



**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^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
21 janvier 2016	2015_289550_0027	O-002874-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

BRUYERE CONTINUING CARE INC.
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

RÉSIDENCE SAINT-LOUIS
879, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA ON K1C 2Z6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

JOANNE HENRIE (550), ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547),
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 le 30 novembre ainsi que les 1^{er}, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 et 11 décembre 2015.

L'inspection portait également sur une plainte au registre n° 003521-15 et sur trois incidents graves aux registres du BSRO n^{os} O-001404-15, O-002062-15 et O-002417-15.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec le directeur général, l'administratrice/chef des services cliniques, le directeur des soins, l'infirmière praticienne, le coordonnateur RAI/MDS, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), trois préposés au service d'alimentation, un préposé à l'entretien ménager, une personne de compagnie, un commis d'unité, la présidente du conseil des résidents, le président du conseil des familles, un bénévole, ainsi que des résidents.



**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***

De plus, les inspectrices ont examiné le dossier de santé de certains résidents, les politiques concernant la prévention des chutes, le recours minimal à la contention, ainsi que les plaintes et les préoccupations de patients et de membres de la famille, le programme du foyer pour la prévention des chutes, les procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles. Les inspectrices ont observé les soins et les services fournis, l'interaction entre le personnel et les résidents, ainsi que le service des repas.

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

comportements réactifs;
conseil des familles;
conseil des résidents;
dignité, liberté de choisir et vie privée;
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
gestion de la douleur;
hospitalisation et évolution de l'état;
médicaments;
nutrition et hydratation;
observation du service de collation;
observation du service de restauration;
prévention des chutes;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
prévention et contrôle des infections;
qualité des aliments;
rapports et plaintes;
recours minimal à la contention;
services d'hébergement – buanderie;
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.

25 AE
7 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 3 (Déclaration des droits des résidents).

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

3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

9. Le résident a droit au respect de sa participation à la prise de décision.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident ait droit au respect de sa participation à la prise de décision.

Le résident 037 a été admis au foyer un jour d'août 2015 et présentait alors plusieurs affections. Selon sa dernière évaluation, le résident était autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne et mentalement autonome pour la prise des décisions quotidiennes.

Lors d'un entretien, le résident 037 a indiqué à l'inspectrice 545 que le personnel de nuit entraînait dans sa chambre la nuit avec une lampe de poche et le réveillait deux ou trois fois pour surveiller un traitement. Le résident a indiqué qu'il était capable de surveiller son traitement lui-même. Le résident a indiqué qu'il gardait sa porte fermée et ne voulait pas être réveillé car il avait de la difficulté à se rendormir par la suite. Le résident a ajouté qu'il demanderait de l'aide en utilisant la sonnette d'appel à son chevet s'il avait besoin de quelque chose ou si son traitement nécessitait l'attention de quelqu'un.

L'inspectrice 545 a examiné le dossier de santé du résident. Dans une note consignée un jour après l'admission, il était indiqué que le résident 037 avait demandé à s'administrer ses médicaments de façon autonome. La note indiquait que le médecin avait accepté s'administrer lui-même ses médicaments afin de préserver son autonomie.

D'autres notes indiquent que le résident souhaite ne pas être dérangé la nuit, par exemple :

- 6 septembre 2015 : une note indiquait que depuis le 1^{er} septembre 2015, le résident demandait au personnel de cesser d'entrer dans sa chambre après 21 h et disait qu'il activerait la sonnette d'appel s'il avait besoin d'aide.

- 9 septembre 2015 : lors d'une réunion du médecin, de l'infirmière et du résident, il a été indiqué que le résident ne voulait pas être réveillé la nuit, qu'il prenait un médicament pour l'aider à dormir et que les interventions post-traitement pouvaient très bien attendre à plus tard dans la matinée, vers 10

- 16 septembre 2015 : une note du médecin indique que le résident comprend le risque associé à l'absence de surveillance et continue à refuser d'être réveillé pour les interventions post-traitement le matin.

