



**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 K1S 3J4  
Telephone: (613) 569-5602  
Facsimile: (613) 569-9670

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
25 janvier 2016	2015_286547_0025	033518-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

CVH (No.4) GP Inc. as general partner of CVH (No.4) LP  
766 Hespeler Road, Suite 301, a.s. de Southbridge Care Homes Inc., CAMBRIDGE ON N3H 5L8

**Foyer de soins de longue durée**

MANOIR MAROCHEL  
949, CHEMIN MONTREAL, OTTAWA ON K1K 0S6

**Inspecteur(s)/Inspectrice(s)**

LISA KLUKE (547), AMANDA NIXON (148), ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545), JESSICA LAPENSÉE (133), MEGAN MACPHAIL (551), MÉLANIE SARRAZIN (592)

**Résumé de l'inspection**

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

Cette inspection s'est tenue les 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 30 et 31 décembre 2015.

Les inspections suivantes concernant des incidents graves, des plaintes et des suivis d'ordres ont été menées en même temps que cette inspection de la qualité des services aux résidents : 019644-15, 022510-15, 024195-15, 024398-15, 027506-15, 029283-15, 030838-15 et 035082-15.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur du foyer, la directrice des soins, la directrice régionale adjointe, le coordonnateur de l'évaluation RAI, l'infirmière clinicienne, le diététiste et la directrice des services de soutien, le directeur des programmes, le responsable des programmes d'activités, le directeur des services d'entretien, la directrice du bureau, le diététiste agréé, le physiothérapeute, l'aide-physiothérapeute, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), des préposés aux services d'alimentation, des préposés à l'entretien, des préposés à la buanderie, des bénévoles, des résidents et des membres de leurs familles.

De plus, l'équipe d'inspection a examiné le dossier de santé de certains résidents, les documents liés à la préparation alimentaire, notamment les menus planifiés, les procès-verbaux des réunions du conseil des familles et ceux des réunions du conseil des résidents, la trousse d'admission des résidents, les rapports d'enquêtes du foyer concernant les incidents graves qu'il signale au directeur, les politiques et les procédures liées aux plaintes, le recours à la contention, les odeurs, le nettoyage des chambres et des salles de toilette des résidents, la prévention des chutes, le sondage vésical, la distribution des médicaments, le rapprochement des médicaments, les narcotiques et les médicaments désignés, les mauvais traitements aux résidents de la part du personnel, les mauvais traitements aux résidents de la part d'autres personnes, ainsi que la formation en ligne obligatoire « Surge Learning » pour la prévention des mauvais traitements. L'équipe d'inspection a observé certains aspects des soins aux résidents et de l'interaction des résidents avec le personnel, ainsi que l'administration des médicaments et le service des repas.

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;
- dotation en personnel;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- foyer sûr et sécuritaire;
- hospitalisation et changement de l'état;
- médicaments;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- rapports et plaintes;
- recours minimal à la contention;



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*

services d'hébergement – entretien ménager;  
services de soutien personnel;  
soins de la peau et des plaies.

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

26 AE  
9 PRV  
2 OC  
0 RD  
0 OTA

Au moment de l'inspection, les non-respects suivants avaient été corrigés :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTEUR/ INSPECTRICE
LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 (2)	OC 001	2015_346133_0040	133
LTCHA, 2007 S.O. 2007, chap. 8, par. 6 (10)	OC 001	2015_225126_0025	592

**NON-RESPECTS****Définitions**

<b>AE</b>	— Avis écrit
<b>PRV</b>	— Plan de redressement volontaire
<b>OC</b>	— Ordre de conformité
<b>RD</b>	— Renvoi de la question au directeur
<b>OTA</b>	— 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 au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels, notamment des téléavertisseurs fonctionnels, soient aisément disponibles au foyer.

Aux fins du présent rapport, les téléavertisseurs sont utilisés par le personnel infirmier pour activer le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel en alertant directement le personnel infirmier lorsqu'un résident appelle pour obtenir de l'aide.

Le 14 décembre 2015 à 13 h 5, l'inspectrice 592 a vu la coupole lumineuse s'allumer à l'extérieur de la chambre d'un résident de l'unité sud. Après sept minutes, la coupole lumineuse était toujours allumée et aucun membre du personnel n'a été vu aux alentours. L'inspectrice 592 a noté la présence de la PSSP 130 dans le couloir et, quand l'inspectrice l'a interrogée au sujet de la sonnette d'appel de la chambre de ce résident, la PSSP 130 a expliqué qu'elle n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il était brisé. L'inspectrice 592 a interrogé l'IAA 129, qui était au poste infirmier et qui a indiqué qu'il ne portait pas de téléavertisseur mais qu'il se fiait aux coupoles lumineuses à l'extérieur des chambres des résidents. L'IAA 129 est sorti du poste infirmier et a dit à l'inspectrice 592 qu'il n'y avait pas de voyant d'appel activé parce qu'il n'y avait pas de coupole lumineuse allumée. L'inspectrice 592 a noté que, devant la coupole lumineuse, il y avait un ventilateur mural qui empêchait de voir qu'elle était allumée. De plus, l'IAA 129 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il se fiait également au tableau

du poste infirmier et lui a montré la lumière sur le tableau des sonnettes d'appel. L'IAA 129 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il enverrait quelqu'un répondre à la sonnette d'appel dans la chambre de ce résident.

Le 14 décembre 2015 à 11 h 56, quand l'inspectrice 545 a activé la sonnette d'appel dans une chambre commune de l'unité ouest, la coupole lumineuse à l'extérieur de cette chambre à coucher s'est allumée. Le PSSP 103 est arrivé cinq minutes plus tard et a informé l'inspectrice 545 qu'il avait vu la coupole lumineuse allumée à l'extérieur de la chambre mais qu'il n'avait pas entendu l'appel parce qu'il n'avait pas de piles dans son téléavertisseur aujourd'hui. Il a également informé l'inspectrice 545 qu'il avait laissé son téléavertisseur au poste infirmier après le petit-déjeuner aujourd'hui, s'attendant à ce que le poste infirmier remplace les piles. L'inspectrice 545 discutait avec le PSSP 103 plus tard le même jour en activant une autre sonnette d'appel dans l'unité ouest quand le PSSP 103 est arrivé plusieurs minutes plus tard et a dit à l'inspectrice 545 qu'il avait vu la coupole lumineuse clignoter mais qu'il n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il ne l'avait toujours pas récupéré; par conséquent, il ne portait pas de téléavertisseur durant son quart de jour.

Le 14 décembre 2015 à 14 h 50, quand l'inspectrice 547 a activé deux sonnettes d'appel dans des chambres de l'unité ouest, la coupole lumineuse à l'extérieur de ces chambres s'est allumée. Après cinq minutes, l'inspectrice 547 est allée chercher des membres du personnel et a abordé la PSSP 111, qui lui a indiqué qu'elle travaillait dans l'unité et qu'elle n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il était brisé. La PSSP 111 a également indiqué que son collègue, le PSSP 103, avait perdu son téléavertisseur et que lui et elle étaient affectés au groupe 4. La PSSP 111 a indiqué que son collègue et elle-même savent qu'il faut regarder dans le couloir pour voir les coupoles lumineuses allumées. Les PSSP 103 et 111 ont dit à l'inspectrice 547 qu'à 14 h, ils s'assoient à un bureau au bout du couloir pour remplir leurs dossiers et qu'ils peuvent lever les yeux pour voir les lumières des sonnettes. Il a été noté que ces deux membres du personnel restaient assis à ce bureau au bout du couloir et confirmé auprès de l'inspectrice 547 qu'ils n'avaient pas remarqué les coupoles lumineuses de ces chambres. Lors d'un entretien, la PSSP 112, affectée au quart de soir et chargée de la distribution des boissons aux résidents de cette unité, a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle n'utilisait pas de téléavertisseur avant 15 h étant donné qu'elle arrivait à 14 h pour distribuer les collations et qu'elle n'avait pas à s'occuper des résidents ni à répondre aux sonnettes d'appel avant 15 h.

Le 14 décembre 2015 à 15 h 45, l'inspectrice 545 a activé une sonnette d'appel dans une chambre commune de l'unité ouest et la coupole lumineuse à l'extérieur de cette chambre s'est allumée. Après cinq minutes, la PSSP 132 est arrivée à la chambre et l'inspectrice 545 lui a demandé de lui montrer l'affichage sur le téléavertisseur. Celui-ci était vide et n'indiquait aucun numéro de chambre. La PSSP 132 a expliqué que les piles du téléavertisseur étaient probablement mortes.

Le 15 décembre 2015 à 14 h 5, quand l'inspectrice 545 a activé une sonnette dans une chambre commune de l'unité ouest, la coupole lumineuse à l'extérieur de cette chambre s'est allumée. Le PSSP 125 est arrivé six minutes plus tard et a informé l'inspectrice 545 qu'il venait de voir la lumière clignoter mais qu'il n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il était brisé. Il a ajouté qu'il avait remis le téléavertisseur au coordonnateur de l'évaluation RAI en préparant son rapport le matin mais que l'appareil ne lui avait pas été rendu.

Le 16 décembre 2015, l'administrateur a informé l'inspectrice 133 que quatre nouveaux téléavertisseurs avaient été commandés à la suite de la dernière inspection du ministère de la Santé et des Soins de longue durée menée le 1<sup>er</sup> octobre 2015 pour ce même problème, qui avait obligé le foyer à établir un plan de redressement

volontaire. La directrice du bureau est allée chercher les nouveaux téléavertisseurs le 3 décembre 2015 et le foyer a été informé par le fournisseur externe, le 11 décembre 2015, que les nouveaux téléavertisseurs ne pouvaient être configurés pour le système en raison de problèmes de personnel qui, pour le moment, empêchaient son entreprise de reconfigurer le système des téléavertisseurs. L'administrateur a informé l'inspectrice 133 que, dans l'intervalle, le foyer comptait déployer un plan d'urgence consistant à utiliser des émetteurs-récepteurs portatifs achetés hier. Le foyer entend commencer à distribuer les émetteurs-récepteurs portatifs demain, lorsqu'ils seront complètement rechargés, en attendant que le système de téléavertisseurs soit configuré. La directrice des soins au poste infirmier a laissé une note à l'intention de tous les membres du personnel avec des directives sur l'utilisation du système d'émetteurs-récepteurs portatifs.

Le 18 décembre 2015 à 10 h 18, l'inspectrice 148 a observé l'activation du système de communication dans la chambre d'un résident de l'aile sud. À 10 h 35, le système de communication était toujours activé parce que le personnel n'y avait pas encore répondu. À ce moment-là, l'inspectrice 148 a abordé le résident 050, qui avait activé la sonnette d'appel, et le résident a indiqué qu'il devait aller aux toilettes et se retenait du mieux qu'il pouvait. L'inspectrice 148 a abordé le PSSP 125, qui se trouvait à proximité de la chambre de ce résident, en train de fournir des soins et une aide dans la salle de bain pendant que l'inspectrice faisait ses observations. L'inspectrice a informé le PSSP 125 que le système de communication avait été activé et que le résident 050 avait exprimé le besoin d'utiliser les toilettes. Le PSSP 125 a indiqué que l'appel fait depuis la chambre de ce résident ne s'affichait pas sur son téléavertisseur et a démontré cela en expliquant que les piles étaient faibles et avaient besoin d'être rechargées.

L'administrateur et le coordonnateur de l'évaluation RAI ont confirmé avec l'inspectrice 592 qu'il était obligatoire d'avoir un téléavertisseur fonctionnel à la disposition de chaque PSSP de l'étage et que trois téléavertisseurs sur huit n'étaient pas à la disposition du personnel infirmier au moment de l'inspection. Ces téléavertisseurs sont reliés au système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, qui alerte directement le personnel infirmier lorsqu'un résident appelle pour obtenir de l'aide. Ce problème est généralisé au foyer et empêche de répondre aux besoins des résidents, qui ne peuvent pas communiquer avec le personnel infirmier chargé de leur fournir des soins.

***Autres mesures requises :***

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

---

**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. 8 (Services infirmiers et services de soutien personnel).**

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps.

L'horaire de travail des IA du Manoir Marochel pour la période de septembre au 31 décembre 2015 a été examiné et indiquait ce qui suit :

Durant trois jours d'octobre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de jour.

Un autre jour d'octobre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de soir.

Un jour de novembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de soir.

Un autre jour de novembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de nuit.

Un autre jour de novembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de jour.

Durant trois jours de décembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant les quarts de jour.

Un autre jour de décembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de soir.

