement pour tous les résidents portant une sonde urinaire et ne savait pas si le programme de soins du résident 011 contenait des directives au sujet d'analyses d'urine. Ces renseignements ont été confirmés auprès de l'infirmière clinicienne du foyer. Celle-ci a indiqué qu'il était du devoir du personnel autorisé de vérifier l'agenda du foyer tous les jours pour savoir si un traitement était prévu le lendemain, y compris le changement de sonde et le prélèvement d'urine. L'infirmière clinicienne ne savait pas qu'il y avait des directives dans le programme de soins du résident concernant les prélèvements et les analyses d'urine du résident ni que le foyer n'avait pas de marche à suivre proprement dite pour le suivi des résultats des analyses d'urine effectuées par le laboratoire.

Le programme de soins écrit ne précisait pas les soins prévus et ne donnait pas de directives claires au personnel infirmier et à d'autres personnes fournissant des soins directs au résident concernant la taille de la sonde à demeure du résident 011, le prélèvement et l'analyse mensuels d'échantillons d'urine et les mesures de suivi des résultats de ces analyses. [par. 6 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (7), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident.

Le résident 012 avait un ulcère de stade III à un orteil.

Lors d'un entretien le 12 décembre 2014, le PSSP 110 a indiqué que le résident 012 refusait de porter des chaussures et qu'il avait toujours marché pieds nus dans l'établissement, a ajouté que le personnel avait fait de nombreuses tentatives pour l'encourager à porter des chaussures lorsqu'il se déplace avec son ambulateur au foyer. Le PSSP 110 a indiqué à l'inspectrice que le résident 012 avait une lésion à un pied et qu'il croyait que les infirmières changeaient le pansement tous les jours. Cependant, il a remarqué que le pansement du résident n'était pas toujours changé après le bain et qu'il restait mouillé.

Un examen du dossier de santé du résident 012 a indiqué que celui-ci avait été diagnostiqué d'un ulcère de stade II à un orteil en mai 2014 et que cet ulcère avait atteint le stade III en novembre 2014. Les ordres du médecin indiquaient quatre changements de traitement entre mai 2014 et novembre 2014 :

- mai 2014 : nettoyer la lésion ouverte à l'orteil au moyen d'une solution saline normale, appliquer un pansement, changer tous les deux ou trois jours et PRN;
- juin 2014 : traitement remplacé par une application de proviodine;
- juillet 2014 : nettoyer à l'eau stérile, appliquer un nouveau pansement et changer tous les trois jours et PRN;

- novembre 2014 : nettoyer à l'eau stérile, appliquer un nouveau pansement plus complexe et changer tous les trois jours et PRN.

L'examen du programme de soins le plus récent (décembre 2014) a révélé que le résident 012 avait un ulcère à l'orteil et que les interventions consistaient notamment à surveiller les signes et les symptômes d'infection, à appliquer de la proviodine deux fois par jour et à documenter les mesures prises. Lors d'un entretien le 15 décembre 2014, l'IAA 108 a indiqué qu'il avait changé le pansement ce jour-là comme demandé et ajouté qu'il ne le changeait que sur demande. Il a indiqué qu'il avait appliqué le pansement conformément à l'ordre du médecin de juillet 2014. Lorsque l'IAA a examiné les ordres du médecin en présence de l'inspectrice, il a indiqué qu'il ne savait pas que le pansement avait été changé 21 jours auparavant, en novembre 2014, et que par conséquent il n'avait pas appliqué le nouveau pansement plus complexe. L'IAA 108 a examiné avec l'inspectrice le dossier d'administration des traitements pour le résident 012 et a indiqué qu'il avait suivi les directives qui étaient surlignées en orange, en l'occurrence l'ordre de traitement de juillet 2014 concernant l'application d'un pansement. Lorsqu'on lui a demandé qui était chargé de mettre à jour le programme de soins, il a indiqué qu'il avait reçu une formation sur l'usage du programme de soins électronique deux semaines auparavant, mais qu'il n'avait pas encore apporté de changements au programme de soins du résident 012.

Lors d'un entretien le 19 décembre 2014, l'IAA 114 a indiqué qu'un jour de novembre 2014, le résident 012 était revenu d'un rendez-vous chez le spécialiste avec un nouveau plan de traitement et qu'il avait immédiatement vérifié l'ordre auprès du médecin du foyer puis transcrit le nouveau plan de traitement plus complexe de novembre 2014 sur l'ordre du médecin du foyer. Il a indiqué que le nouveau plan de traitement avait été transcrit au dossier d'administration des traitements le lendemain, en novembre 2014. L'IAA 114 a indiqué qu'il avait changé le pansement et appliqué le nouveau pansement plus complexe à l'ulcère de stade III chaque fois qu'il avait évalué la blessure, aux dates suivantes, lorsque le traitement a été modifié :

- le jour suivant le rendez-vous du résident, en novembre 2014;
- huit jours plus tard, en décembre 2014;
- six jours après le changement de pansement susmentionné, en décembre;
- trois jours après le second changement de pansement, en décembre.

Un examen du dossier de santé du résident a été fait pour la période de 22 jours s'étalant entre les jours précisés de novembre et de décembre 2014 et on n'a trouvé aucune description du type de pansement appliqué à l'ulcère de stade III de l'orteil du résident 012 dans les documents du foyer :

- dossier d'administration des traitements avec les évaluations hebdomadaires de l'épiderme;
- dossier d'administration des médicaments;
- notes d'évolution.

L'IAA 114 a indiqué à l'inspectrice qu'il avait reçu l'ordre de documenter les évaluations hebdomadaires au moyen du formulaire *Évaluation de plaie*. L'IAA 114 a indiqué qu'il aurait dû documenter le plan de traitement chaque fois qu'il changeait les pansements; cependant, il avait

compris qu'en documentant l'évaluation hebdomadaire de la plaie, il était entendu que le pansement avait été changé.

Lors d'un entretien le 19 décembre 2014, la directrice des soins a indiqué que le personnel devait s'assurer que le résident 012, qui avait un ulcère de stade III, recevait le traitement immédiat prescrit par le spécialiste et documentait le changement de pansements dans les notes d'évolution ainsi que dans le dossier d'administration des médicaments. [par. 6 (7)]

3. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (9), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les éléments suivants soient documentés : la fourniture des soins prévus dans le programme de soins, les résultats des soins prévus dans le programme de soins et l'efficacité du programme de soins.

1) Les 9 et 16 décembre 2014, l'inspectrice 545 a observé le résident 004 qui portait une sonde à demeure.

Lors d'un entretien le 18 décembre 2014, le résident 004 a indiqué qu'il pensait que la sonde avait été changée la semaine précédente.

L'examen du dossier de santé du résident 004 indiquait que celui-ci avait été admis au foyer en juillet 2009 avec une sonde à demeure pour rétention urinaire. Tous les trimestres, le médecin a ordonné le changement mensuel de la sonde. L'examen du programme de soins le plus récent du résident indiquait qu'il fallait changer la sonde selon l'ordre du médecin une fois par mois et qu'il fallait utiliser une sonde de taille 16FR. La note suivante a été consignée au dossier d'administration des médicaments : changer la sonde chaque mois. La taille de la sonde et la date du changement de la sonde n'étaient pas indiquées et on n'a trouvé aucune signature du personnel indiquant la date à laquelle la sonde avait été changée durant le mois de décembre 2014.