- 10 octobre 2015 : le personnel de nuit a indiqué que le résident bloquait sa porte de chambre à coucher pour empêcher le personnel d'entrer et disait « Tout va bien » quand l'infirmière frappait à la porte pour jeter un coup d'œil sur le résident.

- 28 octobre 2015 : le personnel de nuit a indiqué que les deux portes communiquant avec la chambre à coucher du résident 037 étaient fermées et barricadées, ce qui empêchait le personnel d'y entrer.

Lors d'entretiens, les IAA 141 et 107 ont indiqué que le résident était autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris l'administration de tous ses médicaments qu'il gardait verrouillés dans sa chambre. Les IAA ont dit savoir que le résident 037 ne voulait pas être réveillé la nuit, qu'il était capable de s'administrer le traitement lui-même la nuit et de pratiquer les interventions post-traitement. L'IAA 141 a indiqué que le résident documentait les interventions post-traitement sur une feuille vierge et que l'IAA 141 transcrivait ensuite les données sur le formulaire de traitement spécial laissé au chevet du résident. Les deux IAA ont indiqué que le personnel de nuit avait été avisé de ne pas entrer dans la chambre du résident mais que les membres du personnel insistaient pour jeter un coup d'œil sur le résident durant les rondes de nuit.

L'IA 104 a dit savoir que le résident 037 ne voulait pas que le personnel entre dans sa chambre la nuit. Elle a indiqué que le personnel de nuit devait jeter un coup d'œil sur tous les résidents durant les rondes de nuit sauf ceux qui sont capables et qui ont signé une renonciation. Elle a également indiqué qu'à son avis le résident 037 n'avait pas signé de renonciation et que, selon elle, un résident recevant des traitements de nuit nécessitait une surveillance.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué qu'elle n'avait pas été informée de la demande du résident 037, soit de ne pas être réveillé la nuit pour surveiller son traitement nocturne. Elle a indiqué que le droit de ce résident à participer à la prise de décisions concernant les habitudes de sommeil et de repos la nuit n'avait pas été entièrement respecté et promu par le personnel de nuit de l'unité.

L'administratrice/chef des services cliniques a indiqué qu'un résident qui se barricade dans sa chambre pour

empêcher le personnel d'entrer la nuit pose un risque en cas d'incendie et peut engendrer des comportements colériques chez ce résident.

Elle a indiqué qu'elle rencontrerait le résident et le personnel pour faire respecter ce droit, qu'elle remettrait au résident un écriteau à afficher sur la porte de sa chambre à coucher pour rappeler au personnel de ne pas le déranger la nuit. [alinéa 3 (1) 9]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect des droits du résident 037 en veillant à ce que, comme demandé, celui-ci ne soit plus dérangé la nuit. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

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

a) les soins prévus pour le résident;

b) les objectifs que visent les soins;

c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident, les objectifs que visent les soins et des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le résident 031 présente des affections multiples, notamment la paralysie d'un membre, une démence et de l'obésité. Selon la dernière évaluation, le résident : a) a besoin de soins complets pour toutes les activités de la vie quotidienne; b) y compris l'hygiène personnelle et l'élimination; c) a obtenu un score de 3 sur 3 à l'échelle de la douleur, ceci indiquant qu'il souffrait d'une douleur sévère quotidienne.

a) L'examen du programme de soins du résident a révélé que celui-ci avait une partie ou la totalité de ses dents naturelles et n'avait pas de prothèses dentaires. Il a également révélé que le résident était capable de se brosser les dents et de suivre des indices.

L'inspectrice 545 a vu le résident 031 porter des prothèses dentaires complètes en haut et en bas le 30 novembre, puis les 4, 7, 9 et 10 décembre 2015.

Le 9 décembre 2015, l'inspectrice 545 a entendu le PSSP 102 demander au PSSP 137, dans la matinée, si le résident 031 portait des prothèses dentaires.