Le Manoir Marochel est un foyer de soins de longue durée qui abrite 64 lits.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 45 (2), une « situation d'urgence » situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Chacun des onze quarts lors desquels il n'y avait pas d'IA au foyer a été examiné avec la directrice du bureau, qui est chargée des horaires, et en aucun des cas cela n'était attribuable à une situation d'urgence. La directrice du bureau a indiqué qu'elle essayait de remplacer l'IA prévue pour un quart de travail par une IA mais que lorsque ce n'est pas possible, le quart de l'IA est assuré par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA). [par. 8 (3)]

**Autres mesures requises :**

***L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».***

---

**AE n° 3 : 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).**

**6. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences. 2007, chap. 8, par. 6 (2).**

**6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :**

**a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent;**

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

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit du résident 052 établisse les soins buccaux prévus pour le résident, les objectifs que visent les soins buccaux et des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins buccaux directs au résident. De plus, le programme de soins écrit du résident 052 ne fournissait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins des ongles directs au résident.

Lors d'un entretien, la procureure du résident 052 a dit à l'inspectrice 551 avoir été contactée récemment par une infirmière et s'être fait dire que les ongles des mains du résident devaient être coupés court et que c'était une question de sécurité et d'hygiène. La procureure a affirmé qu'elle n'avait pas été informée de cette règle et qu'elle voulait que le résident ait les ongles des mains longs et propres qui pourraient être entretenus en les limant. La procureure a affirmé que c'était sa préférence qu'un membre de la famille du résident 052 lui donne les soins des ongles et non le personnel.

L'IAA 107 a affirmé à l'inspectrice 551 que puisque la famille du résident voulait que les ongles des mains soient gardés longs, la famille était responsable des soins des ongles.

L'inspectrice 551 a examiné le programme de soins écrit du résident 052 et noté, sous la rubrique « hygiène personnelle », qu'il était indiqué « soins des ongles particuliers par une infirmière spécialisée en soins des pieds. Le programme de soins ne donnait aucune précision sur les besoins du résident 052 en matière de soins des ongles des mains.

La directrice des soins a affirmé que le programme de soins ne donnait pas de directives claires au personnel en ce qui concerne les soins des ongles du résident 052 car celui-ci n'avait pas besoin de soins spécialisés des ongles et la famille n'avait pas consenti à ce qu'il en reçoive. La directrice des soins a ajouté que le personnel du foyer était chargé de couper les ongles du résident. La directrice des soins a affirmé qu'elle avait rencontré la famille du résident plus tôt dans la journée et qu'elle travaillait à un plan pour répondre aux besoins du résident en matière de soins des ongles.

Lors d'un entretien, la famille du résident a affirmé à l'inspectrice 551 qu'à plusieurs reprises elle avait trouvé le résident dans la salle à manger, au dîner, sans ses prothèses dentaires.

Le PSSP 138 a affirmé que le résident 052 avait besoin d'une aide soutenue pour les soins. Il a affirmé que le matin il lavait les prothèses dentaires du résident et que celui-ci se les insérait lui-même. Le programme de soins du résident 052 a été examiné par l'inspectrice 551 et il n'y figure aucune mention de l'état de santé buccale ni des besoins en matière de soins buccaux.

La directrice des soins a examiné le programme de soins du résident et indiqué qu'il ne traitait pas des besoins du résident 052 en matière de soins buccaux. (Registre 024195-15) [par. 6 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident 018 soit fondé sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences pour le bain et l'habillement.

Le résident 018 présente plusieurs affections et, selon l'évaluation la plus récente, il résistait aux soins plusieurs fois par semaine et ce comportement n'était pas facile à modifier.

Un examen du programme de soins du résident a révélé que le résident 018 nécessitait l'aide soutenue d'un membre du personnel pour le bain. L'examen a également révélé que le résident aimait la douche et le bain et qu'il fallait lui permettre de choisir. Une approche persuasive délicate était également requise et il fallait permettre au résident de participer à la tâche. Dans la section « alimentation », il était documenté que le résident restait au lit le matin et qu'il sautait souvent le petit-déjeuner et le déjeuner.

L'horaire des bains pour ce résident indiquait que celui-ci prenait un bain une fois par semaine le soir et une fois par semaine le matin. Les feuilles de cheminement quotidiennes indiquaient que le résident avait reçu quatre bains sur huit au cours d'un mois particulier de 2015.

Lors d'un entretien, la PSSP 106 a indiqué à l'inspectrice 545 que le résident 018 ne voulait pas se lever le matin. Le résident 018 avait l'habitude de recevoir les deux bains le soir seulement, cependant la famille sortait le résident l'un de ces deux soirs et il a donc fallu modifier l'horaire du bain. Le bain du résident a été changé pour le matin. La PSSP a indiqué que le résident préférait rester au lit le matin et refusait souvent de se lever.

L'IAA 107 a indiqué que le bain du soir avait été changé il y a quelques mois pour permettre au résident de faire sa sortie et que le foyer exigeait que les PSSP alertent le personnel infirmier quand le résident refusait un bain de sorte qu'il puisse en informer la famille. L'IAA 107 savait que le résident ne se levait pas le matin.

L'infirmière clinicienne a indiqué que les besoins et les préférences du résident n'avaient pas été dans la planification de l'horaire des bains, car il est bien connu que ce résident ne se lève pas le matin.

Le résident 018 partageait une chambre avec un autre résident qui, selon le personnel, reçoit des visites de sa famille régulièrement. Selon l'évaluation la plus récente, le résident 018 avait besoin de l'aide partielle d'une personne pour s'habiller.

Le 15 décembre 2015, l'inspectrice 545 a vu le résident 018 qui dormait dans son lit en chemise de nuit et sous-vêtement. Le résident ne portait pas de pantalon et une couverture a été vue au pied du lit. Le rideau de séparation n'était pas tiré et laissait donc voir les jambes du résident.

Le 17 décembre 2015, l'inspectrice 545 a vu le résident 018 qui dormait dans son lit, son sous-vêtement baissé, ce qui laissait donc voir les fesses du résident. Une couverture a été vue au pied du lit. Le rideau de séparation n'était pas complètement tiré et laissait donc voir les jambes et les fesses du résident.

Le 18 décembre 2015, l'inspectrice 545 a vu le résident 018 qui dormait dans son lit sans sous-vêtement. Le sous-vêtement du résident était sur la commode. Le rideau de séparation n'était pas tiré et laissait donc voir les jambes et les fesses du résident.

L'examen du programme de soins le plus récent a révélé que le résident avait besoin de l'aide partielle d'un membre du personnel pour s'habiller, remonter ses fermetures-éclair et boutonner ses vêtements. Il n'y avait pas de renseignements concernant les besoins et les préférences du résident au sujet des vêtements qu'il portait pour dormir ni d'information sur la façon de gérer l'intimité dans une chambre commune.

Lors d'un entretien, la PSSP 106 a indiqué que le résident enlevait toujours son sous-vêtement; elle pensait que probablement le résident les enlevait quand il allait aux toilettes et ne les remettait pas, puis a ajouté qu'elle voyait parfois le résident revenir de la salle de toilette le sous-vêtement à moitié remonté.

L'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice qu'elle savait que le résident passait le plus clair de la journée à dormir et ne se levait qu'avant le dîner. Elle a également indiqué que souvent le résident dormait sans sous-vêtement, qu'elle ne savait pas pourquoi le résident se déshabillait pour dormir et qu'elle s'inquiétait parce que le résident partageait une chambre avec un autre résident qui recevait des visiteurs régulièrement. L'IAA a ajouté que, souvent, quand elle administrait les médicaments avant le petit-déjeuner, le résident était au lit, déshabillé et qu'elle devait tirer le rideau de séparation elle-même car le résident était nu.

Lors d'un entretien, l'infirmière clinicienne a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle savait que le résident refusait de se lever et d'aller prendre le petit-déjeuner, mais elle ne savait pas que le résident se déshabillait. Elle a indiqué que le foyer exigeait que les besoins et les préférences du résident soient pris en compte et qu'elle mettrait le programme de soins à jour. [par. 6 (2)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer, pour chaque résident affichant des comportements réactifs : l'identification de ses comportements déclencheurs dans la mesure du possible; l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies pour répondre à ces comportements dans la mesure du possible; et la prise de mesures pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, ainsi que la documentation des réactions du résident aux interventions.

Selon l'évaluation la plus récente, le résident 011 souffrait d'incontinence vésicale au moins deux fois par semaine mais pas tous les jours et portait des serviettes ou des sous-vêtements pour incontinence. Il était également indiqué, dans l'évaluation, que le résident résistait aux soins – un comportement qui n'était pas facile à modifier – et qu'il n'avait pas de comportements socialement inappropriés.

Lors d'un entretien, le résident 011 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il choisissait d'uriner dans un endroit inapproprié, que c'était plus facile et qu'il avait toujours fait cela par le passé. Le résident a également indiqué qu'il trouvait difficile d'utiliser la toilette et avait constaté que l'urine éclaboussait toujours le sol et le mur. Le résident a ensuite indiqué que parfois il faisait dégoutter de l'urine sur le sol durant la miction et jetait une serviette en papier par terre pour absorber l'urine. Le résident 011 a montré à l'inspectrice 545 qu'il portait des sous-vêtements spéciaux de style culotte.

L'examen du programme de soins le plus récent n'a révélé aucune information concernant ces comportements, par exemple l'utilisation de cet endroit inapproprié pour uriner au lieu d'aller aux toilettes.

Lors d'entretiens, les PSSP 121, 133 et 138, l'IAA 107, le coordonnateur de l'évaluation RAI, le préposé à l'entretien ménager 132, la directrice des services de soutien et le directeur des services d'entretien ont tous dit savoir que le résident 011 utilisait un endroit inapproprié pour uriner. Le personnel a indiqué que les comportements du résident étaient liés à son désir d'économiser l'eau et, par conséquent, il ne voulait pas uriner dans la toilette.

Le PSSP 102 s'est présenté comme étant le responsable du Programme ontarien de soutien en cas de troubles comportementaux (POSTC); il a indiqué à l'inspectrice qu'il était intervenu auprès du résident 011 car celui-ci affichait plusieurs comportements socialement inappropriés, comme le refus de prendre un bain et de se changer, notamment de changer son produit pour incontinence, ainsi que l'accumulation de journaux. Il a indiqué que l'équipe d'intervention gériatrique suivait le résident régulièrement, aidant à élaborer des stratégies pour gérer ses comportements. Quand il lui a été demandé s'il savait que le résident utilisait un endroit inapproprié pour uriner, il a répondu qu'effectivement il le savait. Le PSSP 102 a indiqué que le résident avait le contrôle de sa vessie mais n'était pas motivé à se lever et à utiliser les toilettes. Il a également indiqué que son sous-vêtement était souvent mouillé parce qu'il n'était pas stable sur ses jambes et avait probablement de la difficulté à baisser son pantalon et son sous-vêtement et qu'ainsi l'urine qui dégouttait mouillait ses vêtements. Le PSSP a indiqué qu'il avait accès au programme de soins mais ne l'avait pas examiné récemment et a ajouté qu'à sa connaissance il n'y figurait aucun renseignement concernant les comportements du résident et l'endroit où il choisissait d'uriner.

Lors d'un entretien, le coordonnateur de l'évaluation RAI a indiqué qu'il était chargé de l'évaluation et du programme de soins. Il a dit être conscient du comportement inapproprié du résident en ce qui concerne l'endroit où il urine. Il a indiqué que l'on n'avait pas identifié les déclencheurs comportementaux du résident, élaboré ou mis en œuvre des stratégies pour réagir à ce comportement ni pris de mesures telles que des évaluations, des réévaluations ou des interventions pour répondre aux besoins de ce résident en matière d'élimination et que les réactions du résident à d'éventuelles interventions n'avaient pas été documentées.

La directrice des soins a indiqué qu'elle n'était pas consciente du comportement du résident, que le foyer exigeait que le personnel identifie les comportements déclencheurs, élabore et mette en œuvre des stratégies pour réagir à ce comportement et prenne des mesures pour répondre aux besoins du résident 011 en matière d'élimination, y compris des évaluations, des réévaluations et des interventions, et que les réactions du résident aux interventions soient documentées.

4. En ce qui concerne les besoins et les préférences du résident 011 concernant l'endroit où il urine :

Le coordonnateur de l'évaluation RAI a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il était chargé de l'évaluation et de la mise à jour du programme de soins et qu'il était conscient de l'utilisation, par le résident, d'un endroit inapproprié pour uriner et savait que les besoins et les préférences du résident pour la miction n'avaient pas été évalués. [par. 6 (2)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes participant aux différents aspects des soins collaborent ensemble à l'évaluation de la mobilité au lit du résident 011 de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

Le résident 011 a été admis avec plusieurs affections et, selon l'évaluation la plus récente, le résident avait une démarche instable et était autonome pour la mobilité au lit.

Lors d'une observation faite le 14 décembre 2015, l'inspectrice 545 a vu le résident 011 dans un lit à une place avec un matelas ordinaire et un sommier sur une structure à quatre roulettes. Il n'y avait pas de côtés de lit et il était impossible de relever ou d'abaisser le lit. L'inspectrice a vu le résident, qui était couché, se redresser en position assise lui-même avec difficulté. Le 22 décembre 2015, le lit avait été déplacé et l'inspectrice a vu que les quatre roulettes sous la structure de lit n'étaient pas munies d'un dispositif de verrouillage.

