



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

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

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

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

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

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

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

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

Public Copy/Copie du public

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre	Type of Inspection / Genre d'inspection
15 juillet 2016	2016_284545_0016	O-002785-15/ O-002482-15	Plainte

Licensee/Titulaire de permis

CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n°4) LP
766, chemin Hespeler, bureau 301 a/s Southbridge Care Homes Inc. CAMBRIDGE ON N3H 5L8

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

PINECREST NURSING HOME (2797)
101, RUE PARENT, C. P. 250, PLANTAGENET ON K0B 1L0

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

ANGELE ALBERT-RITCHIE (545)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection



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

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

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

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

Cette inspection a été effectuée dans le cadre d'une plainte.

Elle a eu lieu aux dates suivantes : 15, 16, 17 et 20 juin 2016.

Cette inspection a été effectuée dans le cadre de deux plaintes :

N° de registre : O-002482-15, concerne l'administration de médicaments, les chutes et la fourniture de soins

N° de registre : O-002785-15, concerne la fourniture de soins, l'accès à un espace extérieur protégé, et une dotation en personnel suffisante.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice/directrice des soins, infirmière clinicienne, superviseure des services alimentaires, diététiste professionnelle, coordonnatrice du RAI, chef de bureau, directeur des activités, auxiliaires aux activités, secrétaire-réceptionniste, infirmières et infirmiers autorisés (IA), infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), préposées/préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, personnes résidentes, et membres des familles des personnes résidentes.

L'inspectrice a également fait une visite des aires de soins aux personnes résidentes, a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes, les politiques et procédures pertinentes du foyer, les routines et les horaires de travail du personnel, la formation en orientation du personnel; elle a observé les chambres et les locaux communs des personnes résidentes, y compris l'arrière-cour extérieure protégée; elle a examiné le plan de dotation du foyer, et observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, y compris les interactions entre les personnes résidentes et le personnel.

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

Soins de continence et soins intestinaux

Dignité, choix et vie privée

Prévention des chutes

Nutrition et hydratation

Services de soutien personnel

Comportements réactifs

Foyer sûr et sécuritaire

Dotation en personnel suffisante



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

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

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

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

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

3 AE

2 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA



NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

Legend

WN – Written Notification
VPC – Voluntary Plan of Correction DR –
Director Referral
CO – Compliance Order WAO –
Work and Activity Order

Légende

AE – Avis écrit
PRV – Plan de redressement volontaire RD –
Aiguillage au directeur
OC – Ordre de conformité
OTA – Ordres : travaux et activités

Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).

The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.

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

Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, Programme de soins.



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

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident. 2007, chap. 8, par. 6 (5).

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir, aux mandataires spéciales de la personne résidente n° 015, la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

La personne résidente n° 015 a été admise au foyer à une date spécifiée de juillet 2014; elle avait plusieurs états pathologiques, et avait des médicaments pour la gestion du comportement relativement à de l'agitation et à de la résistance aux soins.

L'inspectrice a examiné une lettre de plainte datée d'une date spécifiée de juillet 2015, écrite par les mandataires spéciales/mandataires spéciaux (MS) de la personne résidente n° 015, adressée au foyer avec copie envoyée au directeur en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Dans la lettre, les MS faisaient part de leurs inquiétudes concernant l'administration de médicaments antipsychotiques aux fins de gestion du comportement, et indiquaient qu'ils/elles trouvaient la personne résidente somnolente et léthargique.

Selon les évaluations trimestrielles du RAI-MDS effectuées d'octobre 2014 à mai 2015, on indiquait que la personne résidente était sujette à l'errance entre quatre à six jours par semaine et quotidiennement, et qu'elle opposait de la résistance aux soins d'un à trois jours par semaine. Le programme de soins mentionnait qu'en raison de la maladie d'Alzheimer, la personne résidente n° 015 dormirait huit heures par nuit avec des médicaments selon ce qui était prescrit, et qu'elle ne devait pas avoir de sédation le matin, que l'on devait lui administrer un antidépresseur comme on l'avait prescrit, et en surveiller les éventuels effets secondaires et l'efficacité, et que si la personne résidente refusait les soins, le personnel devait partir et revenir plus tard pour prodiguer les soins.