Le 10 décembre 2015, la PSSP 134 a indiqué à l'inspectrice qu'elle n'avait pas travaillé dans cette unité depuis quatre mois et qu'elle avait été assignée au résident 031 le 10 décembre. Elle a indiqué que le résident portait deux prothèses dentaires et avait besoin que le personnel les nettoie et les lui insère, étant incapable de le faire lui-même. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas eu le temps de lire le programme de soins et qu'elle avait demandé des instructions à d'autres membres du personnel.

b) L'examen du programme de soins du résident a révélé que le résident était incontinent, utilisait des culottes pour incontinence, qu'il avait besoin qu'on lui change sa culotte toutes les deux heures et au besoin et que le personnel était encouragé à placer le résident sur une chaise percée lorsque possible. L'examen du programme de soins a également révélé qu'un appareil de levage était utilisé pour tous les transferts.

Les PSSP 113, 134 et 137 ont été interrogés. Tous ont indiqué que le résident souffrait d'incontinence urinaire et intestinale, qu'il fallait deux membres du personnel pour lui changer son produit pour incontinence et que le résident était très sensible à tout toucher de la part du personnel. Ils ont indiqué que le résident n'était pas transféré sur une chaise percée pour l'élimination.

La PSSP 108 a indiqué à l'inspectrice qu'elle emmenait le résident sur la chaise percée pour l'élimination des selles, mais seulement lorsque le résident était alerte et de bonne humeur et généralement s'il se plaignait qu'il avait de la douleur. Elle a indiqué que le résident était très craintif et demandait que le PSSP reste à ses côtés. La PSSP 108 ne se souvenait pas de la dernière fois qu'elle avait emmené le résident sur la chaise percée pour l'élimination, mais elle a indiqué que cela faisait longtemps.

L'IA 135 a indiqué que le résident avait peut-être été emmené sur la chaise percée au moment de son admission mais qu'on avait cessé de le faire car cette méthode était risquée en raison de son état de santé.

c) Le programme de soins indiquait d'administrer le médicament conformément à l'ordonnance et d'évaluer son efficacité, puis de surveiller et signaler les signes de douleur.

Le résident 031 a indiqué à l'inspectrice, les 4, 9 et 10 décembre 2015, qu'il ressentait de la douleur dans différentes régions du corps.

L'examen du dossier d'administration des médicaments du résident a révélé que l'analgésique était administré deux fois par jour et qu'un autre analgésique à prendre au besoin avait été administré une fois au cours d'un intervalle particulier de décembre 2015 et avait eu une action bienfaisante.

Dans une note du gériatre un jour d'août 2015, il était documenté qu'en raison d'une déficience cognitive, il était difficile au résident 031 de contrôler ses émotions et de s'exprimer. La note indiquait également que le résident



démontrait certainement sa crainte de la douleur au souvenir de celle ressentie auparavant lorsqu'on le déplaçait durant les soins et le résident exprimait cette crainte par sa détresse et verbalement.

Lors d'un entretien, la PSSP 108 a indiqué que le résident 031 avait une douleur généralisée considérable et elle pensait que cette douleur n'était pas gérée adéquatement. Elle a indiqué que le résident était craintif et que souvent, durant les soins, il criait lorsqu'on le bougeait.

Les PSSP 137 et 102 ont indiqué que le résident criait même avant qu'ils le touchent. Par exemple, lorsqu'ils disaient au résident qu'ils retireraient sa couverture pour le changer, il commençait à crier qu'ils lui faisaient mal alors qu'ils ne l'avaient pas encore touché. Les deux PSSP ont indiqué qu'à leur avis, le résident avait une douleur généralisée par tout son corps et qu'ils craignaient toujours de lui faire mal, même lorsqu'ils prenaient de multiples précautions.

L'IAA 121 a indiqué que pour gérer la douleur du résident 031, on lui administrait un analgésique régulièrement, deux fois par jour. Elle a dit avoir remarqué que, lorsque le résident était fatigué, sa douleur semblait augmenter et qu'il demandait rarement à retourner au lit se reposer mais que, si on le lui proposait, il acceptait et ce repos était habituellement réparateur.