L'inspectrice 545 a examiné le dossier de santé du résident 011 et noté un ordre du médecin datant d'un jour particulier de janvier 2015 et indiquant que l'un des côtés de lit devait être relevé pour favoriser le confort du résident et le rassurer. Les feuilles de cheminement quotidiennes remplies par les PSSP travaillant auprès de ce résident indiquaient qu'un côté de lit avait été relevé tous les jours durant tous les quarts pendant tout le mois de décembre 2015. Le programme de soins le plus récent indiquait que le résident 011 était à haut risque pour les chutes et que le lit devait être en position abaissée.

Lors d'un entretien, le PSSP 138 a indiqué à l'inspectrice 545 que le résident n'avait pas de lit d'hôpital et que, par conséquent, il n'avait pas la possibilité d'abaisser le lit ou de relever un côté de lit car le lit n'en était pas muni. Il a été incapable d'expliquer pourquoi les PSSP, lui-même y compris, documentaient l'utilisation quotidienne d'un côté de lit.

Le coordonnateur de l'évaluation RAI a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il était chargé de mettre à jour le programme de soins du résident 011 et, en entrant dans la chambre de ce résident, il a indiqué qu'il ne savait pas que le résident avait son propre lit personnel. Le coordonnateur de l'évaluation RAI a également indiqué que le résident devait avoir un lit d'hôpital pour avoir la possibilité d'abaisser le lit, ainsi qu'un côté de lit pour favoriser son confort et le rassurer, comme l'avait prescrit le médecin. Le coordonnateur de l'évaluation RAI a indiqué qu'il collaborerait avec l'équipe pour assurer que l'évaluation de la mobilité au lit est cohérente pour tous les membres du personnel qui participent aux soins du résident 011. [alinéa 6 (4) a)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les programmes de soins des résidents 011, 018 et 052 sont fondés sur une***

***évaluation des besoins et des préférences de ces résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9 (Portes).**

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

**9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :**  
**2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Le Manoir Marochel est un foyer à deux étages, dont le rez-de-chaussée, où sont situées les chambres à coucher et où les résidents participent à des activités. Le sous-sol comprend une salle à manger privée, une chapelle, une aire réservée au personnel et les services. Le sous-sol est accessible aux résidents par l'ascenseur non sécurisé.

Le 16 décembre 2015, l'inspectrice 148 a fait une visite initiale du sous-sol du foyer. La porte donnant sur la salle du personnel, qui comprend les toilettes du personnel, des cases de rangement et un coin-cuisine, n'était pas dotée d'un verrou et a été jugée inaccessible aux résidents. Un entretien avec le directeur des programmes du foyer et avec la directrice des soins a confirmé que la salle du personnel n'était pas une aire résidentielle. La directrice des soins du foyer a indiqué qu'il faudrait installer un verrou sur cette porte. [alinéa 9 (1) 2]

2. Le 14 décembre 2015 à 9 h 15, l'inspectrice 592 a également fait une visite initiale du foyer et elle a noté une porte ouverte portant l'écriteau « Soiled Utility » (matériel souillé) puis a observé l'intérieur de cette pièce, où se trouvaient des piles et des chargeurs sur le mur mais aucun système de sonnette d'appel. Elle a remarqué une clé attachée à l'angle supérieur de la porte mais n'a pas vu de personnel dans ce secteur. Lors d'un entretien, le PSSP 118 a indiqué à l'inspectrice 592 que la porte de la salle du matériel souillé devait être gardée verrouillée en tout temps puisqu'il ne s'agissait pas d'une aire résidentielle et est allé verrouiller cette porte.

À 9 h 20 durant la même visite, l'inspectrice 592 a noté qu'elle pouvait ouvrir la porte portant l'écriteau « Resident Storage » (cases de rangement des résidents), derrière laquelle se trouvait une bouteille d'oxygène, des produits pour incontinence, du matériel d'aspiration, ainsi qu'un chariot à traitements qui n'était pas verrouillé et qui contenait des pansements et diverses fournitures de soins infirmiers. Il n'y avait pas de personnel dans ce secteur non plus ni de système de sonnette d'appel pour les résidents. Le préposé à l'entretien 119 a indiqué à l'inspectrice 592 que la salle appelée « Resident Storage » devait être verrouillée en tout temps et ne devait pas être accessible aux résidents. Le préposé à l'entretien 119 a essayé de fermer la porte mais a été incapable de la verrouiller car le loquet ne fonctionnait pas.

Le 17 décembre 2015, l'inspectrice 592 s'est entretenue avec l'infirmière clinicienne du foyer et la directrice des soins au sujet de la fermeture et du verrouillage des portes donnant sur les aires non résidentielles. Celles-ci ont confirmé que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles du foyer devaient être fermées et verrouillées lorsque le personnel ne les utilisait pas. [alinéa 9 (1) 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 toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles sont dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 17 (Système de communication bilatérale).**

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

**17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :**

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;**
- b) il est sous tension en tout temps;**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui est disponible dans toutes les aires accessibles par les résidents.

Aux fins du présent rapport, le système de communication bilatérale désigne un système de sonnettes d'appel.

Le 14 décembre 2015 durant une visite du foyer, l'inspectrice 592 a remarqué une grande salle de séjour dans le vestibule principal, entre les couloirs de l'aile ouest et de l'aile sud. Cette salle de séjour est utilisée tous les jours par les résidents du foyer. Aucun système de sonnettes d'appel n'a été observé dans la salle de séjour ni dans les couloirs adjacents pour la communication entre les résidents et le personnel.

Lors d'un entretien le 21 décembre 2015, le directeur des services d'entretien a confirmé à l'inspectrice 592 que le vestibule principal était un endroit où les résidents se rassemblaient et qu'il était accessible à tous les résidents. Il a également confirmé que le vestibule principal n'avait jamais été doté d'un système de communication bilatérale pour les résidents. [alinéa 17 (1) e)]

**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 qu'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est accessible aux résidents dans le vestibule principal. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 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 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 de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

L'équipe d'inspection a observé des objets trouvés dans des chambres à deux lits, notamment des brosses à dents non étiquetées, des gobelets à prothèses dentaires non étiquetés, des déodorants utilisés non étiquetés, des peignes non étiquetés sur lesquels des cheveux étaient visibles. Ces objets ont été trouvés sur des tablettes murales et des comptoirs de salles de toilette communes.

L'inspectrice 592 a vu des brosses à cheveux non étiquetées sur lesquelles des cheveux étaient visibles et des déodorants utilisés dans la salle de bain de l'unité ouest.

Lors d'un entretien le 16 décembre 2015, le PSSP 100 a indiqué à l'inspectrice 592 que l'étiquetage des effets personnels n'était pas obligatoire pour les résidents occupant une chambre à un lit mais qu'il était obligatoire dans les chambres communes et les salles de toilette communes.

Lors d'un entretien le 17 décembre 2015, la PSSP 108 a affirmé à l'inspectrice 592 que les effets personnels des résidents étaient identifiés au moyen d'un marqueur par le personnel infirmier autorisé. Les PSSP demanderont à l'infirmière d'identifier les objets et de les renvoyer étiquetés.

Lors d'un entretien le 17 décembre 2015, l'IAA 101 a affirmé à l'inspectrice 592 que le foyer avait un processus en place pour l'étiquetage des effets personnels des résidents par des membres du personnel autorisé au moment de l'admission. Il a ajouté que les PSSP n'avaient pas accès au matériel d'impression d'étiquettes mais que, lorsqu'ils en avaient besoin pour les nouveaux effets des résidents, ils demandaient au personnel autorisé d'étiqueter les nouveaux effets et de les leur rendre. L'IAA 101 a également indiqué que parfois les effets personnels étaient étiquetés au moyen d'un marqueur foncé ou d'un autocollant, selon la surface de l'article.

Lors d'un entretien le 17 décembre 2015, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que tous les effets personnels des résidents devaient être étiquetés. Elle a également indiqué que l'étiquetage des effets personnels se faisait au moment de l'admission du résident et, dans le cas de nouveaux effets personnels, au moment de leur acquisition. La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que l'ancienne directrice des soins lui avait dit que le foyer savait que les effets personnels des résidents n'étaient pas étiquetés comme il exigeait qu'ils le soient. [par. 37 (1)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que chaque résident du foyer voit étiqueter ses effets personnels dans les 48 heures suivant son admission et, dans le cas de nouveaux effets, dans les 48 heures suivant leur acquisition. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50 (Soins de la peau et des plaies).**

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

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

**b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :**

**(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,**

**(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,**

**(iii) est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation est mise en œuvre,**

**(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

Le résident 036 a été identifié comme présentant une lésion de pression.

Un examen du dossier de santé du résident 036 a indiqué que le résident 036 avait été admis avec un diagnostic de lésion de pression un jour particulier de juillet 2015.

Conformément aux ordres du médecin, le résident 036 devait faire changer les pansements de cette lésion de pression tous les trois jours et au besoin. Il faut nettoyer la lésion et la couvrir tel que prescrit, puis y appliquer une mousse.

Le 23 décembre 2015, le coordonnateur des soins de la peau du foyer a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 036 se faisait changer ses pansements tous les trois jours et au besoin depuis son admission. Le coordonnateur des soins de la peau a également indiqué que le personnel autorisé devait réévaluer l'intégrité épidermique du résident 036 à chaque changement de pansement en créant une fiche hebdomadaire des soins de la peau dans son dossier électronique.

L'examen des fiches hebdomadaires d'évaluation de la peau pour la période de juillet 2015 à décembre 2015 a révélé qu'il n'y avait pas de documentation indiquant une évaluation de la peau pour sept dates particulières de cette période.

Le 23 décembre 2015, le coordonnateur des soins de la peau a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il ne savait pas que le personnel infirmier autorisé n'avait pas effectué l'évaluation hebdomadaire de la peau pour le résident 036. [sous-alinéa 50 (2) b) (iv)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que chaque résident présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 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 répondu par écrit au plus tard 10 jours après que le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Le conseil des familles du foyer a été rétabli lors d'une réunion le 26 mai 2015. Les procès-verbaux des réunions mensuelles ont été examinés par l'inspectrice 545. Les préoccupations et les suggestions ont été documentées dans les procès-verbaux des réunions suivantes :

28 juillet 2015

- les membres des familles demandent à être informés quand les besoins des résidents en matière de soins évoluent et réclament des contacts plus fréquents avec la direction que l'actuel contact offert une fois par an;
- les membres des familles demandent à connaître les rôles du personnel et les activités offertes pour mieux comprendre ce que le personnel fait;
- on demande qu'un soutien affectif soit fourni en complément des soins physiques;
- les membres des familles demandent à être informés quand des soins spécialisés sont prodigués, par exemple les soins d'un dentiste.

25 août 2015

- les membres des familles déplorent le fait que les aliments sont servis froids aux résidents; ils veulent plus de fruits frais, ils veulent comprendre la procédure de la salle à manger;
- il est suggéré d'organiser un dîner de spaghetti cet automne et de planter des fleurs et de proposer l'entretien du jardin;
- il est suggéré de configurer un ordinateur pour les résidents afin de leur permettre de communiquer par courriel ou par Skype avec les membres de leurs familles.

29 septembre 2015

- les aliments continuent à être servis froids;
- les desserts sont trop sucrés, on se demande si on pourrait servir de la crème glacée;
- deux membres des familles ont nettoyé un nid de guêpes sur le terrain; inquiétude : quelqu'un a été piqué; on aimerait tenir une réunion extraordinaire du conseil pour examiner la possibilité d'améliorer le terrain du foyer;
- problèmes permanents concernant la buanderie;
- on s'inquiète des résidents à risque d'infections urinaires.

Octobre 2015

- pas de glace disponible; on se demande s'il y a un problème avec la machine à glace;
- le lait et les jus ne sont pas servis assez froids;
- les salles de toilette et les chambres des résidents ne sont pas propres;
- des gants en latex ont été trouvés par terre;

- Les aliments ne sont toujours pas servis assez chauds; on suggère d'offrir un meilleur choix d'aliments;
- les résidents sont invités à se dépêcher quand le personnel les fait manger;
- buanderie : vêtements manquants, étiquettes qui se décollent;
- il est suggéré de proposer aux membres des familles un endroit où ils peuvent rendre visite aux résidents, avec accès à une bouilloire, micro-ondes et collations.

Lors d'un entretien, le président du conseil des familles a indiqué que le foyer n'avait pas répondu par écrit aux préoccupations ou recommandations faites par le conseil. Il a indiqué que les procès-verbaux avaient été rédigés par lui et envoyés à l'adjointe après les réunions.