Dans une note d'évolution datée d'une date spécifiée de mai 2015, on indiquait que les membres de la famille de la personne résidente avaient fait part d'inquiétudes concernant la médication de celle-ci, en indiquant avoir trouvé la personne résidente léthargique et qu'elle n'était pas dans son état normal. La note d'évolution ne contenait aucune information pour indiquer le plan d'action de l'infirmière.



Au cours d'une entrevue avec l'IAA n° 108, celle-ci a indiqué qu'elle se souvenait de la conversation avec les membres de la famille de la personne résidente à une date spécifiée de mai 2015. L'IAA a indiqué qu'elle pensait avoir rédigé une note dans le formulaire de communication avec le médecin pour demander une révision de la médication, et avoir également avisé la coordonnatrice du RAI et/ou l'infirmière clinicienne, toutefois, l'inspectrice n'a trouvé aucun document écrit corroborant le fait qu'elle les avait avisées. L'IAA a de plus indiqué que le médecin de la personne résidente lui rendait visite tous les deux mardis, et qu'en fonction du degré d'inquiétude ou d'urgence, le personnel infirmier avait l'option d'aviser immédiatement le médecin, mais dans ce cas, elle n'avait pas pensé qu'il était nécessaire d'alerter le médecin avant sa prochaine visite qui était neuf jours plus tard.

L'administratrice et directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que le foyer s'attendait à ce que le personnel autorisé donnât la possibilité à la famille d'une personne résidente de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins, et dans ce cas, le personnel infirmier autorisé aurait dû aviser le médecin immédiatement quand les membres de la famille de la personne résidente avaient manifesté des inquiétudes concernant les médicaments [n° de registre : O-002482-15] [par. 6 (5)]

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

La personne résidente n° 015 a été admise au foyer à une date spécifiée de juillet 2014; elle avait plusieurs états pathologiques.

Lors d'un examen du dossier médical de la personne résidente n° 015, on a remarqué que la feuille rose des directives préalables d'Extendicare se trouvait en première page du dossier papier. La signature de la/du MS figurait sous deux dates : la date de l'admission, puis 13 mois plus tard, pour indiquer l'option des directives préalables de la personne résidente comme étant : « troisième niveau – transfert dans un hôpital de soins actifs. Selon ses symptômes, on transférera le ou la résident(e) à un hôpital de soins actifs aux fins de traitement. On évaluera la condition de la personne au service d'urgence de l'hôpital. À ce moment, on décidera d'admettre le résident à l'hôpital, ou de le retourner à l'établissement Extendicare. On n'effectue pas de réanimation cardiorespiratoire ou d'admission dans un service de soins intensifs d'un hôpital général ».

Lors d'un examen du Registre électronique d'administration des médicaments (eMAR), la documentation concernant les directives préalables était mentionnée comme suit par le médecin de la personne résidente : Troisième niveau – traitement actif avec transfert à un hôpital – ne pas réanimer (NPR).

On a remarqué qu'un autocollant orange sur le dossier papier de la personne résidente indiquait : NPR (ne pas réanimer).

L'examen d'une note d'évolution datée d'une date spécifiée de janvier 2016, révélait que l'on avait trouvé la personne résidente dans la salle d'activités sans signes vitaux. La note indiquait également que l'IA n° 117 avait déplacé la personne résidente dans le couloir et commencé la réanimation cardiopulmonaire de la personne résidente n° 015; la respiration avait repris immédiatement. La note indiquait également qu'après examen du dossier de la personne résidente, on avait remarqué que les directives préalables de la personne résidente étaient de troisième niveau. On l'avait envoyée à l'hôpital en ambulance, et la famille et le médecin avaient été avisés.

Dans un sommaire de congé de l'hôpital daté d'une date spécifiée de janvier 2016, on indiquait que la personne résidente n° 015 avait été admise. La personne résidente a été renvoyée au foyer avec une augmentation de sa posologie de médicament.

Au cours d'une entrevue de l'IA n° 117, il a indiqué qu'il avait réagi par réflexe quand on l'avait informé que la personne résidente n'avait pas de signes vitaux et qu'il avait commencé la réanimation cardiopulmonaire. Il a indiqué qu'il aurait dû vérifier le dossier de la personne résidente avant de commencer la réanimation, car le formulaire de directives préalables se trouvait au début du dossier, ainsi qu'un autocollant orange qui se trouvait sur le dossier papier, dans le eMAR. Il a de plus indiqué qu'un autocollant bleu portant la mention NPR (ne pas réanimer) figure également près de la porte de la chambre de la personne résidente à côté de son nom. [n° de registre : O-002482-15] [par. 6 (7)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément au paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les mandataires spéciales de la personne résidente n° 015 aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins, et il est tenu de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins, comme les directives préalables, soient fournis à tous les résidents, tel que le précise le programme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8 du Règlement de l'Ontario 79/10. Respect des politiques et dossiers.