Dans les notes d'évolution examinées le 18 décembre 2014, rien n'indiquait la date à laquelle la sonde à demeure avait été changée durant le mois de décembre 2014.

Lors d'un entretien le 17 décembre 2014, l'IAA 114 a indiqué que le rappel destiné au personnel infirmier concernant le changement de la sonde est documenté par le chef des services cliniques dans l'agenda du foyer, qui est conservé au poste de soins infirmiers. L'IAA 114 a indiqué que l'infirmière de soir était chargée de vérifier l'agenda et de copier tout traitement tel que le changement de sonde dans le rapport de 24 heures afin de rappeler au personnel le traitement à administrer le lendemain. Lors de l'examen de l'agenda avec l'inspectrice 545, l'IAA 114 a indiqué que la sonde du résident 004 devait être changée un jour de décembre 2014. Il a indiqué qu'il ne travaillait pas ce jour de décembre 2014 et que, par conséquent, il était incapable de confirmer si la sonde avait été changée ou non ce jour-là et qu'il n'avait pas pu fournir de documentation attestant que la sonde avait effectivement été changée.

Lors d'un entretien le 18 décembre 2014, la chef des services cliniques (employée 102) a indiqué qu'elle avait écrit « changer la sonde de Foley du résident 004 » dans l'agenda à la page prévue pour ce jour de décembre 2014. Elle a indiqué que le personnel autorisé chargé du résident 004 ce jour-là devait changer la sonde conformément à l'ordre du médecin puis documenter, dans les notes d'évolution, que la sonde avait été changée et fournir les détails concernant la taille de la sonde employée, la quantité de liquide utilisé pour gonfler le ballonnet, l'état d'écoulement, la tolérance du résident à l'intervention et la capacité de drainage de la sonde.

Lors d'un entretien le 19 décembre 2014, la directrice des soins a indiqué qu'elle rappelait régulièrement au personnel que la fourniture des soins, comme le changement d'une sonde à demeure, devait être documentée dans les notes d'évolution, de même que les résultats des soins prévus dans le programme de soins et l'efficacité du programme de soins. [par. 6 (9)]

2) Le résident 015 a besoin du personnel pour se nourrir et suit un régime spécial. Le personnel aide le résident à suivre son régime spécial et à s'hydrater. À l'heure du repas le 12 décembre 2014, l'inspecteur 599 a vu du personnel aider le résident 015 à prendre ses repas spéciaux et ses boissons au petit-déjeuner et à la collation de 10 h.

Lors d'un entretien le 12 décembre 2014, le diététiste a affirmé que le résident 015 suivait un régime spécial et qu'il devait être nourri par le personnel étant donné qu'il était incapable de manger tout seul. Les membres du personnel autorisé et le PSSP ont confirmé que le résident 015 était incapable de se nourrir lui-même et qu'il avait besoin que le personnel le fasse manger, tel qu'indiqué dans son programme de soins.

L'inspecteur 599 a examiné l'apport quotidien en aliments et en boissons du résident 015 pour le mois de novembre 2014 et il a noté que le personnel avait offert et donné au résident 015 une collation spéciale ou une boisson comme nutriment au moment du coucher.

Le dossier d'apport alimentaire et liquide quotidien du résident 015 pour le mois de décembre 2014 a été examiné par l'inspecteur 599. Dans le dossier de prise d'aliments d'un jour de décembre 2014, il n'y avait aucune note indiquant que les nutriments de l'après-midi et du soir avaient été offerts ou donnés au résident 015, mais il était noté qu'un zéro avait été inscrit pour l'apport liquide. Le lendemain, il n'y avait pas de notes relatives aux aliments et aux boissons indiquant que le résident 015 s'était vu offrir un nutriment du soir. Les deux jours qui ont suivi, il n'y avait pas de note sur les aliments ou les boissons indiquant que le résident 015 avait reçu des nutriments l'après-midi et au coucher.

Lors d'un entretien le 12 décembre 2014, la directrice des soins a indiqué que s'il n'y avait aucune note ou qu'un zéro avait été inscrit au dossier d'apport alimentaire et liquide du résident 015, cela signifiait que le résident n'avait reçu aucun aliment et aucune boisson et qu'il n'avait pas été nourri. [par. 6 (9)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que soient documentés mensuellement et au besoin, pour tous les résidents portant une sonde urinaire à demeure, la fourniture des soins prévus dans le programme de soins, les résultats de ces soins et l'efficacité du programme de soins. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 53 (Comportements réactifs).

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

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;
 - b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;
 - 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).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que : a) les comportements déclencheurs du résident soient identifiés, dans la mesure du possible; b) des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; c) des mesures soient prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions du résident aux interventions soient documentées.

Le résident 007 a été admis au foyer en janvier 2012 avec des diagnostics de dépression et d'anxiété, ainsi que d'autres affections. Une note consignée au dossier de santé par l'infirmière en psychogériatrie ambulatoire et par le médecin un jour de mai 2014 indiquait que le résident 007 était stable.

Lors d'un entretien le 10 décembre 2014, le résident 007 a dit craindre de ne pas recevoir de bons soins parce que son compagnon de chambre, le résident 025, avait dit du mal de lui au personnel et à d'autres résidents. Le 17 décembre 2014, le résident 007 a indiqué à l'inspectrice qu'auparavant il

s'entendait bien avec le résident qui partage sa chambre mais qu'au cours des derniers mois, leur relation s'était détériorée. Le résident 007 a ajouté que le personnel était au courant de la situation, mais que rien n'avait été fait pour résoudre ce problème. Le résident 007 a indiqué plusieurs fois que ses prothèses dentaires étaient trop grandes et que cela le gênait, particulièrement lorsqu'il mange. Durant un entretien avec l'inspectrice 545, celle-ci a remarqué que les prothèses dentaires bougeaient dans la bouche du résident.

Lors de divers entretiens le 17 décembre 2014, le PSSP 110, l'IAA 114 et l'infirmière clinicienne 102 ont dit savoir que le résident 007 ne s'entendait pas bien avec le résident 025, qui partage sa chambre. Aucun de ces employés n'a pu dire exactement à quel moment le conflit avait commencé.

Le PSSP 110 a indiqué qu'il n'y avait pas de stratégie prévue dans le programme de soins pour indiquer au personnel fournissant des soins directs comment aborder le résident 007 lorsqu'il crie ou se fâche avec le résident 025. Cependant, le PSSP a constaté qu'il semblait avoir de bons résultats lorsqu'il plaisantait avec le résident car, selon lui, le résident avait un bon sens de l'humour. Le PSSP 110 a indiqué que, selon lui, les deux résidents ne devaient pas partager la même chambre. Le PSSP 110 a indiqué qu'il n'avait pas remarqué que les prothèses dentaires du résident étaient trop grandes.

L'IAA 114 a dit ne pas savoir ce qui déclenchait les débordements de colère du résident 007 et ses conflits avec le résident 025, car il trouvait que ce dernier était une personne calme et pacifique qui s'entendait bien avec les autres résidents. L'IAA a indiqué que le personnel de soutien aux troubles du comportement était intervenu dans le passé, ainsi que l'infirmière en psychogériatrie et le médecin, pour gérer ses troubles de l'humeur et ses plaintes concernant une douleur abdominale et une douleur au talon. Lorsqu'on lui a demandé si le résident 007 s'était plaint de prothèses dentaires trop grandes, il a indiqué qu'il était conscient du problème et que l'infirmière clinicienne s'en occupait.