L'adjointe au conseil des familles a indiqué à l'inspectrice 545 que le président avait fourni les procès-verbaux aux réunions et qu'elle avait affiché les procès-verbaux aux babillards des deux salles d'activités du foyer.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il était le représentant du titulaire de permis. Il a indiqué qu'il n'avait pas lu les procès-verbaux des réunions du conseil des familles et qu'il croyait que celui-ci n'avait pas encore été créé officiellement. Il a indiqué qu'il ne savait pas que les procès-verbaux étaient affichés dans les salles d'activités du foyer. [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 qu'une réponse est donnée par écrit au conseil des familles au plus tard 10 jours après que celui-ci l'informe de sujets de préoccupation ou de recommandations. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, 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 oeuvre 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 n'a pas mis en oeuvre, dans le cadre du programme structuré d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, les marches à suivre du foyer visant les incidents d'odeurs nauséabondes persistantes.

La politique Extencicare du foyer intitulée *Odours* (HL 05-03-08), datée de septembre 2015, de même que le document *Appendix 1 - Odour Control Investigation Tool* (HKLD 05-03-03), a été examinée par les inspectrices 545 et 547. La section « Procédures » de cette politique précisait que le foyer devait enquêter dès que possible sur chaque plainte et chaque rapport d'odeur persistante inacceptable. L'examen de cette politique visait à identifier la source de l'odeur et à corriger le problème.

Il est précisé, au point 1 de la politique, que la directrice des services de soutien ou la personne qu'il désigne doit identifier la source de l'odeur; il est recommandé d'utiliser le document *Appendix 1 - Odour Control Investigation Tool* comme guide.

Il est précisé, au point 4 de la politique, que la directrice des services de soutien ou la personne qu'il désigne doit enquêter de nouveau sur ce problème dans un délai d'une ou deux semaines, au besoin, pour voir s'il y a un changement et, si l'odeur persiste, mener une nouvelle enquête.

Le 14 décembre 2015 à 16 h, le 21 décembre 2015 à 10 h 30 et à 17 h le même jour, l'inspectrice 545 a remarqué une odeur nauséabonde persistante dans la chambre du résident 011. Un purificateur d'air a été vu à l'entrée de la porte du résident, sur le haut du cadre de porte. Dans la salle de toilette privée du résident, un purificateur d'air a été vu sur le mur au-dessus du lavabo et un désinfectant en aérosol a été vu sur la tablette supérieure de l'armoire. Une serviette en papier brun qui a été vue sous le lavabo de la salle de toilette dégageait une forte odeur d'urine.

Lors d'un entretien, la PSSP 121 a indiqué que le personnel remarquait toujours une odeur nauséabonde persistante dans la chambre de ce résident et particulièrement dans sa salle de toilette. Elle a également indiqué que le résident 011 urinait dans un endroit inapproprié, et cela depuis longtemps. La PSSP 121 a ajouté qu'on n'avait trouvé aucune stratégie visant à persuader le résident d'utiliser la toilette pour uriner et prévenir ces odeurs nauséabondes.

La préposée à l'entretien 132 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle avait signalé à plusieurs reprises l'odeur nauséabonde persistante dans la chambre du résident 011 mais qu'étant donné que ce résident continuait à utiliser cet endroit inapproprié pour uriner au lieu d'aller aux toilettes, il n'y avait pas d'autres solutions pour le moment.

La directrice des services de soutien a indiqué à l'inspectrice 545 que les planchers de la chambre et de la salle de toilette du résident 011 avaient été dégarnis, frottés et poncés aux dates indiquées en novembre et décembre 2015. La directrice des services de soutien a indiqué qu'elle avait vérifié la chambre et la salle de toilette des résidents et constaté que le lavabo et la toilette continuaient à dégager une odeur d'urine. Elle a également indiqué qu'elle ne se servait pas du document *Appendix 1 - Odour Control Investigation Tool* comme guide et qu'elle n'avait pas réexaminé ce secteur dans un délai d'une à deux semaines après la détection d'une odeur persistante, puis a ajouté que mis à part le nettoyage quotidien du lavabo et de la toilette avec un traitement de la contamination par l'urine, il n'y avait pas d'autres solutions d'entretien ménager permettant de gérer l'odeur nauséabonde persistante dans la salle de toilette et la chambre du résident 011. [alinéa 87 (2) d)]

2. Les 15, 16, 17, 21 et 22 décembre 2015, l'inspectrice 547 a noté une odeur nauséabonde persistante

d'urine dans la chambre commune du résident 028. Le matelas du résident a été reconnu comme étant la source de l'odeur persistante.

Le 22 décembre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des services de soutien, qui a indiqué, après avoir examiné le registre de l'entretien pour l'élimination des odeurs dans l'aile sud, qu'il n'y avait pas d'inscriptions concernant des odeurs dans la chambre du résident 028. Ce livre de communication doit être utilisé par tous les membres du personnel pour communiquer les problèmes d'odeurs au foyer et la directrice des services de soutien examine ces livres de communication tous les jours. La directrice des services de soutien a également indiqué qu'après avoir soulevé les draps du lit qui avait été fait ce matin-là, il avait été noté que le matelas du résident dégageait une odeur nauséabonde persistante. Les PSSP sont tenus de changer les draps des résidents et de désinfecter les matelas avant de remettre des draps propres.

La directrice des services de soutien a indiqué que le foyer avait un neutralisant pour le traitement de la contamination par l'urine, qui était utilisé pour chasser les odeurs nauséabondes et persistantes d'urine, mais qu'il n'y en avait pas dans la salle d'entretien de l'aile sud et que de nouveaux flacons avaient été commandés ce jour-là.

L'inspectrice 547 a interrogé l'IAA 107, ainsi que les PSSP 121 et 146 de l'aile ouest du foyer, qui ont indiqué que les matelas n'étaient plus nettoyés quand les draps de lits étaient changés parce qu'ils n'ont plus accès aux lingettes Accel qu'ils utilisaient auparavant étant donné que celles-ci ne sont plus disponibles. L'aide à l'entretien ménager 132 a indiqué que le foyer avait l'aérosol neutralisant pour les odeurs d'urine mais qu'à sa connaissance, celui-ci n'était pas utilisé sur les matelas. L'aide à l'entretien ménager 120, qui travaille à temps partiel dans l'aile sud du foyer, a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer n'avait pas de produit nettoyant spécial pour les odeurs nauséabondes et persistantes d'urine. Le PSSP 125, responsable du résident 028, a indiqué qu'il se servait du produit nettoyant utilisé pour les baignoires et les douches étant donné qu'il n'y a plus de lingettes Accel. Aucun PSSP n'a dit savoir qu'il y avait un neutralisant pour le traitement de la contamination par l'urine et la gestion des odeurs nauséabondes persistantes. [alinéa 87 (2) d)]

#### ***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, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, sont élaborées et mises en oeuvre des marches à suivre visant l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes par tout le personnel du foyer. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle.

Un jour particulier de novembre 2015, le résident 032 a signalé au directeur des programmes du foyer qu'un membre du personnel l'avait menacé. Le résident 032 a indiqué que le PSSP 141 était entré dans la chambre commune et qu'il avait été vu assis en train de regarder la télévision de l'autre résident et avait dit au résident 032 « Oubliez ce que vous voyez, sinon... », et a répété cela trois fois au résident.

D'après le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 2 (1), un « mauvais traitement d'ordre verbal » s'entend :

a) de toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante, de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi;

Le 30 décembre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice régionale adjointe d'Extendicare, la directrice des soins par intérim au moment de l'incident déclaré de mauvais traitement allégué et soupçonné du résident 032 par l'employé 141 ce jour particulier de novembre 2015. La directrice régionale adjointe a indiqué que le résident 032 était cognitivement alerte et orienté et elle a enquêté à propos de cette plainte. La directrice régionale adjointe a indiqué qu'elle n'avait appelé aucun corps de police au sujet de cet incident allégué et soupçonné de mauvais traitement de la part d'un membre du personnel envers un résident car il n'y a pas eu de blessure causée au résident 032. [art. 98]

**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 le corps de police concerné est immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131 (Administration des médicaments).**

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

**131. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Le résident 011 a été admis à l'hôpital un jour particulier de février 2015 durant une éclosion de maladie respiratoire au foyer. L'inspectrice 545 a examiné le dossier d'administration des médicaments du résident 011 et a noté qu'à son retour de l'hôpital, ce résident avait une prescription de médicament à inhaler.

Rien n'indiquait que ce médicament à inhaler avait été administré au résident 011 à son retour de l'hôpital.

Le résident 018 a également été admis à l'hôpital durant une éclosion de maladie respiratoire au foyer un jour particulier de janvier 2015 et en est revenu 11 jours plus tard. À ce moment-là, le nouveau dossier de rapprochement des médicaments à l'admission/réadmission, le dossier d'administration des médicaments et le profil pharmaceutique indiquaient qu'un médicament particulier à des fins prophylactiques devait être fourni au résident tous les jours durant une période donnée.

Le dossier d'administration des médicaments pour le mois de février 2015 a été examiné par l'inspectrice 545, qui a noté des erreurs dans la transcription du médicament prophylactique de ce résident. Le résident 018 s'est vu administrer ce médicament seulement une fois, comme l'avait ordonné le médecin durant cette période particulière.

Lors d'entretiens, la directrice des soins et l'infirmière-conseil ont indiqué que la procédure de rapprochement des médicaments n'avait pas été suivie quand les résidents 011 et 018 sont rentrés de l'hôpital en février 2015 et que les médicaments n'avaient pas été administrés à ces résidents tels que prescrits. [par. 131 (2)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments sont administrés aux résidents 011 et 018 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la Loi ou le présent règlement dans la mesure où, alors que la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient respectées les politiques suivantes :

Politique concernant les plaintes, n° 09-04-06, datée de juin 2010 :

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 100, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les marches à suivre écrites exigées à l'article 21 de la Loi incorporent les exigences énoncées à l'article 101.

L'administrateur a indiqué qu'il était chargé des plaintes au foyer et qu'il avait remis à l'inspectrice 545 la politique actuelle du foyer concernant les plaintes, n° 09-04-06, datée de juin 2010, et il y était indiqué en page 3 de 9, au point 2-c :

- lors de la réception d'une plainte verbale, si la plainte verbale peut être résolue dans les 24 heures, la personne qui reçoit la plainte, ou le chef du service concerné, répond verbalement à la personne qui a formulé la plainte pour lui communiquer le résultat de sa plainte ou sa résolution.

Un jour de décembre 2015, le résident 004 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'un jour de décembre 2015, il avait vu un PSSP quitter la chambre du résident 053 avec des vêtements souillés dans les mains, laissant le résident 053 les jambes dénudées dans le lit et la porte ouverte. Le résident 004 était gêné que le PSSP n'ait pas préservé l'intimité du résident 053. Le résident 004 a indiqué qu'il avait fait une plainte à la directrice des soins quelques jours plus tard mais ne se souvenait pas de la date exacte et n'avait eu de nouvelles de personne.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle avait reçu une plainte verbale du résident 004 cinq jours après l'incident concernant le non-respect de l'intimité d'un résident durant la fourniture de soins. Elle a indiqué qu'elle avait immédiatement enquêté et que des mesures avaient été prises. Lorsqu'il lui a été demandé si elle avait répondu au plaignant pour lui faire part du résultat et de la résolution de sa plainte, elle a indiqué qu'elle ignorait que c'était nécessaire.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 545, l'administrateur a indiqué que la directrice des soins était nouvelle à ce poste et qu'elle ne connaissait pas la procédure. Il a indiqué que, contrairement à la politique du foyer, une réponse n'avait pas été fournie au résident 004 au terme de l'enquête terminée dans les 24 heures suivant une plainte verbale. [par. 8 (1)]

2. Politique n° 11-03 concernant la distribution des médicaments, datée de septembre 2010; et politique n° 11-20 concernant les narcotiques et les médicaments désignés, mise à jour en décembre 2011 : Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (2), le titulaire d'un foyer de soins de longue durée, le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

La directrice des soins a fourni à l'inspectrice 547 la politique n° 11-03 actuellement en vigueur au foyer concernant la distribution des médicaments, datée de septembre 2010, qui indique en page 1 de 2 : le personnel autorisé ne doit pas verser à l'avance les médicaments destinés aux résidents; la règle « 1 médicament coché, 1 médicament versé, 1 signature » doit être suivie et appliquée.

Le 16 décembre 2015, l'inspectrice 547 a vu le médicament du résident 004 dans un gobelet à médicament, à l'intérieur du tiroir du résident. L'IAA 101 s'occupait de distribuer les médicaments que les résidents devaient prendre à midi. L'IAA 101 a indiqué qu'il avait versé ce médicament désigné plus tôt, lorsqu'il se trouvait dans le salon principal du foyer. L'IAA 101 a indiqué qu'il avait déverrouillé la boîte à médicaments désignée, qui était verrouillée à double tour, pour verser le médicament d'un autre résident. Pour gagner du temps, il a également versé le comprimé de substance désignée destiné au résident 004 et l'a rangé dans le tiroir à médicaments du résident, dans un gobelet. L'IAA 101 a indiqué que cela n'était pas la pratique en vigueur au foyer.