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

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

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système institué ou autrement institué a été mis en place conformément à toutes les exigences applicables en vertu de la Loi, et que l'on s'y est conformé.

Conformément à l'alinéa 11 (1)b) de la Loi, tout titulaire de permis de foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que soit mis en place à l'intention du foyer un programme structuré d'hydratation visant à satisfaire aux besoins en hydratation des résidents, et conformément à l'alinéa 68 (2)d) du Règlement de l'Ontario 79/10, tout titulaire de permis de foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que les programmes comportent un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques afférents à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés.

La politique du foyer en matière de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides n° de référence RESI-05-02-05, entrée en vigueur en septembre 2014, a été examinée par l'inspectrice. À la section « Procédures » on indiquait ce qui suit : « les changements dans l'ingestion des aliments et des liquides peuvent servir d'indicateur clé de la santé de la personne résidente, et si des changements se produisent, ils peuvent nécessiter une autre évaluation ». On indiquait également ce qui suit :

Le personnel soignant :

- 3) signale, au personnel autorisé, tout sujet d'inquiétude concernant l'ingestion d'aliments ou de liquides par la personne résidente, y compris son refus d'aliments, de liquides et de suppléments.

Le personnel autorisé :

- 1) Examine quotidiennement les fiches d'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes.
- 2) Si une personne résidente consomme moins que ses niveaux cibles minimums de liquides pendant trois jours consécutifs, elle doit faire l'objet d'une évaluation de son hydratation. L'évaluation de l'hydratation doit être documentée.
- 3) Si l'évaluation de l'hydratation dénote la présence d'indices et de symptômes de déshydratation, mettre immédiatement en œuvre des stratégies pour accroître l'ingestion de liquides en fonction des besoins et des préférences de la personne résidente en question.
- 4) Collaborer avec la personne responsable de l'alimentation pour mettre en œuvre des stratégies, le cas échéant.

Le personnel autorisé et la diététiste professionnelle :

- 1) Examinent conjointement les personnes résidentes dont les schémas normaux d'ingestion d'aliments ou de liquides subissent des changements, et discutent des interventions à faire avec

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

les personnes résidentes, le mandataire spécial ou la famille, et avec le personnel soignant.

- 2) Surveillent en permanence les personnes résidentes dont l'ingestion de liquides est constamment faible pour détecter des indices et des symptômes de déshydratation.
- 3) Tiennent à jour une liste des personnes résidentes qui consomment constamment 50 % ou moins de leur quantité de liquide définie par la diététiste professionnelle ou par le personnel autorisé. En l'absence d'une diététiste, on consulte le médecin.

La personne résidente n° 001 a été admise au foyer à une date spécifiée de mars 2015 avec plusieurs états pathologiques. D'après l'évaluation faite au moment de l'admission par la diététiste professionnelle à l'aide de l'outil de dépistage des risques nutritionnels, la personne résidente était à haut risque. Trois mois plus tard, lorsqu'elle a été réévaluée par la diététiste professionnelle, elle consommait 1 300 ml par jour de liquides de façon régulière, et son niveau de risque avait diminué et était modéré. L'objectif quotidien d'ingestion de liquides de la personne résidente n° 001 documenté était de 1 600 à 2 200 ml. Une évaluation de chaleur effectuée en avril 2015 indiquait que la personne résidente n° 001 était à haut risque.

Le programme de soins écrit qui était en vigueur en août et septembre 2015 indiquait que la personne résidente n° 001 nécessitait une surveillance, des signaux et de l'encouragement pour manger et boire en raison de sa démence, qu'il fallait lui fournir des liquides aussi souvent qu'elle le demandait et s'assurer d'offrir deux tasses de liquides à chaque repas et une tasse au moment des collations.