Lors d'un entretien le 16 décembre 2014, l'infirmière clinicienne 102 a indiqué que le résident 007 avait perdu du poids depuis son admission au foyer et que ses prothèses dentaires ne lui allaient plus. Elle a indiqué qu'un aiguillage pour de nouvelles prothèses dentaires avait été effectué mais que, faute d'argent, le résident 007 avait décidé d'attendre.

L'examen du programme de soins le plus récent (octobre 2014) du résident 007 a révélé que l'équipe de psychogériatrie avait vu le résident 007 au moins une fois par mois. De plus, le programme indiquait au personnel de suivre les suggestions faites, de permettre au résident d'avoir un mot à dire en ce qui concerne ses soins, de lui suggérer d'appeler sa famille plus souvent, d'encourager le résident à exprimer ses sentiments sans faire d'esclandre, de surveiller les épisodes de troubles du comportement et d'essayer d'en déterminer les causes sous-jacentes, compte tenu du lieu, de l'heure du jour et de la situation.

Lors d'un entretien le 18 décembre 2014, l'infirmière en psychogériatrie a indiqué qu'elle n'avait pas été informée des conflits entre le résident 007 et celui qui partage sa chambre. L'infirmière a indiqué

que lorsque le résident avait des conflits dans le passé, les déclencheurs identifiés étaient des problèmes physiques et qu'une fois ceux-ci résolus, le comportement du résident 007 se stabilisait. L'infirmière en psychogériatrie a indiqué qu'il était du devoir du personnel du foyer de l'informer lorsque les services de l'équipe étaient nécessaires et a ajouté que la dernière fois qu'elle avait rendu visite au résident 007, en août 2014, celui-ci était stable.

Le 18 décembre 2014, la directrice des soins a indiqué que le personnel devait documenter le comportement du résident 007 et prévenir l'équipe psychogériatrique lorsque celle-ci est disponible pour fournir une évaluation et un soutien.

L'infirmière clinicienne 102 a indiqué le 18 décembre 2014 qu'elle venait d'examiner les problèmes avec l'infirmière en psychogériatrie, que l'évaluation et l'identification des comportements déclencheurs à l'origine des comportements réactifs du résident seraient documentées, que le programme de soins du résident serait mis à jour en janvier 2015, au moment de l'évaluation RAI-MDS 2.0 du résident, et que des stratégies pour minimiser les comportements réactifs du résident 007 seraient alors intégrées au programme de soins. [par. 53 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer : que les comportements déclencheurs du résident 007 sont identifiés, dans la mesure du possible; que des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; que des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions; et que les réactions du résident aux interventions sont documentées. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 60 (Pouvoirs du conseil des familles).

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

60 (2) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 et 9 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. 60 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 60 (2), dans la mesure où il n'a pas répondu dans les 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupations ou de recommandations par le conseil des familles.

Le conseil des familles du foyer a été créé en juin 2014. Les procès-verbaux des réunions qui se sont tenues entre le 2 juin 2014 et le 24 novembre 2014, y compris une lettre envoyée au directeur régional d'Extendicare par le conseil des familles, ont été examinés. Dans une lettre envoyée au directeur régional le 24 novembre 2014, les préoccupations suivantes ont été documentées par le conseil des familles :

- le personnel informe les membres des familles que le foyer n'a plus de produits pour incontinence;
- on ne comprend pas l'énoncé suivant : « autres services » dans la lettre envoyée aux résidents et aux familles au sujet du crédit d'impôts fonciers de l'Ontario;
- manque de renseignements concernant l'attribution d'une aide financière;
- dommages causés à la toiture du foyer et réparations effectuées;
- omission d'afficher les titres de compétence de l'administrateur nouvellement embauché.

Lors d'un entretien le 11 décembre 2014, la présidente du conseil des familles a indiqué qu'une réunion avec la directrice régionale (Extendicare) était prévue pour le 17 novembre 2014 afin de discuter de certaines préoccupations, mais qu'en raison d'une tempête de neige, la réunion avait été annulée. La présidente a indiqué que, le 24 novembre 2014, elle avait présenté une lettre détaillant ses préoccupations à la directrice régionale (Extendicare) par l'entremise de la chef de bureau du foyer, demandant une réponse écrite à chacune des préoccupations citées. La présidente a indiqué que, les 9 et 10 décembre 2014, elle avait demandé au foyer de faire un suivi auprès de la directrice régionale (Extendicare), étant donné qu'elle n'avait pas reçu de réponse à la lettre qui avait été envoyée le 24 novembre 2014.

Lors d'un entretien le 15 décembre 2014, la chef de bureau a fourni à l'inspectrice des copies de deux courriels qui avaient été envoyés à la directrice régionale (Extendicare) au nom de la présidente du conseil des familles, l'un daté du 9 décembre et envoyé par elle-même, l'autre daté du 10 décembre 2014 et envoyé par la directrice des programmes (employée 122). Dans ces deux courriels, il était dit que la présidente du conseil des familles demandait une réponse à la lettre qui avait été envoyée le 24 novembre 2014.

Lors d'un entretien le 15 décembre 2014, la directrice des programmes a indiqué qu'elle avait été nommée adjointe au conseil des familles. La directrice des programmes a indiqué qu'elle savait que le conseil des familles avait de nombreuses préoccupations auxquelles personne n'avait donné suite. Elle a ajouté qu'elle avait envoyé un courriel, au nom du conseil des familles, à la directrice régionale (Extendicare) le 10 décembre 2014 pour demander une réponse. Elle a indiqué qu'elle n'avait encore reçu aucune réponse, mais que le directeur régional viendrait au foyer la semaine du 15 décembre 2014 pour aborder ces questions en personne. Lors d'un entretien le 15 décembre 2014, l'administrateur a indiqué que ni lui ni la directrice régionale (Extendicare) n'avaient répondu par écrit

dans les 10 jours après avoir reçu les préoccupations du conseil des familles présentées à la directrice régionale dans une lettre datée du 24 novembre 2014. [par. 60 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que si le conseil des familles l'informe de sujets de préoccupation ou de recommandations, il lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).

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

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

229. (9) Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, un programme d'hygiène des mains comprenant l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (9).

Constatations :

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

1) Les 8, 9 et 10 décembre 2014, des odeurs d'urine ont été remarquées dans les chambres des résidents suivants : 116, 118, 141 et 143. Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 a examiné plus en détail les chambres des résidents et leurs salles de bain. Il a été noté que dans les salles de bain 116, 118 et 141-143 (salle de bain commune), il y avait des sacs collecteurs d'urine qui avaient été accrochés aux porte-serviettes. Les sacs n'étant pas identifiés, on ne savait pas à qui ils appartenaient, ils contenaient un liquide d'un jaune translucide à clair et il n'y avait pas de bouchons sur les tubes connecteurs. Les résidents qui utilisent ces salles de bain (les résidents 004, 007 et 011) ont tous une sonde urinaire à demeure. Un examen de leurs dossiers de santé montre que les résidents susmentionnés sont reconnus comme présentant un risque d'infection urinaire.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec l'IAA 107 et le PSSP 132 au sujet des soins et de la prévention de la contamination des sacs collecteurs d'urine. Ces employés ont déclaré

que les sacs collecteurs étaient nettoyés à l'eau chaude, sans aucun autre produit nettoyant ou désinfectant. Selon le PSSP 132, les sacs collecteurs d'urine étaient changés lorsqu'ils devenaient décolorés, que les marques sur le sac s'estompaient, que les sacs coulaient ou que les attaches étaient brisées. L'IAA 107 a déclaré que les PSSP venaient personnellement demander de nouveaux sacs collecteurs d'urine. En ce qui concerne les bouchons pour protéger les tubes connecteurs et prévenir la contamination lorsque les sacs ne sont pas en usage, le PSSP 132 a expliqué que si les bouchons étaient perdus ou jetés, le foyer n'en avait pas d'autres pour les remplacer.