Le 16 décembre 2015, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer n'acceptait pas que les médicaments soient versés au préalable, comme l'indique la politique du foyer, et que ce médicament désigné aurait dû être gardé dans la boîte de narcotiques verrouillée à double tour jusqu'à ce qu'il soit versé pour son administration au résident identifié. [alinéa 8 (1) b)]

3. Routine de nettoyage des chambres et des salles de toilette des résidents (échantillon), politique n° HL-05-03-02 A1, mise à jour en septembre 2015 :

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, sous-alinéa 87 (2) a) (i), dans le cadre du programme structuré d'entretien prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veillera à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage du foyer, notamment les chambres des résidents, y compris les planchers.

La routine de nettoyage en vigueur au foyer pour les chambres et les salles de toilette des résidents (échantillon), politique n° HL-05-03-02 A1, mise à jour en septembre 2015, a été examinée par l'inspectrice 545 et il y est indiqué en page 1 de 3 au sujet de l'entretien des planchers :

3. Nettoyer l'aire de la chambre à coucher avec une vadrouille humide (lavage complet ou nettoyage des taches) et laver au complet la salle de toilette. Ceci est la dernière tâche à exécuter avant de quitter cette aire.

4. Placer un écriteau « plancher mouillé » en quittant la pièce. Ne pas oublier de vérifier le sol et de retirer l'écriteau « plancher mouillé » lorsque le sol est bien sec.

Le 17 décembre 2015, l'inspectrice 545 et l'IAA 107 sont entrés dans la chambre commune du résident 018 et les souliers de l'inspectrice 545 ont glissé sur quelque chose de mouillé par terre lorsqu'elle s'est approchée du lit du résident. Le résident 018 était assis sur le côté du lit. L'inspectrice 545 a noté que le plancher de la chambre était humide car il venait d'être lavé; cependant, il n'y avait pas d'écriteau « plancher mouillé » dans la chambre ni sur la porte du résident. À l'entrée de la chambre commune, l'inspectrice 545 a remarqué un logo à quatre étoiles affiché à côté du nom du résident 018. L'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice 545 que ce logo était là pour prévenir le personnel que ce résident était à risque élevé pour les chutes.

L'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice 545 que le résident 018 était autonome pour se déplacer et qu'il dormait toujours l'après-midi et, pour cette raison, le préposé à l'entretien lave le plancher quand le résident est dans la salle à manger. L'IAA 107 a également indiqué qu'un écriteau « plancher mouillé » aurait dû être placée dans la chambre pour prévenir toute personne qui entrerait dans la chambre que le plancher était mouillé.

Le préposé à l'entretien 120 a indiqué à l'inspectrice 545 que le responsable de l'entretien ménager qui était chargé de cette aile était déjà parti et que le préposé à l'entretien lavait habituellement les planchers des résidents quand ils s'absentaient pour les repas ou quand ils dormaient. Le préposé à l'entretien 120 a indiqué que si un résident dormait, il demandait à un membre du personnel infirmier s'il pouvait passer la vadrouille étant donné que les planchers mouillés sèchent généralement en six minutes, mais l'écriteau « plancher mouillé » était toujours mise en place.

Lors d'un entretien, la préposée à l'entretien 132 a indiqué qu'habituellement elle passait la vadrouille sur le plancher du résident 018 le matin. Elle a indiqué qu'elle avait l'habitude de placer un écriteau « plancher mouillé » après avoir lavé le sol mais qu'elle avait dû oublier de le faire l'après-midi du 17 décembre 2015 lorsqu'elle avait lavé le plancher de ce résident. Elle a dit qu'elle savait que le résident était à risque pour les chutes et que le résident oubliait souvent d'utiliser son ambulateur quand il se levait.

La directrice des services de soutien a indiqué à l'inspectrice 545 que tous les préposés à l'entretien devaient veiller à placer un écriteau « plancher mouillé » chaque fois qu'ils lavent le plancher de la chambre et de la salle de toilette d'un résident, comme l'exige la politique du foyer. [alinéa 8 (1) b)]

---

**AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 14 (Barres d'appui). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque douche réservée aux résidents soit munie d'au moins deux barres d'appui aisément accessibles, dont au moins une sur le même mur que le robinet et au moins une autre sur un mur adjacent. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 14.**

#### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque douche réservée aux résidents soit munie d'au moins deux barres d'appui aisément accessibles, dont au moins une sur le même mur que le robinet et au moins une autre sur un mur adjacent.

Le 14 décembre 2015, l'inspectrice 148 a effectué une visite de la salle de douche et de bain de l'aide sud. Il a été noté que la douche réservée aux résidents de cette aile était munie d'une barre d'appui sur le mur adjacent

à celui du robinet. Sur le mur du robinet, le pommeau de douche est attaché à une barre verticale qui permet de faire glisser le pommeau vers le haut ou le bas. On a constaté que la barre bougeait lorsqu'un poids y était appliqué; cette barre n'est pas une barre d'appui. Il n'y avait pas de barre d'appui sur le mur du robinet.

Le 16 décembre 2015, l'inspectrice a vu que la douche réservée aux résidents de l'aile ouest était, elle aussi, munie d'une barre d'appui sur le mur adjacent mais qu'il n'y en avait pas sur le mur du robinet. Plus tard le même jour, l'inspectrice a observé la salle de douche de l'aile ouest avec la directrice des soins du foyer, qui a confirmé qu'il n'y avait qu'une barre d'appui utilisable sur le mur adjacent et qu'il n'y avait pas de barre d'appui sur le mur du robinet. [art. 14]

---

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 15 (Côtés de lit).**

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

**15. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes :**

- a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident;**
- b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;**
- c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, le résident soit évalué et son lit soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident.

Durant l'inspection, il a été noté que 28 résidents sur 40 observés à la première étape de l'inspection de la qualité des services aux résidents utilisaient un ou deux côtés de lit. Sur les 28 lits ainsi aménagés, cinq matelas ont été jugés trop petits pour leur cadre et il y avait un espace à la tête et au pied, entre le matelas et l'extrémité du lit. De plus, les côtés de lit n'étaient pas assez serrés le long de la face latérale des matelas. Le Manoir Marochel abrite 69 lits.

Le 21 décembre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le directeur des services d'entretien, qui a indiqué qu'environ un an et demi auparavant, l'entreprise Cardinal Health était venue au foyer faire des évaluations des zones de coincement des lits de tous les résidents. Le directeur des services d'entretien a raconté qu'après avoir évalué deux lits, l'évaluateur avait indiqué que si tous les lits étaient aussi vieux que ceux-là, ils ne passeraient pas l'épreuve et il ne servait à rien de continuer ce processus d'évaluation. Cardinal Health n'a pas laissé de rapport d'évaluation. Le directeur des services d'entretien a indiqué que, depuis, le foyer avait

remplacé 21 lits par de nouveaux systèmes et de nouveaux matelas. Sur ces 21 nouveaux lits, aucun n'a fait l'objet d'une vérification de la zone de coincement jusqu'à ce jour, car on a présumé qu'étant neufs, ils passeraient forcément l'épreuve d'évaluation de la zone de coincement. Il reste 41 lits à remplacer, selon le directeur des services d'entretien, car deux résidents ont apporté leurs propres lits au foyer. Le directeur des services d'entretien a également indiqué qu'il ne connaissait l'existence d'aucune pratique fondée sur des données probantes et qu'il ne savait pas quelles zones de coincement évaluer quand les côtés de lits étaient utilisés.

Comme l'indique une note adressée par le directeur intérimaire aux foyers de soins de longue durée, en août 2012, le document d'orientation de Santé Canada a été fourni comme lien vers tous les foyers et ils devaient utiliser le document « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » comme manuel de pratiques exemplaires. [alinéa 15 (1) a)]

---

**AE n° 15 : 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 veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Dans la chambre 138, le 17 décembre 2015 à 15 h, l'inspectrice 133 a remarqué que le cordon d'activation du système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (le système) à côté du lit était en mauvais état. Sur le cordon, avant le bouton final qui abrite le bouton d'activation du système, les deux fils couverts internes étaient à nu. Il manquait les deux à trois derniers pouces de la gaine protectrice externe du cordon. Les fils à nu étaient retenus ensemble par un nœud avec une pince en métal qui servait à attacher le cordon à l'oreiller du résident. L'inspectrice a appuyé sur le bouton d'activation du système sans qu'un appel pour obtenir de l'aide ne soit transmis. La coupole lumineuse à l'extérieur de la chambre ne s'est pas allumée et le panneau au poste infirmier n'a pas enregistré d'appel. L'inspectrice a informé le coordonnateur de l'évaluation RAI et celui-ci a fait remplacer le cordon.

Dans la chambre 142, le 17 décembre 2015 à 15 h 10, l'inspectrice 133 a remarqué que le cordon d'activation du système à côté du lit était en mauvais état. Sur le cordon, avant le bouton final qui abrite le bouton d'activation du système, les deux fils couverts internes étaient à nu. Il y avait une pince en métal qui servait à attacher le cordon au drap de lit du résident. L'inspectrice a appuyé sur le bouton d'activation du système et un

appel pour obtenir de l'aide a été transmis. L'inspectrice a informé le coordonnateur de l'évaluation RAI et celui-ci a fait remplacer le cordon.

Dans la chambre 139, le 17 décembre 2015 à 15 h 30, l'inspectrice 133 a remarqué que le cordon d'activation du système à côté du lit était en mauvais état. Sur le cordon, avant le bouton final qui abrite le bouton d'activation du système, les deux fils couverts internes étaient à nu. Il manquait les deux à trois derniers pouces de la gaine protectrice externe du cordon. L'inspectrice a appuyé sur le bouton d'activation du système et un appel pour obtenir de l'aide a été transmis.

Le 18 décembre 2015, l'inspectrice est retournée à la chambre 139 avec la directrice des soins pour examiner le cordon d'activation du système à côté du lit et le cordon avait été remplacé. Il a été déterminé que le chef du service de l'entretien du foyer avait remplacé le cordon après une vérification ce matin-là. [par. 15 (2)]

---

**AE n° 16 : 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. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).**

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

**20. (2) Au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :**

- a) prévoit que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés;**
- b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;**
- c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements;**
- d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- e) comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre;**
- f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents;**
- g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f);**
- h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents établisse clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence et contienne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24.

À la demande de l'inspectrice 148, deux politiques, numérotées OPER-02-02-04 et datées de novembre 2013, ont été identifiées par la directrice des soins comme constituant la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. L'une était intitulée

*Resident Abuse – Staff to Resident* (Mauvais traitements envers des résidents de la part du personnel) et l'autre, *Resident Abuse by Persons Other than Staff* (Mauvais traitements envers des résidents de la part de personnes autres que le personnel).

Un examen des deux politiques indique des éléments concernant les rapports à faire au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le directeur), y compris l'obligation de signaler les cas soupçonnés de mauvais traitements ou de négligence envers des résidents. Cependant, ces politiques ne précisent pas l'obligation de faire rapport en ce qui concerne les soins administrés de façon inappropriée ou incompétente, les actes illégaux ou la mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.

De plus, l'examen de la politique a révélé que les définitions de « mauvais traitement d'ordre affectif, physique et verbal » et « négligence » ne correspondaient pas à celles données dans le Règl. de l'Ont. 79/10, au paragraphe 2 (1) et à l'article 5. La définition de « mauvais traitement d'ordre affectif n'incluait pas : l'ostracisme, le délaissement, l'infantilisation ou le manque de reconnaissance. La définition de « mauvais traitement d'ordre verbal » n'incluait pas : la communication verbale de nature dénigrante ou dégradante qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi de la part d'une personne autre qu'un résident ou de la part d'un résident qui en comprend la nature et les conséquences. La définition de « mauvais traitement d'ordre physique » n'incluait pas l'administration de médicaments à une fin inappropriée. La définition de « négligence » indique une « inaction qui compromet immédiatement » (la santé, la sécurité ou le bien-être), alors que la LFSLD 2007 n'indique pas que l'inaction doit compromettre immédiatement (la santé, la sécurité ou le bien-être) pour constituer une négligence. La définition de « négligence », dans la politique du foyer, est également limitative du fait qu'il y est indiqué que la négligence consiste à ne pas fournir le traitement, les soins, les services ou l'aide auxquels on peut raisonnablement s'attendre dans la relation.

La politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents ne donne pas une explication claire de l'obligation prévue à l'article 24 de la Loi ou ne précise pas ce qui constitue un mauvais traitement au sens de la LFSLD 2007. [par. 20 (2)]

---

**AE n° 17 : 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. 22 (Transmission des plaintes par le titulaire de permis).**

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

**22. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. 2007, chap. 8, par. 22 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la plainte écrite concernant les soins fournis à un résident soit transmise immédiatement au directeur.

L'administrateur a fourni à l'inspectrice 551 un exemplaire du formulaire d'enquête sur les plaintes pour une date particulière de février 2015 lorsque le procureur du résident 052 a formulé une plainte au foyer.