Un examen des notes d'évolution révélait ce qui suit :

- À une date spécifiée d'août 2015, on mentionnait que la personne résidente n° 001 avait été emmenée au service d'urgence, en raison d'un changement de son état pathologique.
- Trois jours plus tard, on avait remarqué que la tension artérielle de la personne résidente était faible, et on l'avait encouragée à boire davantage de liquides.
- Dix jours plus tard, la superviseuse des services d'alimentation mentionnait que la personne résidente n° 001 mangeait 41 % de ses repas, car venir à la salle à manger l'angoissait beaucoup à cause de tout le bruit et des personnes autour d'elle, qu'elle buvait 750 ml de liquide par jour, ce qui était inférieur aux besoins. Nous n'avons trouvé aucune recommandation écrite.
- Trois jours plus tard, la personne résidente a été hospitalisée à la suite d'un autre changement de son état pathologique, et elle est retournée au foyer onze jours plus tard, et l'on avait diagnostiqué que la personne résidente avait une maladie du sang spécifiée.

Lors d'un examen des données concernant l'ingestion quotidienne d'aliments et de liquides de la personne résidente pour le mois d'août 2015, on mentionnait l'ingestion des liquides était faible, de l'ordre de 360 à 810 ml par 24 heures sur une période de 14 jours en août 2015.

Au cours d'une entrevue avec la superviseuse des services d'alimentation, elle a indiqué qu'il incombait au commis de salle commune ou à elle-même de surveiller la fiche d'ingestion quotidienne d'aliments et de liquides de chaque personne résidente, et de mettre en évidence le total des liquides de toute personne résidente qui consomme moins que ses niveaux cibles minimums de liquides pendant trois jours consécutifs. Elle indiquait de plus que ce processus visait à signaler cette situation au moyen d'un code à la coordonnatrice du RAI qui vérifiait alors l'ingestion quotidienne d'aliments et de liquides, et qui effectuait une évaluation de l'hydratation pour vérifier la présence d'indices et de symptômes de déshydratation.

La coordonnatrice du RAI a indiqué à l'inspectrice qu'il lui incombait de surveiller quotidiennement l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes et d'effectuer une évaluation de l'hydratation le plus rapidement possible quand une personne résidente avait consommé moins que ses niveaux cibles minimums de liquides pendant trois jours consécutifs. Elle avait examiné l'ingestion d'aliments et de liquides de la personne résidente n° 001, et a indiqué qu'une évaluation de l'hydratation avait été effectuée le 31 août 2015, toutefois, en se fondant sur les mentions de faible ingestion de liquides pendant trois à quatre jours à deux reprises en août 2015, on aurait dû effectuer une évaluation de l'hydratation plus tôt pour détecter les indices et les symptômes de déshydratation et mettre en œuvre des stratégies. [n° de registre : O-002785-15] [alinéa 8 (1)a), alinéa 8 (1)b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément au paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à établir ou par ailleurs mettre en place un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8 de 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, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

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).

Findings/Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui était 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 exception admissible à cette exigence.

Un membre de la famille a indiqué que l'on n'avait pas fourni à la personne résidente n° 001 une assistance adéquate pour manger et boire en août et septembre 2015.

Un examen des plannings du personnel en août et septembre 2015 montrait qu'il y avait un document attestant que le foyer n'avait pas d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé de service pendant les cinq postes de travail suivants :

- 9 août – poste de nuit
- 21 août – poste de nuit



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

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

- 22 août – poste du soir
- 7 septembre – poste de jour
- 7 septembre – poste de nuit

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

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

Le chef de bureau a indiqué que l'on avait fait appel à une IAA pour remplacer le personnel autorisé lors de ces postes précis lorsqu'une ou un IA avait téléphoné pour annuler son poste.

L'administratrice et directrice des soins a indiqué que, jusqu'à décembre 2015, le remplacement des infirmières autorisées ou des infirmiers autorisés avait été plus difficile, et qu'elle était consciente qu'il y avait plusieurs postes de travail au cours desquels on avait remplacé l'IA par une ou un IAA. Elle indiquait de plus que lors des postes de nuit des 9 et 21 août et du 7 septembre 2015, elle était venue pendant quelques heures pour fournir du soutien en soins infirmiers à l'IAA qui assurait le remplacement, toutefois elle a été incapable de produire un document attestant le nombre d'heures travaillées pour ces postes de travail.

À l'heure actuelle, le foyer n'a pas de problème de remplacement des IA, comme l'atteste un examen du planning du personnel que l'inspectrice a effectué pour la période du 29 avril au 23 juin 2016. [n° de registre O-002785-15] [par. 8 (3)]

Émis le 19 juillet 2016

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.