Le 16 décembre 2014, l'inspectrice 117 a examiné les salles de bain des sept résidents du foyer qui avaient une sonde urinaire à demeure. Elle a noté que tous les sacs collecteurs d'urine pour la nuit qui ne servaient pas étaient accrochés aux porte-serviettes de ces salles de bain. Selon les observations de l'inspectrice, il y avait un liquide clair ou jaunâtre dans les sacs et il n'y avait pas de bouchons sur les tubes connecteurs. Elle a remarqué ce qui suit : les tubes connecteurs des résidents 011 et 023 ne portaient pas de bouchons et se trouvaient à environ un pouce du sol. Les PSSP 112, 117 et 119 ont déclaré à l'inspectrice 117 qu'ils n'avaient pas de bouchons sur les tubes des sacs collecteurs qui étaient destinés aux sondes de Foley et qui n'étaient pas en usage. Les tubes connecteurs restaient ouverts à l'air, mais ils ne devaient pas être près du sol. Les PSSP ont également confirmé qu'ils n'utilisaient que de l'eau pour nettoyer les sacs collecteurs d'urine et qu'ils ne connaissaient pas d'autre procédé pour nettoyer les sacs et les extrémités des tubes connecteurs avant de les relier à la sonde de Foley.

L'inspectrice 117 s'est entretenue avec la directrice des soins au sujet du nettoyage et de la prévention de la contamination des sacs collecteurs d'urine. La directrice des soins a affirmé que le foyer avait en place une politique (CLIN-07-01-04H et CLIN-07-01-04I) liée à l'entretien et au remplacement des sacs collecteurs d'urine. Elle ne savait pas très bien si le personnel avait reçu une formation ou s'il connaissait cette politique, car elle revenait d'un long congé et il s'agissait d'une politique récente. L'infirmière clinicienne du foyer, qui supervisait le programme de contrôle des infections en l'absence prolongée de la directrice des soins, a confirmé qu'il n'y avait pas de produits (vinaigre, selon la politique) pour nettoyer les sacs collecteurs d'urine et que le foyer n'avait pas de bouchons pour les tubes connecteurs afin d'empêcher leur contamination. Elle ne savait pas non plus que le personnel ne nettoyait pas les tubes connecteurs à l'alcool, conformément aux politiques, avant de rebrancher les sacs collecteurs aux sondes urinaires des résidents.

2) Le résident 004 porte une sonde à demeure pour rétention urinaire. Les 9 et 16 décembre 2014, l'inspectrice 545 a remarqué une odeur provenant de la salle de bain commune du résident 004. Dans la salle de bain, un grand sac de nuit a été vu accroché à la barre en métal sous les armoires de la salle de bain. Une petite quantité de liquide clair a été observée au fond du sac, ainsi que des taches brunes aux coutures. Le tube de la sonde ne portait pas de bouchon à l'extrémité et était ouvert à l'air. Il n'y avait sur le sac aucun renseignement indiquant à qui il appartenait ni quand il avait été changé.

Lors d'un entretien le 18 décembre 2014, la PSSP 127 a indiqué qu'elle était chargée de changer le sac que le résident 004 portait à la jambe et de le remplacer par un sac de nuit lorsqu'elle mettait le

résident 004 au lit le soir. Lorsqu'il lui a été demandé de décrire la procédure, la PSSP 127 a expliqué qu'elle vidait le sac de jour en se servant de l'urinoir dans la salle de bain, qu'elle jetait l'urine dans la toilette et qu'elle rinçait le sac avec une petite quantité d'eau et du savon qu'elle prenait au distributeur de la salle de bain commune. La PSSP a expliqué qu'un nouveau sac de nuit et un nouveau sac de jour étaient fournis une fois par mois lorsque la sonde était changée. Elle a ajouté qu'elle n'utilisait jamais de bouchon pour couvrir l'extrémité du tube de la sonde et qu'il n'y en avait pas. La PSSP 127 a indiqué qu'elle avait été informée le jour même qu'une nouvelle procédure était en place, mais elle n'avait pas encore reçu la formation nécessaire.

3) Le résident 007 porte une sonde à demeure pour une rétention urinaire chronique et des antécédents d'infections urinaires.

Les 10 et 16 décembre 2014, l'inspectrice 545 a remarqué une odeur persistante d'urine quand elle est entrée dans la salle de bain commune du résident 007. Dans cette salle de bain commune, un grand sac de nuit a été vu accroché à une barre en métal au-dessus de la toilette. Le sac de la sonde contenait une petite quantité de liquide jaune au fond; le tube de la sonde était resté ouvert à l'air, posé sur le réservoir de la toilette, sans bouchon pour couvrir l'extrémité. Il n'y avait sur le sac aucun renseignement indiquant à qui il appartenait ni quand il avait été changé.

Lors d'un entretien le 17 décembre 2014, le PSSP 110 a indiqué que ce matin-là, lorsqu'il a fait lever le résident 007 pour le petit-déjeuner, il avait vidé le sac de nuit. Il a indiqué qu'il utilisait de l'eau pour rincer le sac de nuit et qu'aucun produit désinfectant n'était fourni pour nettoyer le sac ou le tube de la sonde. Le PSSP 110 a indiqué qu'il n'y avait pas de bouchons au foyer et qu'on ne lui avait jamais dit d'en utiliser un pour couvrir l'extrémité du tube de la sonde. Lorsqu'il lui a été demandé quand il avait reçu sa dernière formation sur le nettoyage des sacs de sonde, il a répondu que le personnel fournissant des soins directs n'avait jamais reçu de formation sur l'entretien des sondes. [par. 229 (4)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit mis en place, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, un programme d'hygiène des mains comprenant l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service.

1) Les 8, 9 et 10 décembre 2014, l'inspecteur 599 et les inspectrices 545, 126 et 117 ont remarqué qu'il n'y avait pas d'agent d'hygiène des mains dans les chambres à coucher. Il a été noté qu'il y avait des distributeurs de désinfectant pour les mains sur les murs des couloirs de l'unité. Il y avait quatre distributeurs de désinfectant pour les mains par couloir d'unité. Un examen de toutes les chambres a révélé qu'il y avait, dans chaque chambre, un support mural en plastique pour produit désinfectant pour les mains. Cependant, tous les supports muraux étaient vides, sauf l'un d'eux. On n'a vu aucun produit d'hygiène pour les mains accessible aux points de service aux résidents.

Le 11 décembre 2014, le PSSP 110 et le superviseur des services environnementaux ont affirmé à l'inspectrice 117 qu'auparavant le foyer avait des désinfectants pour les mains dans chaque chambre.