L'IA 135 a indiqué à l'inspectrice que la douleur du résident était en partie physique mais également psychologique et que le résident était sous médication adéquate. Elle a indiqué que, durant les soins, le personnel devait être patient avec le résident et lui parler tout en lui expliquant les prochaines étapes.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué que le programme de soins du résident n'était pas personnalisé parce qu'il n'incluait pas les objectifs que visaient les soins dentaires, les soins vésicaux et la gestion de la douleur et parce qu'il n'y avait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes fournissant des soins directs au résident. [par. 6 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident 004 établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes fournissant des soins directs au résident en ce qui concerne ses habitudes de sommeil et ses préférences en la matière, ses soins buccaux et sa capacité à communiquer.

Le résident 004 a été admis au foyer en 2015 avec un diagnostic neurologique particulier. Le résident 004 est alerte et orienté dans le temps et l'espace. Il ne présente aucune altération de la parole et, avec du temps et de la patience, parvient à exprimer clairement ses besoins.

Lors d'un entretien le 1^{er} décembre 2015, le résident 004 a indiqué qu'il souhaitait aller au lit à une certaine heure le soir. De plus, il a indiqué qu'il ne voulait pas être réveillé par le personnel de nuit ni être installé dans son fauteuil roulant tôt le matin et qu'il préférerait attendre, pour cela, que le personnel de jour commence son quart de travail. Le résident 004 a indiqué que c'était le personnel de nuit, qui ne le connaissait pas, qui le mettait au lit tôt le soir ou l'installait dans son fauteuil roulant avant la fin du quart de nuit. Le résident 004 a indiqué qu'il pouvait être compris du personnel si celui-ci était patient et prenait le temps.

Le résident 004 a indiqué qu'il avait ses dents naturelles et qu'avec une aide adéquate, il pouvait s'occuper lui-même de ses soins buccaux. Lors d'un entretien le 7 décembre 2015, le PSSP 126 et l'IAA 127 ont dit ne pas savoir si le résident 004 avait ses dents naturelles ou portait des prothèses dentaires. Ils ont tous deux indiqué que le résident 004 pouvait exprimer ses besoins et qu'ils le comprenaient s'ils prenaient le temps.

Le dossier de santé du résident 004 a été examiné. Le programme de soins ne contenait aucune documentation écrite établissant, à l'intention du personnel, des directives claires sur les habitudes de sommeil du résident 004 et ses préférences en la matière, ses soins buccaux et sa capacité à communiquer. [alinéa 6 (1) c)]

3. Au moment de son admission au foyer, le résident 015 présentait deux affections particulières. Malgré une paralysie d'un côté du corps, ce résident est alerte et orienté.

Lors d'un entretien le 1^{er} décembre 2015, le résident 015 a indiqué que sa prothèse dentaire supérieure était trop grande et tombait toujours. Il y a eu une discussion à ce sujet le 7 décembre 2015 après le déjeuner. Le résident 015 a dit avoir besoin d'aide pour se laver les dents. À ce moment-là, l'inspectrice 126 a noté que la prothèse supérieure avant du résident n'était pas propre et contenait des débris d'aliments.

Lors d'un entretien le 7 décembre 2015, le PSSP 126 et l'IAA 127 ont indiqué qu'ils ne savaient pas si le résident 015 avait ses dents naturelles ou s'il portait des prothèses dentaires. Le PSSP 126 a indiqué qu'il avait aidé le résident 015 pour les soins du matin en installant le résident devant le lavabo dans la salle de bain. Il a indiqué que le résident pouvait s'occuper lui-même de ses soins buccaux.