Un jour de février 2015, le procureur du résident 052 a envoyé à l'administrateur un courriel intitulé « Concerns for resident 052 (Préoccupations au sujet du résident 052) avec une pièce jointe. Dans le fichier joint au courriel, il était fait mention de préoccupations concernant des vêtements manquants, des vêtements et un toilettage inadéquats et un incident datant de l'automne 2013 quand, au foyer, le résident 052 avait manqué à l'appel.

La plainte écrite n'a été transmise au directeur que six jours plus tard. Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué qu'il était conscient de l'obligation de faire rapport au directeur immédiatement dans certains cas qu'il ne savait pas qu'il fallait présenter les plaintes par écrit tel que le prévoit cette disposition. (Registre O-002694-15) [par. 22 (1)]

---

**AE n° 18 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 35 (Soins des pieds et des ongles).**

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

**35. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 35 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 027 reçoive des soins des ongles des mains, y compris la coupe des ongles.

Le 15 décembre 2015, l'inspectrice 547 a vu le résident 027 avec les ongles secs, écorchés et pointus, ce qui le gênait car il les frottait et essayait de les rogner par différents moyens. L'inspectrice 547 a informé le PSSP 109 que les ongles de ce résident étaient pointus et longs et qu'il souhaitait se les faire couper.

Les 16 et 17 décembre 2015, les ongles du résident étaient toujours secs, écorchés et pointus.

Le 17 décembre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le PSSP 104, qui s'occupe du résident, et a indiqué que les ongles du résident devaient être coupés durant les bains, qui sont donnés deux fois par semaine le soir. Le PSSP 104 a également indiqué que les ongles du résident 027 étaient longs et inégaux et qu'il fallait les couper aujourd'hui et qu'il allait veiller à ce que ce soit fait dès que possible pour éviter que le résident se blesse.

L'inspectrice 547 a interrogé l'infirmière clinicienne au sujet des ongles du résident 027 et celle-ci a indiqué que tous les PSSP devaient fournir des soins des mains lors des soins du matin et que, s'ils avaient vu les ongles du résident 027 dans cet état, ils auraient dû les couper ou les limer pour la sécurité du résident. L'infirmière clinicienne a indiqué que les ongles du résident auraient dû être coupés durant le bain mais, visiblement, cela

n'avait pas été fait. Un examen des feuilles de cheminement des soins du résident pour la semaine précédant cette observation avec l'infirmière clinicienne a révélé qu'il n'y avait pas de parafe confirmant la fourniture de soins des ongles à ce résident. [par. 35 (2)]

---

**AE n° 19 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 51 (Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence).**

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

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

**c) chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoit du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence;**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoive du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence.

Le dossier de santé du résident 50 indique que le résident a besoin de soins complets pour l'élimination et de l'aide de deux membres du personnel pour l'aider à changer de position. De plus, le résident est capable de demander au personnel lorsqu'il a besoin d'aller aux toilettes mais contrôle mal sa vessie et porte des produits pour incontinence.

Le 18 décembre 2015 à 10 h 18, l'inspectrice 148 a observé l'activation du système de communication dans la chambre du résident 50. À 10 h 35, le système de communication était toujours activé parce que le personnel n'avait pas encore répondu à l'appel. À ce moment-là, l'inspectrice 148 a abordé le résident 50, qui avait activé la sonnette d'appel, et le résident a indiqué qu'il devait aller aux toilettes et qu'il se retenait. L'inspectrice 148 a abordé le PSSP 125, qui était resté à proximité de la chambre 124, fournissant des soins et une aide dans la salle de bain pendant que l'inspectrice faisait ses observations. L'inspectrice a informé le PSSP 125 de l'activation du système de communication et du fait que le résident 50 avait exprimé le besoin d'utiliser les toilettes. Le PSSP 125 a indiqué que l'activation du système de communication n'apparaissait pas sur son téléavertisseur parce que les piles étaient faibles. Le PSSP 125 a ensuite abordé le résident 50, qui a indiqué au PSSP qu'il devait aller aux toilettes. Le PSSP 125 a indiqué qu'il irait chercher quelqu'un pour l'aider et a ensuite éteint le système de communication.

À 10 h 40, l'inspectrice 148 a continué à observer le secteur et a remarqué que les PSSP 125 et 124 étaient à proximité de la chambre 124 en train de donner des soins et d'aider dans la salle de bain, où un troisième membre du personnel fournissait une aide pour le bain. Un quatrième membre du personnel, la PSSP 127, qui fournit les collations du matin, se trouvait à mi-chemin dans le couloir au même moment.

À 10 h 49, l'inspectrice a abordé le résident. Le résident a indiqué qu'il avait de nouveau besoin d'aller aux toilettes. À la question qui lui a été posée, le résident a répondu qu'il se rappelait qu'un homme était entré et lui

avait dit qu'il devait trouver quelqu'un d'autre pour l'aider. Le résident savait qu'il avait besoin de l'aide de deux personnes pour l'aider à aller aux toilettes. Le résident a ensuite indiqué qu'il était mouillé.

À 10 h 52, la PSSP 127 s'est approchée de la chambre 124 pour servir la collation. Elle a servi la collation et a quitté la chambre pour continuer dans le couloir.

À 11 h, l'inspectrice s'est entretenue avec la PSSP 127, qui avait terminé la distribution des collations. Lorsque l'inspectrice l'a interrogée sur l'activation du système de communication dans la chambre 124, la PSSP 127 a indiqué qu'elle ne portait pas de téléavertisseur. Elle a également indiqué qu'elle avait été abordée par le PSSP 125, qui lui avait dit que le résident 50 avait besoin d'aller aux toilettes. Elle a expliqué qu'elle avait dit au PSSP 125 qu'elle s'occuperait du résident 50 lorsqu'elle aurait terminé la distribution des collations. L'auteur de la note a inscrit l'heure de la première activation du système de communication et la PSSP 127 a indiqué qu'elle retournerait son chariot à collations et reviendrait aider le résident 50.

À 11 h 2, la PSSP 127, avec l'aide du PSSP 124, a aidé le résident 50 aux toilettes. L'inspectrice a confirmé avec le PSSP 124 que le produit pour incontinence du résident était souillé.

Le résident 50, qui est incapable d'aller aux toilettes seul, n'a pas reçu l'aide du personnel pour maintenir la continence dans la matinée du 18 décembre 2015.

---

**AE n° 20 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 67. Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte tous les trois mois au moins. 2007, chap. 8, art. 67.**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas consulté le conseil des familles régulièrement et, dans tous les cas, ne l'a pas fait tous les trois mois au moins.

Le conseil des familles du foyer a été rétabli lors d'une réunion le 26 mai 2015. Le conseil, qui réunit approximativement huit membres de différentes familles se réunissait tous les mois depuis cette date et ses procès-verbaux étaient affichés dans les salles d'activités du foyer, tel qu'indiqué par l'adjointe au conseil des familles.

Lors d'un entretien, le président du conseil des familles a indiqué que le titulaire du permis n'avait pas consulté le conseil des familles avant le 24 novembre 2015 lorsque la directrice adjointe des soins et l'adjointe ont été invitées à participer à la réunion du conseil. Il a indiqué que le titulaire de permis ne consultait pas régulièrement le conseil des familles et, dans tous les cas, ne le faisait pas tous les trois mois.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il était le représentant du titulaire de permis. Il a indiqué qu'il croyait que le conseil des familles n'avait pas encore été établi officiellement. Il a indiqué qu'il ne savait pas que les procès-verbaux étaient affichés dans la salle d'activités du foyer depuis mai 2015. Il a également indiqué qu'il

avait rencontré le président cette semaine et lui avait demandé une invitation à prendre la parole lors d'une réunion du conseil des familles. [art. 67]

---

**AE n° 21 : 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. 79 (Affichage des renseignements).**

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

**79. (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :**

- 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;
  - g.1) une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services au sens de l'article 21 de la Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé conclue entre le titulaire de permis et un réseau local d'intégration des services de santé;
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis;
- i) une explication des mesures à prendre en cas d'incendie;
- j) une explication du plan d'évacuation;
- k) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée;
- l) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années;
- m) les décisions que la Commission d'appel ou la Cour divisionnaire a rendues au cours des deux dernières années aux termes de la présente loi à l'égard du foyer de soins de longue durée;
- n) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des résidents, avec le consentement de celui-ci;
- o) le plus récent procès-verbal des réunions, s'il y en a, du conseil des familles, avec le consentement de celui-ci;
- p) une explication des protections qu'offre l'article 26;
- q) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (3) et 195 (10).

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés, y compris 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, 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, ainsi que les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis, soient affichés au foyer.

Le 14 décembre 2015, l'inspectrice 148 a effectué une visite initiale du foyer. À ce moment-là, elle a constaté qu'une seule des huit pages renfermant la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, datée de juillet 2012, était affichée. En poursuivant son observation le 16 décembre 2015, en présence de la directrice des soins du foyer et de l'adjointe administrative, il était noté qu'une seconde politique concernant les mauvais traitements était affichée dans la salle d'activités de l'aile sud. Cette politique, intitulée *Resident Abuse – Staff to Resident* (Mauvais traitements – de la part du personnel envers les résidents) était datée de novembre 2013 et ne contenait que les pages à numéros impairs du document de huit pages. À la demande de l'inspectrice 148, deux politiques, intitulées OPER-02-02-04 et datées de novembre 2013, ont été identifiées par la directrice des soins du foyer comme constituant la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. L'une était intitulée *Resident Abuse – Staff to Resident* (Mauvais traitements envers des résidents de la part du personnel) et l'autre, *Resident Abuse by Persons Other than Staff* (Mauvais traitements envers des résidents de la part de personnes autres que le personnel). Aucune de ces politiques n'était affichée dans sa version intégrale.

De plus, le 16 décembre 2015, il a été confirmé que le foyer n'avait pas d'avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents. Il a également été déterminé que les renseignements que le foyer est tenu d'afficher incluaient les nom et numéro de téléphone du foyer. Cependant, les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis n'étaient pas affichés. [alinéa 79 (3) c)]

---

**AE n° 22 : 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. 81 (Lutte contre les ravageurs).**

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

**88. (1) Dans le cadre des programmes structurés de services d'entretien ménager et de services d'entretien prévus aux alinéas 15 (1) a) et c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit mis en place au foyer un programme structuré de lutte préventive contre les ravageurs prévoyant le recours aux services d'un préposé au contrôle des ravageurs agréé et, notamment, la tenue de dossiers indiquant les dates des visites effectuées et les mesures prises. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 88 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 88 (1), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que soit mis en place au foyer un programme structuré de lutte préventive contre les ravageurs prévoyant le recours aux services d'un préposé au contrôle des ravageurs agréé et, notamment, la tenue de dossiers indiquant les dates des visites effectuées et les mesures prises.

Le 17 décembre 2015 à 16 h 10, dans la chambre du résident 018, l'inspectrice 133 et l'inspectrice 545 ont vu au moins 25 petites fourmis sur le sol devant la commode du résident, près de la poubelle. Il n'y avait pas de source apparente pouvant expliquer la présence des fourmis.

Le 18 décembre 2015 à 16 h 40, l'inspectrice 133 est retournée à la chambre du résident 018 et a vu au moins 10 petites fourmis dans la même partie de la pièce, concentrées autour de deux petits morceaux de débris. L'inspectrice 133 a observé les fourmis pendant plusieurs minutes et remarqué qu'elles descendaient entre les carreaux de sol, devant la commode, et a regardé pendant que certaines d'entre elles remontaient cet espace. L'inspectrice a obtenu une paille du personnel infirmier et, en poussant, a réussi à insérer l'extrémité de la paille entre les carreaux sur une profondeur approximative de deux pouces. Le 22 décembre 2015, l'inspectrice 133 a fait venir l'administrateur et le directeur des services d'entretien à la chambre du résident 018 pour leur montrer l'espace devant la commode du résident. Le directeur des services d'entretien a précisé qu'il ne savait rien de rapports de fourmis dans cette chambre. Le directeur des services d'entretien a expliqué que les observations de ravageurs étaient censées être documentées dans le classeur des mesures antiparasitaires, dans le bureau principal, pour permettre un suivi par le technicien en lutte antiparasitaire lors de sa prochaine visite. Le directeur des services d'entretien a expliqué que les fourmis avaient été un problème constant pour ce foyer au fil des ans et qu'il était attribuable au terrain sur lequel le foyer a été construit.

Le 22 décembre 2015, l'administrateur a fourni à l'inspectrice le contrat de lutte antiparasitaire. L'administrateur a expliqué à l'inspectrice que le contrat était en place quand il est devenu administrateur, en 2014, et qu'il n'avait pas encore trouvé le temps d'examiner totalement le programme. Sur le contrat, les « cuisines » étaient citées comme étant les aires communes à inspecter. Aucune autre aire n'était citée comme faisant partie du service mensuel. Le contrat citait également neuf types différents de ravageurs à contrôler dans les aires communes visées par le contrat, notamment les fourmis. Le contrat contenait une clause additionnelle, qui précisait qu'il y avait des frais de 25 dollars pour les pièces supplémentaires.