Les supports muraux en plastique prévus pour les désinfectants sont toujours en place dans les chambres. Cependant, les produits d'hygiène pour les mains ont été enlevés il y a plusieurs mois à cause d'un résident qui avait ingurgité le produit désinfectant pour les mains. Les deux employés ont affirmé que le résident en question n'était plus au foyer. À leur connaissance, aucune directive n'a été donnée pour remplacer les produits désinfectants pour les mains dans les chambres des résidents.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 a rencontré et abordé la directrice des soins du foyer, l'administrateur et l'infirmière-conseil au sujet du programme d'hygiène des mains et de l'accès, aux points de service, aux agents d'hygiène des mains. La directrice des soins a affirmé que le foyer n'avait offert aucune formation au personnel au cours de la dernière année sur le programme d'hygiène des mains. L'inspectrice 117 a montré à la directrice des soins, à l'administrateur et à l'infirmière-conseil les supports muraux vides dans les chambres. La directrice des soins, l'administrateur et l'infirmière-conseil ne savaient pas qu'il n'y avait pas de produits désinfectants pour les mains accessibles aux points de service aux résidents. La directrice des soins, l'infirmière-conseil et le superviseur des services environnementaux ont fait le nécessaire pour que des produits d'hygiène des mains soient immédiatement mis en place dans la chambre de chaque résident, de façon à assurer, aux points de service, l'accès à des produits d'hygiène des mains.

2) Pendant qu'il observait l'administration des médicaments, l'inspecteur 599 a vu un membre du personnel infirmier (l'employé 107) administrer un test de glycémie aux résidents 017 et 018, puis aller mettre des gouttes pour les yeux au résident 016. L'employé 107 n'a pas observé l'hygiène des mains avant ou après l'administration de gouttes pour les yeux au résident 016. Immédiatement après l'administration des gouttes pour les yeux, l'employé 107 a commencé à préparer les médicaments du résident 018 sans observer la moindre hygiène des mains.

Durant l'administration de médicament aux résidents 016, 017 et 018, l'employé 107 n'a pas participé à la mise en œuvre du programme de contrôle des infections concernant l'hygiène des mains.
[par. 229 (9)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que : 1) un programme d'hygiène des mains est mis en place conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises; 2) tout le personnel qui fournit des soins aux résidents a accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service; 3) tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de contrôle des infections du foyer, particulièrement en ce qui concerne les sondes à demeure. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 33 (Bain).

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

33. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 33 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ontario 79/10, par. 33 (1), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que le résident prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

1) Lors d'un entretien le 10 décembre 2014, le résident 007 a indiqué que le personnel lui donnait un bain deux fois par semaine et que le résident préférait prendre un bain dans la baignoire. Le résident 007 a indiqué qu'il pensait que le personnel préférait lui faire sa toilette au lit parce qu'il portait une sonde et qu'il fallait utiliser un lève-personne pour son transfert. Le 17 décembre 2014, le résident 007 a indiqué à l'inspectrice que le personnel lui faisait toujours sa toilette au lit juste avant le dîner le lundi et le vendredi.

L'examen du programme de soins le plus récent du résident 007 a montré que le résident avait besoin de l'assistance totale de deux employés pour son transfert sur le fauteuil de douche ou dans la baignoire. Il y est indiqué que le résident 007 préfère une douche, bien qu'à l'occasion il ait pris un bain dans la baignoire. Le nom du résident 007 était inscrit sur la feuille des bains en baignoire pour le soir (datée du 29 août 2014) affichée dans la salle du bain hydromasseur de l'unité sud avec un « D » pour « douche » le lundi et le vendredi. La feuille quotidienne des bains indiquait que pour la période de six semaines allant de novembre à décembre 2014, le résident 007 avait eu son bain selon les modalités suivantes : on lui avait fait sa toilette au lit huit fois sur douze et fait prendre une douche quatre fois sur douze.

Lors d'un entretien le 16 décembre 2014, la PSSP 130 a indiqué qu'elle avait offert au résident 007 de lui faire sa toilette au lit deux fois en décembre 2014, à deux dates distinctes. Elle a ajouté que le résident 007 se plaignait souvent d'une douleur et que, pour cette raison, il acceptait qu'on lui fasse sa toilette au lit. LA PSSP a expliqué que le résident 007 ne pouvait plus s'asseoir sur un fauteuil de douche parce que ses jambes étaient trop faibles et qu'un bain dans la baignoire était idéal pour ce résident.

L'infirmière clinicienne 102 a indiqué que le résident 007 devait pouvoir prendre un bain selon la méthode de son choix deux fois par semaine. Elle a dit ne pas savoir que, pour ce résident, le personnel lui faisait sa toilette au lit deux fois par semaine. Elle a ajouté qu'il n'y avait aucune restriction pour ce résident en ce qui concerne le bain dans la baignoire, même si celui-ci porte une sonde à demeure. [par. 33 (1)]

2) Lors d'un entretien le 9 décembre 2014, le résident 012 a indiqué sa préférence pour un bain dans la baignoire. Cependant, le personnel lui offrait une douche qu'il lui faisait prendre deux fois par semaine.

L'examen du programme de soins le plus récent du résident 012 a montré que le résident nécessitait une aide soutenue du personnel pour le bain en raison de ses déficiences cognitives, de son obésité et de son arthrite, et aussi que le résident préférait un bain dans la baignoire deux fois par semaine. La feuille de directives sur le bain affichée dans la salle de bain de l'unité sud (datée du 28 août 2014) et celle du poste de soins infirmiers (datée du 7 novembre 2014) n'indiquaient pas de préférence pour un bain dans la baignoire ou pour une douche au sujet du résident 012. Le dossier du bain quotidien indiquait qu'au cours du dernier mois, le résident 012 avait pris une douche six fois sur huit, un bain dans la baignoire une fois sur huit et, pour une semaine de novembre, le second bain n'était pas consigné.

Lors d'un entretien le 12 décembre 2014, le PSSP 110 a indiqué que la méthode que le résident 012 préférait était la douche. Peu après, le résident 012, en présence du PSSP et de l'inspectrice 545, a indiqué qu'il préférait un bain dans la baignoire et que le personnel ne lui offrait qu'une douche. Le PSSP 110 a indiqué qu'il ne savait pas que le résident 012 préférait un bain dans la baignoire.

Le 16 décembre 2014, l'infirmière clinicienne 102 a indiqué que le résident 012 pouvait prendre un bain dans la baignoire si telle était sa préférence, étant donné qu'il ne présentait aucun état pathologique constituant une contre-indication. L'infirmière clinicienne a indiqué que le programme de soins serait mis à jour de façon à prévoir des interventions à l'intention du personnel fournissant des soins directs, de façon qu'il couvre la lésion de pression du résident 012 d'un sac en plastique pour empêcher que le pansement se mouille durant le bain. [par. 33 (1)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 37 (Effets personnels et aides personnelles).

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

37. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

- a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;
b) nettoyés au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 37 (1) a), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives, étiquetés dans les 48 heures suivant son admission et, dans le cas de nouveaux effets, dans les 48 heures suivant leur acquisition.

Le résident 004 a une déficience cognitive modérée et requiert l'aide soutenue d'un employé pour son hygiène personnelle, notamment le brossage des dents. La feuille de cheminement quotidien tenue par le PSSP indiquait que le résident se brossait les dents tous les jours.

Le résident 004 partage une salle de bain avec le résident 013.

Lors d'un entretien les 9, 18 et 19 décembre 2014, le résident 004 a indiqué qu'il ne se brossait pas les dents ou qu'il ne recevait pas d'aide aux soins dentaires.