Le dossier de santé du résident 015 a été examiné et il a été documenté dans le programme de soins de « maintenir quotidiennement l'hygiène buccale du client; il manque une partie ou la totalité des dents naturelles; n'a pas ou ne porte pas de prothèses dentaires complètes ou partielles; nettoyage quotidien des dents ou des prothèses ou soins buccaux quotidiens par le client ou le personnel ». Les objectifs et les interventions documentés dans le programme de soins n'établissent pas de directives claires à l'intention du personnel au sujet des soins buccaux du résident 015. [alinéa 6 (1) c)]

4. Le résident 011 était considéré à haut risque pour les chutes et en a fait cinq entre octobre 2015 et novembre 2015. L'IA 104 a changé le pictogramme au-dessus du lit du résident et la feuille de répartition des PSSP pour ce groupe de résidents un jour de novembre 2015, indiquant l'assistance de deux personnes côte à côte pour tous les transferts. Le 9 décembre 2015, l'IA 104 a indiqué que cette mesure était provisoire jusqu'à ce que le résident soit réévalué par le service de physiothérapie dans le cadre d'une évaluation formelle des transferts. L'IA 104 a indiqué qu'elle n'avait pas mis à jour le programme de soins ni les feuilles de cheminement des soins de base de façon à indiquer le changement concernant les transferts parce qu'il fallait pour cela attendre que le changement concernant les transferts soit ordonné par le service de physiothérapie.

L'IA 104 a dit avoir effectué ce changement pour la sécurité du résident et des PSSP; cependant, elle est capable d'évaluer les besoins du résident et a transféré celui-ci elle-même.

L'inspectrice 547 a interrogé la PSSP 132, qui a indiqué qu'on lui avait toujours dit de suivre le pictogramme et que le résident avait à présent besoin de l'aide de deux personnes pour les transferts; cependant, elle savait que d'autres PSSP transféraient le résident à une seule personne.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins réel avec l'IAA 123, qui a dit avoir mis à jour ce programme de soins et ne pas savoir qu'il y avait eu un changement dans les transferts car il sait que certains membres du personnel transfèrent le résident 011 à une seule personne et d'autres le font à deux. L'IAA 123 a indiqué qu'il avait fait ces changements en se fondant sur l'ancien programme de soins et sur des entretiens avec divers PSSP. L'IAA a indiqué qu'il avait peut-être demandé l'avis de quelqu'un qui transfère le résident 011 sans l'aide d'une autre personne. Le programme de soins du résident indiquait l'intervention d'une seule personne pour l'élimination et les transferts et celle de deux personnes pour la mobilité au lit. L'IAA 123 a dit savoir que le résident était contrarié par cette modification de ses besoins en matière de transferts et qu'à cet égard, le programme de soins du résident n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel. [alinéa 6 (1) c)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident 002 soit fondé sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le résident 002 a fait une chute un jour d'été 2015 et subi une fracture dans une région du corps. L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins du résident et remarqué qu'il n'y avait pas d'indication du risque de chute pour ce résident. L'inspectrice 545 a observé le dossier de santé du résident. Une évaluation du risque de chute effectuée le 11 octobre 2010 indiquait que le résident avait été classé au niveau 3, ce qui correspond à un risque de chute réel. L'IA 101 a admis, en s'adressant à l'inspectrice, que c'était elle qui aurait dû évaluer le risque de chute pour le résident après sa chute à l'été 2015 et qu'elle aurait dû mettre à jour son programme de soins de façon à refléter ce risque, mais elle était toujours en vacances au moment de l'incident et c'est pourquoi elle n'a pas fait cette évaluation. [par. 6 (2)]

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins du résident 020 lui soient fournis tel que le précise le programme concernant l'hygiène personnelle.

Du 1^{er} au 4 décembre 2015, l'inspectrice 547 a noté que le résident 020 avait une pilosité faciale et se tirait les poils du visage. Durant ces observations, le résident a dit que cela le dérangeait et qu'il avait perdu son rasoir.

Lors d'un entretien le 4 décembre 2015, le PSSP 123 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il avait remarqué que le résident avait une pilosité faciale qu'il avait besoin de faire enlever. Le PSSP 124 a indiqué que le résident n'avait pas de rasoir et qu'il aurait dû recevoir ce soin durant le bain du matin ce jour-là.