Le 22 décembre 2015, l'inspectrice a obtenu le classeur des mesures antiparasitaires du bureau principal et a examiné les feuilles de communication avec les clients du service d'extermination ». Des préoccupations liées à des observations de ravageurs, généralement des fourmis, étaient documentées sur ces feuilles, que le technicien en lutte antiparasitaire devait examiner. Pour 2015, des observations de fourmis avaient été signalées dans quatre chambres et une aire commune en mars. Il y a eu une observation dans une chambre en avril et une en mai. En juillet, une observation de fourmis a été signalée dans deux chambres et une observation possible de coquerelles a été signalée dans une autre chambre. En octobre, des observations de fourmis ont été signalées dans cinq chambres.

Dans le classeur des mesures antiparasitaires, il y avait aussi une section, intitulée « log book » (journal), que le technicien en lutte antiparasitaire parafait après y avoir inscrit les dates des visites, le service fourni et le pesticide utilisé. En janvier 2015, le registre du technicien indiquait que le « service mensuel » avait été fourni. En février 2015, le service documenté concernait des fourmis dans trois chambres, ce pour quoi il n'y avait pas d'observations documentées, à l'exception d'une chambre, qui avait une observation documentée pour décembre 2014. En mars 2015, le service documenté concernait des fourmis dans une chambre (sur les quatre qui avaient une observation documentée pour ce mois). En avril 2015, le service documenté concernait des fourmis dans une chambre, dans laquelle une observation était documentée, ainsi qu'un « service mensuel ». De mai 2015 à décembre 2015, le service documenté était un « service mensuel ».

Les dossiers dans le classeur des mesures antiparasitaires ne précisait pas les mesures prises lors des visites liées au service mensuel. De plus, les observations de ravageurs documentées pour trois des quatre chambres inscrites pour le mois de mars et pour les chambres inscrites pour mai, juillet et octobre 2015 ne semblaient pas avoir fait l'objet d'un suivi, car la documentation du technicien ne faisait aucune mention des chambres en question.

Le 22 décembre 2015, l'inspectrice et l'administrateur ont discuté des inscriptions figurant au journal du classeur des mesures antiparasitaires et ont convenu que celles-ci ne donnaient pas le détail des mesures prises lors des visites liées au service mensuel ou de celles liées au service d'extermination des fourmis. De plus, il a été convenu que les observations de ravageurs documentées ne semblaient pas faire l'objet d'un suivi. L'administrateur a indiqué qu'il communiquerait avec l'entreprise de lutte antiparasitaire pour obtenir une explication sur le manque de suivi.

L'administrateur a plus tard expliqué à l'inspectrice qu'il avait oublié la discussion qu'il avait eue avec le technicien en lutte antiparasitaire en 2015 – éventuellement en septembre – au cours de laquelle il avait été question de frais additionnels de 25 dollars par chambre entretenue. L'administrateur a expliqué qu'à la suite de cela, il avait demandé au technicien de ne pas fournir le service dans les chambres. Les observations de ravageurs dans les chambres n'ont donc pas fait l'objet d'un suivi par le technicien en lutte antiparasitaire. L'administrateur a expliqué qu'il avait eu l'intention de faire un suivi et d'examiner d'autres options, et de se concentrer sur des traitements préventifs contre les fourmis au lieu de s'en tenir uniquement à des traitements réactifs après observations, mais qu'il ne l'avait pas fait.

Le 23 décembre 2015, l'inspectrice s'est entretenue avec la directrice du bureau, qui a expliqué qu'elle était la personne qui avait documenté les observations de ravageurs sur les feuilles de communication, dans le classeur des mesures antiparasitaires, jusqu'en octobre 2015. Les inscriptions pour octobre avaient été faites par le directeur des services d'entretien. La directrice du bureau a expliqué qu'habituellement les rapports d'observations de ravageurs lui provenaient des résidents, de leurs familles ou de visiteurs, ainsi que du personnel des services d'entretien. La directrice du bureau a dit qu'elle avait présumé que les observations de ravageurs documentées faisaient l'objet de mesures mensuelles par le technicien en lutte antiparasitaire.

La directrice du bureau a fourni à l'inspectrice les factures mensuelles pour le service de lutte antiparasitaire. Au bas des factures, pour les périodes de janvier à juin 2015, d'août à octobre 2015 et de décembre 2015, le technicien a coché les cases « inspection » et « détecteurs d'insectes ». Il n'y avait pas d'autres renseignements sur le lieu ou l'objet de l'inspection du technicien ni sur l'emplacement ou le lieu d'inspection des détecteurs d'insectes. Sur les factures de juillet et novembre 2015, le technicien n'a coché aucune case. Selon le journal du classeur des mesures antiparasitaires, le technicien a indiqué « service mensuel » pour ces deux mois. Les factures mensuelles ne fournissaient pas d'autre explication des mesures prises lors des visites liées au service mensuel et de celles liées au service d'extermination des fourmis.

Le 23 décembre 2015, l'inspectrice a discuté avec le directeur des services d'entretien, qui a fait savoir que malgré le contrat de lutte antiparasitaire limité, il voyait régulièrement le technicien examiner d'autres aires communes du foyer et pas seulement la cuisine. Il a fait venir l'inspectrice dans toutes les aires où il a vu les plaquettes de colle qui sont utilisées pour lutter contre les ravageurs dans un lieu, y compris la salle de toilette

du vestibule principal, des aires de la cuisine, la dépense du côté ouest, la salle de toilette du sous-sol, la chapelle, plusieurs aires de la salle du personnel, plusieurs aires de la buanderie, l'entrepôt des denrées sèches et la salle mécanique.

Le 23 décembre 2015, un technicien de l'entreprise de lutte antiparasitaire est venu au foyer et a fourni un service axé sur les fourmis dans sept chambres à coucher, dont les cinq citées pour observation de fourmis en octobre 2015, et dans la chambre du résident 018. C'était la première fois que ce technicien venait au foyer. Il a expliqué que le technicien habituel était trop occupé pour assurer le service au foyer aujourd'hui et que lui-même avait été réquisitionné par l'administrateur le 22 décembre 2015. Le technicien a été incapable de répondre aux questions sur le contrat de lutte antiparasitaire du foyer ou le service mensuel habituel.

[par. 88 (1)]

---

**AE n° 23 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 101 (Traitement des plaintes).**

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

**101. (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :**

**3. Est donnée à l'auteur de la plainte une réponse qui indique, selon le cas :**

- i. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,**
- ii. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse à une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident indique que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui.

Un jour de février 2015, le procureur du résident 052 a envoyé à l'administrateur un courriel intitulé « Concerns for resident 052 (Préoccupations au sujet du résident 052) avec une pièce jointe. Dans le fichier joint au courriel, il était fait mention de préoccupations concernant des vêtements manquants, des vêtements et un toilettage inadéquats et un incident datant de l'automne 2013 quand, au foyer, le résident 052 avait manqué à l'appel.

Un jour de février 2015, l'administrateur a répondu au plaignant et sa lettre comprenait l'énoncé suivant : « Nous avons tenté l'impossible pour trouver les articles manquants et essayons sans cesse de protéger tous les effets personnels du résident. Nous ne sommes pas en mesure de prouver que ces effets étaient manquants. » Cette réponse ne précisait pas de motifs portant à croire que les effets n'étaient pas vraiment manquants et qu'en conséquence la plainte était non fondée. De plus, la réponse n'évoquait pas les autres préoccupations du procureur concernant les soins inadéquats fournis au résident 052 en matière d'habillement et

de toilettage ou la question concernant le fait qu'à l'automne 2013, le résident 052 avait manqué à l'appel, au foyer.

Lors d'un entretien, le procureur du résident 052 a indiqué à l'inspectrice 551 que la réponse du foyer à cette plainte n'était pas satisfaisante et a affirmé que ses préoccupations subsistaient. (Registre O-002694-15) [alinéa 101 (1) 3]

---

**AE n° 24 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107 (Rapports : incidents graves).**

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

**107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :**

**1. Un résident porté disparu depuis moins de trois heures qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé au plus tard dans un délai d'un jour ouvrable lorsqu'un résident porté disparu depuis moins de trois heures retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.

Le procureur du résident 052 a indiqué à l'inspectrice 551 qu'à l'automne 2013, le résident avait manqué à l'appel pendant deux heures environ. Dans une plainte présentée à l'administrateur par le procureur du résident 052 en février 2015, le procureur a dit qu'à ce jour, cet incident le préoccupait encore.

Un examen des notes d'évolution a révélé qu'un jour particulier de l'automne 2013, le résident 052 avait manqué à l'appel pendant deux heures environ durant la soirée. Après une recherche par le personnel et un membre de sa famille, le résident 052 a été trouvé à l'extérieur du foyer, assis par terre et en pleurs.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué qu'à la suite de l'enquête sur cette plainte formulée par le procureur du résident en février 2015, il ne s'était pas penché sur l'incident étant donné qu'une trop longue période s'était écoulée. L'administrateur a affirmé qu'il n'était pas employé par le foyer à l'époque de l'incident et présumait que l'ancien administrateur avait traité cette situation, ceci malgré l'absence de toute documentation écrite.

Un examen des observations consignées dans le rapport d'incident grave indique que la disparition du résident n'avait jamais été signalée au directeur. (Registre O-002694-15) [alinéa 107 (3) 1]

---

**AE n° 25 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).**

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

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

**a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :**

**(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,**

**(ii) il est sûr et verrouillé,**

**(iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,**

**(iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;**

**b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des médicaments soient entreposés dans une aire du foyer ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

Le 13 décembre 2015, l'inspectrice 547 a observé plusieurs crèmes et onguents prescrits dans une corbeille placée sur un chariot à médicaments verrouillé laissé dans le couloir de l'aile ouest sans aucune surveillance d'un membre personnel infirmier, de 12 h 30 à 12 h 50. Cinq contenants de crèmes et onguents prescrits pour les résidents du foyer ont été vus dans cette corbeille.

L'IA 103 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle avait laissé cette corbeille de crèmes et onguents prescrits sur le chariot à médicaments durant le repas de midi, étant donné qu'au foyer, le personnel infirmier n'est pas autorisé à mettre les crèmes et onguents prescrits dans un endroit verrouillé, à l'intérieur des chariots à médicaments. L'inspectrice 547 a également noté qu'il y avait aussi deux flacons de médicaments à administrer par voie orale au résident 006 et au résident 030 dans cette corbeille de crèmes et onguents prescrits.

Le 15 décembre 2015, l'inspectrice 545 a observé un contenant de crème prescrite sur la table de chevet du résident 018.

Le 16 décembre 2015, l'inspectrice 592 a observé un contenant de crème prescrite dans une corbeille rose, dans la salle de toilette commune du résident 036.

Le 15 décembre 2015, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer avait pour pratique de veiller à ce que toutes les crèmes et les onguents prescrits soient gardés dans un endroit verrouillé à l'intérieur du chariot à traitements pour que le personnel infirmier autorisé puisse les appliquer aux résidents. La directrice des soins a également indiqué que les deux flacons de médicaments prescrits auraient dû être verrouillés à

l'intérieur des tiroirs du résident, dans le chariot à médicaments verrouillé, avant que l'IA 103 s'éloigne de son chariot. [alinéa 129 (1) a)]

---

**AE n° 26 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 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).**

**Constatations :**

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

Le 14 décembre 2015, l'inspectrice 547 a vu, dans la salle de toilette commune, le sac du cathéter du résident 029 accroché au porte-serviette à gauche du lavabo, sur un essuie-mains, le tube posé sur une débarbouillette qui avait été utilisée. Il a également été noté qu'il n'y avait pas de bouchons aux extrémités des tubes connecteurs du cathéter.

Le 14 décembre 2015, l'inspectrice 545 a vu, dans la salle de toilette commune du résident 019, un sac collecteur accroché à un porte-serviette, le tube posé sur une serviette sans bouchons sur les tubes connecteurs aux extrémités du tube.

Le 16 décembre 2015, l'inspectrice 592 a vu, dans les salles de toilette communes des résidents 019 et 029, des sacs collecteurs accrochés aux porte-serviettes avec des essuie-mains dans les deux salles et aucun des sacs n'avait de bouchon pour protéger le tube connecteur du cathéter.

Lors d'un entretien le 16 décembre 2015, la PSSP 106 a indiqué à l'inspectrice 592 que les PSSP devaient changer les sacs collecteurs de jour et de nuit des résidents 019 et 029 et qu'ils avaient l'ordre de nettoyer les sacs à l'eau chaude et au vinaigre, de désinfecter les connecteurs au moyen de tampons d'alcool et d'accrocher les sacs dans les salles de toilette pour les faire sécher. La PSSP 106 a également indiqué qu'un bouchon doit couvrir le connecteur des sacs collecteurs pour prévenir l'infection.