L'inspectrice 545 a remarqué, ces jours-là, qu'il manquait plusieurs dents au résident 004 et que celles qu'il avait encore étaient d'un brun grisâtre. Les 18 et 19 décembre 2014, deux brosses à dents non étiquetées (l'une marron-jaune, l'autre bleue) et aux poils très secs avec un tube de dentifrice ont été vues dans une corbeille rose, avec le nom du résident 004 inscrit dessus, dans la salle de bain commune.

Lors d'un entretien le 19 décembre 2014, la PSSP 126 a indiqué qu'elle avait fourni une assistance pour les soins dentaires au résident 004 dans la matinée. Lorsqu'il lui a été demandé quelle brosse à dents avait été utilisée, la PSSP 126 est entrée dans la salle de bain commune et a pris, dans un verre en céramique placé dans une corbeille grise, sur laquelle était clairement inscrit le nom du résident 013, une brosse à dents bleue non étiquetée et aux poils mouillés. Lorsqu'il lui a été demandé pourquoi elle avait utilisé la brosse à dents du résident 013 pour brosser les dents au résident 004, elle a répondu que la brosse à dents appartenait au résident 004 et qu'elle utilisait cette brosse à dents tous les jours depuis huit mois pour fournir au résident 004 une aide aux soins dentaires.

Lors d'un entretien le 19 décembre 2014, le résident 013 a indiqué à l'infirmière clinicienne et à l'inspectrice que les deux brosses à dents (la marron-jaune et la bleue) dans le verre en céramique étaient les siennes. L'infirmière clinicienne a indiqué qu'elle allait immédiatement remplacer les brosses à dents des résidents 004 et 013 et les étiqueter en inscrivant sur chacune d'elles le nom du résident approprié afin que le personnel n'utilise pas la brosse à dents d'un autre résident par erreur. [alinéa 37 (1) a)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 78 (Renseignements à l'intention des résidents).

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

78. (2) La trousse de renseignements comprend ce qui suit au minimum :

- a) la déclaration des droits des résidents;**
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée;**
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;**
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis;**
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes;**
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;**
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis;**
- i) une indication du montant maximal qui peut être demandé au résident en vertu de la disposition 1 ou 2 du paragraphe 91 (1) pour chaque genre d'hébergement offert au foyer de soins de longue durée;**
- j) une indication des réductions, disponibles aux termes des règlements, du montant qui peut être demandé aux résidents admissibles pour chaque genre d'hébergement offert au foyer de soins de longue durée;**
- k) des renseignements sur ce qui est payé au moyen du financement octroyé aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou sur les paiements que font les résidents au titre de l'hébergement et au titre desquels ils n'ont pas à payer de frais supplémentaires;**
- l) la liste des services offerts pour un supplément dans un foyer de soins de longue durée et le montant de ce supplément;**
- m) une déclaration portant que les résidents ne sont pas tenus d'acheter des soins, des services, des programmes ou des biens du titulaire de permis et peuvent les acheter auprès d'autres fournisseurs, sous réserve des restrictions qu'impose le titulaire de permis, aux termes des règlements, à l'égard de la fourniture des médicaments;**
- n) la divulgation des liens de dépendance qui existent entre le titulaire de permis et d'autres fournisseurs qui peuvent offrir des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents;**
- o) des renseignements sur le conseil des résidents, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse;**

- p) des renseignements sur le conseil des familles, s'il y en a un, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse ou, en l'absence d'un tel conseil, ceux que prévoient les règlements;
- q) une explication des protections qu'offre l'article 26;
- r) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 78 (2) et 195 (9).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 78 (2), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que la trousse de renseignements comprenne, au minimum, la divulgation des liens de dépendance qui existent entre le titulaire de permis et d'autres fournisseurs qui peuvent offrir des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents.

Le 8 décembre 2014, lors de la conférence initiale, l'inspectrice a fourni à l'administrateur la « Liste de vérification de la procédure d'admission à l'intention du titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ». Le document a été renvoyé le même jour, indiquant que la trousse de renseignements mise à la disposition des membres de la famille du résident ou d'autres personnes qui ont de l'importance pour ce dernier, ne comprenait pas la divulgation des liens de dépendance qui existent entre le titulaire de permis et d'autres fournisseurs qui peuvent offrir des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents.

Lors d'un entretien le 12 décembre 2014, l'administrateur a indiqué qu'il n'existait actuellement aucun lien de dépendance entre le titulaire de permis du foyer et les autres fournisseurs qui offrent des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents. L'administrateur a ajouté qu'il allait immédiatement insérer, dans la trousse de renseignements, un paragraphe concernant les liens de dépendance, comme l'exige la loi. [alinéa 78 (2) n]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).

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

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

- a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3);
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;

- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;**
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 85 (4) a), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les résultats du sondage soient documentés et communiqués au conseil des résidents pour lui demander conseil.

Lors d'un entretien le 11 décembre 2014, la présidente du conseil des résidents a indiqué que les résultats du sondage sur la satisfaction avaient été joints à l'ordre du jour de la réunion du 28 novembre 2014; elle a ajouté que l'aide aux activités (employée 132) n'avait fourni aux membres du conseil aucune explication des résultats afin de demander conseil à ce dernier.

Lors d'un entretien le 15 décembre 2014, la directrice des programmes (employée 122) a indiqué que l'aide aux activités (employée 132) qui a fourni son aide à la réunion du conseil des résidents du 28 novembre 2014 devait présenter au conseil les résultats du sondage sur la satisfaction et lui demander conseil. Elle a montré à l'inspectrice une copie du procès-verbal, selon lequel « une copie des résultats du sondage sur la satisfaction a été présentée à chaque résident, les résultats ont été examinés avec l'employée 132 et les résidents ont affirmé qu'ils étaient heureux de recevoir cette copie et qu'ils étaient satisfaits des résultats ». La directrice des programmes a été incapable de confirmer si les résultats du sondage sur la satisfaction avaient effectivement été examinés avec les membres afin de leur demander conseil, car elle n'était pas présente à la réunion.

Lors d'un entretien le 16 décembre 2014, l'aide aux activités a indiqué qu'elle avait été nommée assistante au conseil des résidents. Elle a affirmé que le 28 novembre 2014, elle avait distribué une copie des résultats du sondage sur la satisfaction aux membres qui étaient présents à la réunion du conseil des résidents. L'aide aux activités a indiqué qu'elle avait fait savoir aux résidents que les résultats du sondage étaient bons. Lorsque l'inspectrice lui a demandé si elle avait demandé conseil au conseil des résidents au sujet du sondage, elle a dit qu'elle ne l'avait pas fait et qu'elle ne savait pas que cela faisait partie de son rôle. [alinéa 85 (4) a)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 85 (4) a), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les résultats du sondage soient documentés et communiqués au conseil des familles pour lui demander conseil.

Lors d'un entretien le 11 décembre 2014, la présidente du conseil des familles a indiqué que la directrice des programmes (employée 122) lui avait fourni au début de l'automne 2014 une copie des

résultats du sondage sur la satisfaction, avec une directive à partager avec les membres du conseil des familles. La présidente a indiqué que le sondage n'avait fait l'objet d'aucune discussion et que le conseil des familles n'avait demandé aucune rétroaction ni aucun conseil sur le sondage.

Lors d'un entretien le 15 décembre 2014, la directrice des programmes (l'employée 122) a indiqué que les résultats du sondage sur la satisfaction avaient été fournis à la présidente du conseil des familles. L'employée 122 a confirmé qu'il n'y avait eu aucune discussion au moment de la présentation des résultats et que le conseil des familles n'avait demandé aucune rétroaction ni aucun conseil au sujet du sondage. [alinéa 85 (4) a)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 87 (Entretien ménager).