Le 4 décembre 2015, l'inspectrice 547 a examiné le programme de soins actuellement en vigueur pour ce résident. Il y était indiqué que le résident nécessitait l'assistance d'un membre du personnel pour l'hygiène personnelle consistant à lui enlever sa pilosité faciale. Le résident 020 prenait un bain le mardi matin et le vendredi matin et il a été noté qu'il avait une pilosité faciale. [par. 6 (7)]

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 programme de soins du résident 031 est mis à jour de façon à établir des objectifs et à fournir des directives claires à l'intention du personnel en ce qui concerne la douleur, l'incontinence et les soins buccaux; le programme de soins des résidents 004, 011 et 015 est mis à jour de façon à fournir des directives claires au personnel en ce qui concerne les habitudes de sommeil, la communication et les soins buccaux du résident 004, les transferts du résident 011 et les soins buccaux du résident 015; le programme de soins du résident 002 est fondé sur une évaluation de ses besoins et préférences; les soins du résident 020 lui sont fournis tel que le précise le plan concernant l'hygiène personnelle. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : 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 que brosse à dents, savon, porte-savon, bassine et bassin réniforme, étiquetés dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le 30 novembre, ainsi que les 1^{er} et 2 décembre 2015, les inspectrices 126, 545, 550 et 547 ont observé ce qui suit dans toutes les unités du foyer :

- au total, 11 brosses à dents non identifiées sur les comptoirs de différentes salles de toilette communes;
- au total, 16 savons et porte-savons non identifiés sur le comptoir de différentes salles de toilette communes;
- 1 bassin de lit et 2 bassins réniformes non identifiés et gardés dans différentes salles de toilette communes;
- 1 déodorant à bille et deux gobelets à prothèses dentaires non identifiés sur le comptoir d'une salle de toilette commune.

Un entretien avec l'IAA 127 a révélé que le personnel était censé obtenir une étiquette portant le nom du résident et l'appliquer à chaque article. Plusieurs PSSP ont également indiqué que tous les articles personnels étaient censés être étiquetés au nom du résident auquel ils appartiennent. [alinéa 37 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels de chaque résident soient étiquetés, notamment ses aides personnelles, et à ce qu'ils soient nettoyés au besoin.

L'inspectrice 547 a remarqué de la matière brune séchée autour de l'intérieur du siège de toilette surélevé en plastique dans la salle de toilette commune du résident 011 les 1^{er}, 2, 4, 7 et 8 décembre 2015. L'inspectrice 547 a interrogé la préposée à l'entretien ménager 130 au sujet du siège de toilette surélevé du résident 011 et elle a indiqué qu'elle devait nettoyer ce siège de toilette tous les jours et que le siège de toilette était taché de matière brune. Elle a apporté ce siège de toilette au sous-sol pour le faire laver à l'aide d'une machine à haute pression mais la tache est restée. La préposée à l'entretien ménager 130 a indiqué qu'il y avait chaque jour de la matière brune séchée sur cette toilette et que cela avait à voir avec un autre résident qui utilise le même siège de toilette.

Le résident 011 a indiqué à l'inspectrice 547 que la toilette était toujours souillée de matière brune et que la toilette n'était jamais nettoyée correctement.

La chef des services cliniques 117 a indiqué que la préposée à l'entretien ménager 130 identifiait habituellement le matériel qui est difficile à garder propre ou qui doit être remplacé; cependant elle n'a pas été informée de la situation dans cette salle de toilette commune. La chef des services cliniques 117 a indiqué que le siège de toilette surélevé n'avait pas été gardé propre pour les résidents partageant cette salle de toilette. [alinéa 37 (1) b)]