Lors d'un entretien le 16 décembre 2015, l'IAA 107 a dit à l'inspectrice 592 que le personnel infirmier autorisé devait changer les cathéters chaque mois et fournir aux résidents de nouveaux sacs collecteurs chaque semaine. L'IAA 107 a indiqué que les sacs collecteurs devaient être accrochés dans la salle de toilette avec un bouchon sur les connecteurs pour prévenir l'infection.

Le 16 décembre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé l'infirmière clinicienne au sujet de la formation fournie aux PSSP pour l'entretien des sacs collecteurs et des tubes et cette dernière a indiqué que les PSSP savaient qu'il fallait couvrir les tubes connecteurs de bouchons pour prévenir l'infection.



**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***

Le 17 décembre 2015, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que, selon la règle du foyer pour les sacs collecteurs d'urine et les tubes, le connecteur de tous les sacs collecteurs devait être couvert d'un bouchon pour prévenir la contamination des résidents. La directrice des soins a également indiqué que pour le contrôle de l'infection et l'hygiène, les sacs collecteurs et les tubes ne devaient pas être accrochés aux porte-serviettes avec les serviettes. [par. 229 (4)]

---

Date de délivrance : 10 février 2016

**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**

---

<b>Nom des inspecteurs ou inspectrices :</b>	LISA KLUKE (547), AMANDA NIXON (148), ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545), JESSICA LAPENSÉE (133), MEGAN MACPHAIL (551), MÉLANIE SARRAZIN (592)
<b>N° de registre :</b>	033518-15
<b>N° du rapport d'inspection :</b>	2015_286547_0025
<b>Type d'inspection :</b>	Inspection de la qualité des services aux résidents
<b>Date du rapport :</b>	25 janvier 2016
<b>Titulaire de permis :</b>	CVH (No.4) GP Inc. as general partner of CVH (No.4) LP
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	MANOIR MAROCHEL
<b>Nom de l'administrateur :</b>	Bipin Raut

---

Aux termes du présent document, CVH (No.4) GP Inc. as general partner of CVH (No.4) LP est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

---

**N° de l'ordre :** 001

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

**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44.

**Ordre :**

(1) Le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que, pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels, le foyer soit équipé de téléavertisseurs qui sont reliés au système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel et qui sont aisément disponibles.

(2) Le titulaire de permis est tenu d'élaborer un processus de vérification pour assurer que les PSSP utilisent des téléavertisseurs fonctionnels pour la communication bilatérale entre les résidents et le personnel, notamment une procédure écrite pour assurer que les piles de ces téléavertisseurs sont vérifiées au début de chaque quart de travail.

(3) En attendant de se conformer entièrement au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44, le titulaire de permis doit prendre des mesures structurées pour que le personnel assure avec vigilance la sécurité des résidents, ceci au moyen d'une surveillance régulière accrue des chambres identifiées comme étant assignées à des membres du personnel qui ne disposent pas de téléavertisseurs fonctionnels reliés au système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels, notamment des téléavertisseurs fonctionnels, soient aisément disponibles au foyer.

Aux fins du présent rapport, les téléavertisseurs sont utilisés par le personnel infirmier pour activer le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel en alertant directement le personnel infirmier lorsqu'un résident appelle pour obtenir de l'aide.

Le 14 décembre 2015 à 13 h 5, l'inspectrice 592 a vu la coupole lumineuse s'allumer à l'extérieur de la chambre d'un résident de l'unité sud. Après sept minutes, la coupole lumineuse était toujours allumée et aucun membre du personnel n'a été vu aux alentours.

L'inspectrice 592 a noté la présence de la PSSP 130 dans le couloir et, quand l'inspectrice l'a interrogée au sujet de la sonnette d'appel de la chambre de ce résident, la PSSP 130 a expliqué qu'elle n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il était brisé. L'inspectrice 592 a

interrogé l'IAA 129, qui était au poste infirmier et qui a indiqué qu'il ne portait pas de téléavertisseur mais qu'il se fiait aux coupoles lumineuses à l'extérieur des chambres des résidents. L'IAA 129 est sorti du poste infirmier et a dit à l'inspectrice 592 qu'il n'y avait pas de voyant d'appel activé parce qu'il n'y avait pas de coupole lumineuse allumée. L'inspectrice 592 a noté que, devant la coupole lumineuse, il y avait un ventilateur mural qui empêchait de voir qu'elle était allumée. De plus, l'IAA 129 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il se fiait également au tableau du poste infirmier et lui a montré la lumière sur le tableau des sonnettes d'appel. L'IAA 129 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il enverrait quelqu'un répondre à la sonnette d'appel dans la chambre de ce résident.

Le 14 décembre 2015 à 11 h 56, quand l'inspectrice 545 a activé la sonnette d'appel dans une chambre commune de l'unité ouest, la coupole lumineuse à l'extérieur de cette chambre à coucher s'est allumée. Le PSSP 103 est arrivé cinq minutes plus tard et a informé l'inspectrice 545 qu'il avait vu la coupole lumineuse allumée à l'extérieur de la chambre mais qu'il n'avait pas entendu l'appel parce qu'il n'avait pas de piles dans son téléavertisseur aujourd'hui. Il a également informé l'inspectrice 545 qu'il avait laissé son téléavertisseur au poste infirmier après le petit-déjeuner aujourd'hui, s'attendant à ce que le poste infirmier remplace les piles. L'inspectrice 545 discutait avec le PSSP 103 plus tard le même jour en activant une autre sonnette d'appel dans l'unité ouest quand le PSSP 103 est arrivé plusieurs minutes plus tard et a dit à l'inspectrice 545 qu'il avait vu la coupole lumineuse clignoter mais qu'il n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il ne l'avait toujours pas récupéré; par conséquent, il ne portait pas de téléavertisseur durant son quart de jour.

Le 14 décembre 2015 à 14 h 50, quand l'inspectrice 547 a activé deux sonnettes d'appel dans des chambres de l'unité ouest, la coupole lumineuse à l'extérieur de ces chambres s'est allumée. Après cinq minutes, l'inspectrice 547 est allée chercher des membres du personnel et a abordé la PSSP 111, qui lui a indiqué qu'elle travaillait dans l'unité et qu'elle n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il était brisé. La PSSP 111 a également indiqué que son collègue, le PSSP 103, avait perdu son téléavertisseur et que lui et elle étaient affectés au groupe 4. La PSSP 111 a indiqué que son collègue et elle-même savent qu'il faut regarder dans le couloir pour voir les coupoles lumineuses allumées. Les PSSP 103 et 111 ont dit à l'inspectrice 547 qu'à 14 h, ils s'assoient à un bureau au bout du couloir pour remplir leurs dossiers et qu'ils peuvent lever les yeux pour voir les lumières des sonnettes. Il a été noté que ces deux membres du personnel restaient assis à ce bureau au bout du couloir et confirmé auprès de l'inspectrice 547 qu'ils n'avaient pas remarqué les coupoles lumineuses de ces chambres. Lors d'un entretien, la PSSP 112, affectée au quart de soir et chargée de la distribution des boissons aux résidents de cette unité, a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle n'utilisait pas de téléavertisseur avant 15 h étant donné qu'elle arrivait à 14 h pour distribuer les collations et qu'elle n'avait pas à s'occuper des résidents ni à répondre aux sonnettes d'appel avant 15 h.

Le 14 décembre 2015 à 15 h 45, l'inspectrice 545 a activé une sonnette d'appel dans une chambre commune de l'unité ouest et la coupole lumineuse à l'extérieur de cette chambre s'est allumée. Après cinq minutes, la PSSP 132 est arrivée à la chambre et l'inspectrice 545 lui a demandé de lui montrer l'affichage sur le téléavertisseur. Celui-ci était vide et n'indiquait aucun numéro de chambre. La PSSP 132 a expliqué que les piles du téléavertisseur étaient probablement mortes.

Le 15 décembre 2015 à 14 h 5, quand l'inspectrice 545 a activé une sonnette dans une chambre commune de l'unité ouest, la coupole lumineuse à l'extérieur de cette chambre s'est allumée. Le PSSP 125 est arrivé six minutes plus tard et a informé l'inspectrice 545 qu'il venait de voir la lumière clignoter mais qu'il n'avait pas son téléavertisseur parce qu'il était brisé. Il a ajouté qu'il avait remis le téléavertisseur au coordonnateur de l'évaluation RAI en préparant son rapport le matin mais que l'appareil ne lui avait pas été rendu.

Le 16 décembre 2015, l'administrateur a informé l'inspectrice 133 que quatre nouveaux téléavertisseurs avaient été commandés à la suite de la dernière inspection du ministère de la Santé et des Soins de longue durée menée le 1<sup>er</sup> octobre 2015 pour ce même problème, qui avait obligé le foyer à établir un plan de redressement volontaire. La directrice du bureau est allée chercher les nouveaux téléavertisseurs le 3 décembre 2015 et le foyer a été informé par le fournisseur externe, le 11 décembre 2015, que les nouveaux téléavertisseurs ne pouvaient être configurés pour le système en raison de problèmes de personnel qui, pour le moment, empêchaient son entreprise de reconfigurer le système des téléavertisseurs. L'administrateur a informé l'inspectrice 133 que, dans l'intervalle, le foyer comptait déployer un plan d'urgence consistant à utiliser des émetteurs-récepteurs portatifs achetés hier. Le foyer entend commencer à distribuer les émetteurs-récepteurs portatifs demain, lorsqu'ils seront complètement rechargés, en attendant que le système de téléavertisseurs soit configuré. La directrice des soins au poste infirmier a laissé une note à l'intention de tous les membres du personnel avec des directives sur l'utilisation du système d'émetteurs-récepteurs portatifs.

Le 18 décembre 2015 à 10 h 18, l'inspectrice 148 a observé l'activation du système de communication dans la chambre d'un résident de l'aile sud. À 10 h 35, le système de communication était toujours activé parce que le personnel n'y avait pas encore répondu. À ce moment-là, l'inspectrice 148 a abordé le résident 050, qui avait activé la sonnette d'appel, et le résident a indiqué qu'il devait aller aux toilettes et se retenait du mieux qu'il pouvait. L'inspectrice 148 a abordé le PSSP 125, qui se trouvait à proximité de la chambre de ce résident, en train de fournir des soins et une aide dans la salle de bain pendant que l'inspectrice faisait ses observations. L'inspectrice a informé le PSSP 125 que le système de communication avait été activé et que le résident 050 avait exprimé le besoin d'utiliser les toilettes. Le PSSP 125 a indiqué que l'appel fait depuis la chambre de ce résident ne s'affichait pas sur son téléavertisseur et a démontré cela en expliquant que les piles étaient faibles et avaient besoin d'être rechargées.

L'administrateur et le coordonnateur de l'évaluation RAI ont confirmé avec l'inspectrice 592 qu'il était obligatoire d'avoir un téléavertisseur fonctionnel à la disposition de chaque PSSP de l'étage et que trois téléavertisseurs sur huit n'étaient pas à la disposition du personnel infirmier au moment de l'inspection. Ces téléavertisseurs sont reliés au système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, qui alerte directement le personnel infirmier lorsqu'un résident appelle pour obtenir de l'aide. Ce problème est généralisé au foyer et empêche de répondre aux besoins des résidents, qui ne peuvent pas communiquer avec le personnel infirmier chargé de leur fournir des soins. (592)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 29 avril 2016**

N° de l'ordre : 002 Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

**Aux termes du/de la :**

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan de conformité afin d'assurer qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Ce plan doit inclure toutes les stratégies de recrutement et de maintien en poste, ainsi que le plan de dotation en personnel qui permettra au foyer d'assurer la capacité de suppléance nécessaire pour gérer l'absentéisme au sein du personnel infirmier autorisé.

Ce plan doit être présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée par écrit au plus tard le 1<sup>er</sup> février 2016.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps.

L'horaire de travail des IA du Manoir Marochel pour la période de septembre au 31 décembre 2015 a été examiné et indiquait ce qui suit :

Durant trois jours d'octobre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de jour.

Un autre jour d'octobre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de soir.

Un jour de novembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de soir.

Un autre jour de novembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de nuit.

Un autre jour de novembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de jour.

Durant trois jours de décembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant les quarts de jour.

Un autre jour de décembre 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de soir.

Le Manoir Marochel est un foyer de soins de longue durée qui abrite 64 lits.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 45 (2), une « situation d'urgence » situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Chacun des onze quarts lors desquels il n'y avait pas d'IA au foyer a été examiné avec la directrice du bureau, qui est chargée des horaires, et en aucun des cas cela n'était attribuable à une situation d'urgence. La directrice du bureau a indiqué qu'elle essayait de remplacer l'IA prévue pour un quart de travail par une IA mais que lorsque ce n'est pas possible, le quart de l'IA est assuré par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA). (551)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 29 avril 2016**

**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<sup>e</sup> 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 registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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](http://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](http://www.hsarb.on.ca).

**Date de délivrance :** 25 janvier 2016

**Signature de l'inspecteur :**

**Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :**

**Bureau régional de services :**

Original signé par

LISA KLUKE

Ottawa