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

87. (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, alinéa 87 (2) d), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que des soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

Les 8, 9 et 10 décembre 2014, les inspectrices 126 et 545 ont remarqué qu'il y avait des odeurs nauséabondes persistantes dans les chambres 116, 118 et 143. Il y avait une forte odeur persistante d'urine dans les chambres de ces résidents et dans leurs salles de bain.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec l'employée 115 du service d'entretien au sujet des odeurs nauséabondes persistantes. Cette employée a affirmé que les odeurs subsistaient depuis plusieurs semaines. Le foyer utilisait un produit pour aider à gérer ces odeurs d'urine, cependant, cela n'a pas aidé à chasser l'odeur des déchets biologiques dans la chambre 128. Elle a affirmé que plusieurs semaines auparavant, des membres du personnel d'entretien avaient été informés que le produit n'était plus disponible. L'employée a affirmé que les odeurs persistaient même si elle lavait les murs, les planchers et les comptoirs des chambres et des salles de bain en question. Les PSSP 110 et 132 ont confirmé que des odeurs persistantes d'urine et de déchets biologiques subsistaient dans les chambres citées, même après leur nettoyage par le personnel d'entretien.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec le superviseur des services environnementaux du foyer. Elle a confirmé qu'en raison de contraintes budgétaires, le foyer avait cessé d'acheter un produit nettoyant pour l'enzyme présente dans l'urine. Ce produit était utilisé pour aider à contrôler les odeurs nauséabondes persistantes dans les chambres 116, 118, 141 et 143. Cependant, il s'est avéré peu utile pour les odeurs de la chambre 128. Le superviseur des services environnementaux a affirmé que d'autres produits moins coûteux avaient été mis à l'essai, mais s'étaient avérés peu efficaces. Il a indiqué qu'aucune enquête n'avait été menée pour identifier la source possible de ces odeurs et y remédier. Le foyer s'occupe des odeurs uniquement à l'aide de produits nettoyants. Il a également affirmé qu'il était en communication avec le fournisseur des produits nettoyants du foyer pour trouver un produit qui aiderait à contrôler les odeurs de déchets biologiques dans la chambre 128. Il a affirmé qu'il restait encore quelques bouteilles de nettoyant d'enzymes présentes dans l'urine au foyer et qu'il discuterait avec l'administration du foyer pour rétablir l'usage de ce produit.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 a visité le foyer de nouveau. Des odeurs nauséabondes persistantes d'urine et de déchets biologiques étaient encore présentes, mais moins fortes, dans les chambres 116, 128, 141 et 143. L'inspectrice 117 s'est de nouveau entretenue avec les employés 115 et 116 du service d'entretien. Tous deux ont affirmé que le superviseur des services environnementaux leur avait fourni, ce matin-là, un produit nettoyant pour chasser l'odeur d'enzymes présentes dans l'urine et qu'ils avaient effectivement utilisé ce produit dans les chambres et les salles de bain des résidents en question. Cependant, ces odeurs restaient présentes malgré l'utilisation de ce produit nettoyant. Il a été noté que les odeurs persistaient dans les chambres identifiées les 16, 17, 18 et 19 décembre 2014. [alinéa 87 (2) d)]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 90 (Services d'entretien).

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

90. (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

c) les installations de chauffage, de ventilation et de climatisation sont nettoyées et en bon état et sont inspectées au moins tous les six mois par un particulier agréé, et de la documentation est conservée au sujet de l'inspection. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 90 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement 79/10 de l'Ontario, alinéa 90 (2) c), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre garantissant que les installations de chauffage, de ventilation et de climatisation sont en bon état.

Les 8, 9 et 10 décembre 2014, l'inspecteur 599 et l'inspectrice 545 ont remarqué que la salle de bain de l'aile sud était en mauvais état. Le plancher gondolait le long du mur de la fenêtre, le mur à côté de la baignoire était enfoncé et déformé, un creux de deux pouces a été noté entre le plancher et le mur, exposant le sous-plancher, qui était mouillé par l'eau du bain. Il a également été noté qu'il y avait une forte odeur d'humidité dans la pièce.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 a examiné la salle de bain de l'aile sud. Il a été noté que le ventilateur du plafond ne fonctionnait pas lorsqu'on l'allumait. L'inspectrice 117 s'est entretenue avec l'employée 115 du service d'entretien au sujet de la salle de bain du côté sud. L'employée a affirmé que le ventilateur du plafond de la salle de bain ne fonctionnait pas depuis plusieurs mois. Elle a affirmé qu'elle ne savait pas très bien si cela avait été signalé au service d'entretien du foyer. Ces renseignements ont également été confirmés par les PSSP 110, 119 et 120, qui ont affirmé que le ventilateur ne fonctionnait pas bien depuis plusieurs mois et qu'ils avaient remarqué l'air vicié, l'humidité et la mauvaise ventilation de la salle de bain. Ils ne savaient pas si les problèmes concernant le ventilateur du plafond avaient été signalés au service d'entretien du foyer, car ces problèmes persistaient depuis un moment. Ils ont affirmé que ces problèmes avaient été signalés à l'équipe de gestion précédente, mais ne savaient pas très bien s'ils avaient été retransmis à la nouvelle équipe de gestion du foyer. Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec le superviseur des services environnementaux du foyer. Celui-ci a affirmé qu'il avait un plan pour le nettoyage et le bon fonctionnement du système de ventilation du foyer, notamment des ventilateurs de plafond dans les chambres des résidents et les salles de bain et de douche. Il ne savait pas que le ventilateur de plafond de la salle de bain du côté sud ne fonctionnait pas. Le superviseur des services environnementaux a examiné les registres d'entretien. Aucun renseignement n'a été consigné à ces registres à propos du mauvais fonctionnement d'un ventilateur de plafond. Le 15 décembre 2014, le superviseur des services environnementaux a déclaré à l'inspectrice 117 qu'il avait évalué le problème de ventilation dans la salle de bain du côté sud le 12 décembre 2014. Le ventilateur de plafond ne fonctionnait pas parce que le moteur était grillé. Celui-ci a été remplacé et, à présent, le ventilateur du plafond de la salle de bain du côté sud fonctionne correctement.

Le ventilateur du plafond de la salle de bain du côté sud du foyer ne fonctionnait pas au moment de l'inspection et a été réparé le 12 décembre 2014, seulement quand ceci a été porté directement à l'attention du superviseur des services environnementaux du foyer le 11 décembre 2014.