3. Le 1^{er} décembre 2015, l'inspectrice 547 a vu que le fauteuil roulant du résident 027 avait les repose-pieds, la base en métal et la ceinture de sécurité souillés d'une grande quantité de matière beige séchée. Le 9 décembre 2015, l'inspectrice 547 a emmené la chef des services cliniques 117; celle-ci a remarqué que la matière beige séchée sur le fauteuil roulant du résident 027 était toujours là depuis le 1^{er} décembre 2015. La chef des services cliniques 117 a indiqué que le foyer avait en place un processus qui prévoit le nettoyage de tous les fauteuils roulants tous les trois mois; cependant le personnel sait qu'il doit essuyer les fauteuils à mesure qu'ils se salissent ou qu'ils sont souillés, comme ce fauteuil roulant, et il appelle le service de l'entretien pour le faire nettoyer dans un délai de 24 heures. La chef des services cliniques 117 a indiqué que l'état de ce fauteuil roulant n'était pas acceptable pour le résident 027. [alinéa 37 (1) b)]

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 tous les effets personnels, notamment les aides personnelles, sont étiquetés pour chaque résident et que le siège de toilette surélevé du résident 11 et le fauteuil roulant du résident 027 sont nettoyés au besoin. 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. 71 (Planification des menus).

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

71. (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

- a) trois repas par jour;
- b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner;
- c) une collation l'après-midi et le soir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (3).

71. (4) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient offerts à chaque résident au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi, une boisson le soir après le dîner et une collation l'après-midi et le soir.

Lors d'un entretien, le résident 017 et le résident 030 du deuxième étage (unité 2AB) ont indiqué à l'inspectrice 545 que les collations ne leur étaient pas toujours offertes l'après-midi et le soir.

La présidente du conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il avait été décidé d'annuler le service de collation de l'après-midi pour le troisième étage quelques mois auparavant parce que les résidents qui prenaient cette collation ne dinaient pas et qu'il en résultait trop de gaspillage. La présidente du conseil des résidents a également indiqué que, souvent, elle non plus ne recevait pas de collation le soir car elle gardait sa porte fermée et il était rare que le personnel entre ou frappe à sa porte en passant devant sa chambre. Le personnel sait également que, souvent, elle refuse et demande seulement de l'eau, mais elle a indiqué qu'il serait agréable de se voir offrir ce choix, car il y avait des collations qu'elle aimait, comme les craquelins et le fromage.

Le 4 décembre 2015 à 14 h 30 et à 15 h, l'inspectrice 545 a vu un chariot à collations bien garni dans la cuisine de la salle à manger de l'unité 2AB. Il y avait un bac en plastique gris rempli d'eau froide et de carafes de jus variés tels que pomme, canneberge, orange et tomate. Il y avait une carafe d'eau, un nectar de pomme et un nectar d'orange. Un régime de bananes et un sac Ziploc contenant des muffins miniatures se trouvaient également sur le chariot avec une bonne provision de verres en plastique propres et de serviettes.

À 15 h 30, l'inspectrice 545 est passée devant la salle à manger de l'unité 2AB avec l'administratrice.

Le chariot à collations était resté intouché dans la cuisine et les verres n'avaient pas été utilisés.

L'administratrice a indiqué qu'il était possible que le personnel de jour ait manqué de temps et que le service de la collation ait été assigné au personnel de soir. À 16 h 35, l'inspectrice 545 est retournée à la salle à manger de l'unité 2AB; la PSSP 119 était dans la cuisine en train de verser des jus dans un bac en plastique gris avec de la glace sur un chariot garni de jus variés : pomme, canneberge, orange, tomate et nectars de pomme et d'orange. Elle a indiqué qu'elle venait de préparer le chariot pour le service du dîner, qu'elle n'avait pas servi la collation de l'après-midi en commençant son quart de travail à 15 h et que la collation avait probablement été servie par le personnel de jour.

L'IAA 118 a indiqué qu'il n'avait pas été demandé au personnel de soir de servir la collation de l'après-midi et que le service de cette collation n'avait donc pas été fait durant le quart du soir.

La préposée au service d'alimentation 120 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle avait apporté la collation à la cuisine au début de son quart de travail et que c'était aux PSSP de jour de servir la collation. Elle a indiqué, lorsqu'elle est retournée à l'unité à 14 h 30, que tout avait été enlevé du chariot à collations et elle a présumé que la collation avait été servie. Un sac Ziploc contenant des muffins miniatures et trois bananes ont été trouvés dans les armoires de la cuisine. [par. 71 (3)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas.