[alinéa 90 (2) c]

Date de délivrance : 30 janvier 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice

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

Copie destinée au public

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	LYNE DUCHESNE (117), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), HUMPHREY JACQUES (599)
N° de registre :	O-001278-14
N° du rapport d'inspection :	2014_198117_0032
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	16 décembre 2014; 29 janvier 2015
Titulaire de permis :	1663432 ONTARIO LTD. 2212, CROISSANT GLADWIN, UNITÉ A-9, BUREAU 200, OTTAWA (ONTARIO) K1B 5N1
Foyer de soins de longue durée :	
Nom de l'administrateur :	

Aux termes du présent document, 1663432 ONTARIO LTD. est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 901

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

Lien vers l'ordre existant :

Aux termes du/de la :

Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 (2)

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

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

Ordre :

Le titulaire de permis doit immédiatement interdire au personnel et aux résidents d'utiliser le fauteuil de bain défectueux de l'unité ouest. Tout le personnel infirmier qui, en date d'aujourd'hui 16 décembre 2014, travaille au foyer durant le quart de jour et de soir doit recevoir une formation sur l'utilisation et le fonctionnement du nouveau fauteuil de bain. Le reste du personnel infirmier doit recevoir une formation sur l'utilisation et le fonctionnement du nouveau fauteuil de bain d'ici le 18 décembre 2014. La fonctionnalité et l'intégrité du nouveau fauteuil de bain de l'unité ouest et celles de l'ancien fauteuil de bain de l'unité sud doivent être évaluées et vérifiées tous les jours à compter d'aujourd'hui 16 décembre 2014. Ces mesures doivent être maintenues après la réception et l'installation du nouveau fauteuil de bain dans la salle de bain de l'unité sud.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 15 (2) c), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le 16 décembre 2014 à 9 h 45, les PSSP 112 et 119 préparaient le résident 019 pour son bain dans la salle de bain de l'unité ouest. Ils ont assis le résident sur le fauteuil releveur. Celui-ci a été actionné et le résident a été soulevé d'environ trois pieds lorsque le fauteuil releveur s'est soudainement arrêté. Les PSSP ont été incapables de remettre le fauteuil releveur en marche. L'inspectrice 117 était au poste de soins infirmiers de l'unité ouest situé en face de la salle de bain lorsque l'incident est survenu. Le PSSP 19 est venu chercher l'inspectrice 117 pour qu'elle constate le problème du fauteuil releveur de l'unité ouest. Angoissé, le résident 019 est quand même resté calme lorsque le fauteuil releveur s'est soudainement arrêté. Les deux PSSP ont affirmé qu'ils avaient changé la batterie du fauteuil releveur et que, malgré cela, il ne fonctionnait toujours pas. Les PSSP sont restés avec le résident 019. Ils ont soulevé le résident 019 manuellement pour le sortir de la baignoire et l'ont assis dans son fauteuil roulant.

L'inspectrice 117 est allée informer l'administrateur et la directrice des soins de la situation et de la nécessité de mettre immédiatement hors d'usage le fauteuil releveur de la baignoire. Le superviseur des services environnementaux du foyer, l'infirmière clinicienne et le coordonnateur de l'évaluation sont arrivés dans la salle de bain de l'unité ouest. Ils ont examiné l'appareil défectueux et l'ont mis hors d'usage.

Le nouveau fauteuil releveur a été apporté à l'unité. La directrice des soins et l'infirmière-conseil du foyer sont en train d'organiser une formation sur son utilisation.

Il est noté qu'au stade 1 de l'IQSR, plusieurs résidents avaient signalé aux inspectrices 545 et 126 que souvent il leur était impossible de prendre un bain en raison d'un fauteuil releveur défectueux dans la salle de bain de l'unité ouest. Au stade 1 de la visite du foyer, plusieurs membres du personnel ont signalé à l'inspecteur 599 que les fauteuils releveurs, particulièrement dans la salle de bain de l'unité ouest, étaient parfois défectueux.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 a examiné le fauteuil releveur de la baignoire de l'unité ouest. Il a été noté que la housse en plastique du fauteuil était déchirée et complètement partie tout autour du siège et sur les bords du dossier, exposant l'intérieur en mousse. Il a été noté que le cadre métallique inférieur, particulièrement autour des roulettes, était rouillé. Lorsque le mécanisme du fauteuil releveur a été mis à l'essai, le fauteuil est remonté mais n'est pas redescendu. La batterie a été éteinte puis ensuite rallumée. Le mécanisme du fauteuil a été mis à l'essai, le fauteuil est remonté et ce n'est qu'après le troisième essai que le mécanisme de descente s'est mis en marche. Une étiquette sur le fauteuil de bain indiquait que sa dernière inspection par l'Ontario Medical Supply (OMS) remontait au 25 juillet 2014. Aucun renseignement concernant la défectuosité du fauteuil releveur n'a été noté dans les registres d'entretien du foyer. Il a également été noté que le fauteuil releveur de la baignoire de l'unité sud avait été examiné et déclaré dans le même état que celui de la baignoire de l'unité ouest. Cependant, aucun problème de mécanisme de levage n'a été noté.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec le superviseur des services environnementaux du foyer au sujet du mauvais fonctionnement du fauteuil releveur de l'unité ouest. Le superviseur des services environnementaux a affirmé que le PSSP avait signalé qu'il y avait depuis plusieurs mois des problèmes constants avec le mécanisme de levage du fauteuil releveur. Il a affirmé qu'il s'agissait la plupart du temps d'une batterie qu'il fallait recharger. Il a montré à l'inspectrice 117 que l'un de ses fauteuils releveurs venait d'être livré l'après-midi même. Lorsque celle-ci lui a demandé s'il comptait remplacer le fauteuil releveur de la baignoire de l'unité ouest, le superviseur des services environnementaux a affirmé que l'administrateur ne souhaitait rien remplacer avant de recevoir les deux nouveaux fauteuils releveurs, ceci pour que tout le personnel puisse recevoir la formation en même temps et que les deux fauteuils soient installés une fois la formation terminée. Il ne savait pas quelle date le second fauteuil releveur serait livré.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec plusieurs membres du personnel – les PSSP 112, 118 et 117, tous affectés à l'unité ouest. Les PSSP ont affirmé qu'ils mettraient le fauteuil releveur à l'essai avant de donner aux résidents le bain prévu pour eux afin d'en assurer au préalable le bon fonctionnement. S'il ne fonctionne pas, on propose aux résidents de

leur faire leur toilette au lit ou de leur donner une douche. Les membres du personnel ont affirmé que le fauteuil releveur avait souvent été défectueux au cours des derniers mois et que ce problème avait été signalé à la direction du foyer. Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 117 s'est entretenue avec l'administrateur du foyer au sujet du fauteuil releveur de l'unité ouest. Celui-ci a confirmé que de nouveaux fauteuils releveurs avaient été commandés plusieurs semaines auparavant. L'un avait été livré au foyer le 11 décembre 2014 et il ne savait pas à quelle date le deuxième serait livré. L'administrateur a affirmé qu'après leur livraison, les nouveaux fauteuils ne seraient installés dans les salles de bain que lorsque l'ensemble du personnel aurait reçu une formation sur leur mode d'emploi. Le 16 décembre 2014 à 10 h 15, la directrice des programmes du foyer, qui assurait la liaison avec divers fournisseurs de services, a confirmé à l'inspectrice 117 que les nouveaux fauteuils de bain avaient été commandés le 24 novembre 2014. L'un d'eux avait été livré le 11 décembre 2014. La date de livraison du second fauteuil n'est pas connue. Elle a confirmé que le fauteuil releveur de l'unité ouest avait été réparé par Barton Medical, un vendeur d'équipement médical, aux dates suivantes :

- le 21 mars 2014 : réparation d'une commande manuelle défectueuse;
- le 25 juillet 2014 : inspection annuelle;
- le 15 octobre 2014 : évaluation d'un dispositif de levage défectueux.

(117)

Vous devez vous conformer à cet ordre : Immédiatement

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

Directeur

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

et Directeur

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

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

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

Date de délivrance : 16 décembre 2014

Signature de l'inspecteur : Original signé par
Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice : LYNE DUCHESNE
Bureau régional de services : Ottawa