Le 4 décembre 2015 à 7 h 55, l'inspectrice 545 est entrée dans la salle à manger de l'unité 2AB et a vu des bols de céréales froides, des bananes coupées, un yogourt ouvert, ainsi que des contenants et des boissons : lait, eau et jus d'orange posés devant chaque couvert dans la salle à manger. Seuls cinq résidents ont été vus dans la salle à manger à ce moment-là. Le menu quotidien indiquait qu'on était le jour 19 et que des prunes confites, des bananes, des céréales froides ou chaudes, du pain grillé (différentes sortes) et des œufs brouillés devaient être servis. L'inspectrice 545 a vu des œufs brouillés servis à deux résidents, ainsi que du pain grillé et du beurre d'arachide servis à cinq résidents. Les aliments ont été apportés aux résidents par le préposé au service d'alimentation ou par des PSSP.

À 8 h 25, l'inspectrice 545 a vu la PSSP 111 ramasser un petit bol de prunes en purée à la place du résident 050 et le donner au résident 051. Elle a ensuite pris les prunes en purée d'un autre résident et les a données au résident 047, indiquant à ce dernier que les prunes étaient vraiment bonnes pour lui. Debout à côté du résident, elle lui en a donné une cuillerée puis a quitté la salle à manger.

La préposée au service d'alimentation 15 a indiqué à l'inspectrice qu'elle travaillait là-bas depuis dix ans, qu'elle connaissait bien les résidents et qu'elle n'avait pas besoin de leur offrir les choix indiqués au menu. Elle a indiqué que des céréales, du yogourt et des bananes, y compris des boissons, avaient été placés sur les tables avant que les résidents entrent dans la salle à manger. Elle a ajouté qu'elle travaillait souvent seule car les PSSP étaient occupés à faire lever les résidents pour le petit-déjeuner.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué que le foyer exigeait que le personnel offre aux résidents les choix indiqués au menu, même au petit-déjeuner. Elle a également indiqué que le personnel n'avait aucune raison de placer des céréales froides, des jus, des contenants de yogourt ouverts et des bananes coupées devant chaque couvert avant que les résidents entrent dans la salle à manger et que tous les résidents devaient se voir proposer des choix. Elle a ajouté qu'elle savait que certains membres du personnel diraient qu'ils connaissent bien leurs résidents et ne pensent pas qu'ils ont besoin de leur offrir des choix, cependant les résidents ont le droit de se voir offrir des choix car ils pourraient changer d'avis. [par. 71 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que sont offerts aux résidents une boisson entre les repas le matin, l'après-midi et le

soir, une collation l'après-midi et le soir et que leur sont offerts les choix de repas indiqués au menu. 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. 73 (Service de restauration et de collation).

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

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

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

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

3. Le service des repas dans une salle à manger commune, à moins que les besoins évalués des résidents n'indiquent le contraire.

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

8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

73. (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le menu hebdomadaire soit communiqué aux résidents.

Le 4 décembre 2015, l'inspectrice 545 a vu un menu hebdomadaire affiché sur le mur à l'extérieur de la salle à manger de l'unité 2AB. Le menu automne-hiver 2016, semaine 3 (jours 15 à 21) indiquait le menu du déjeuner et du dîner pour tous les types de texture. Le menu du petit-déjeuner n'était pas indiqué sur ce menu hebdomadaire.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice que le foyer exigeait que le menu hebdomadaire, y compris le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner, soit communiqué aux résidents en l'affichant sur le mur à l'entrée de la salle à manger. Après avoir examiné le menu avec l'inspectrice, l'administratrice a indiqué que le menu du petit-déjeuner ne figurait pas sur le menu hebdomadaire et, par conséquent, n'a pas été communiqué aux résidents. [alinéa 73 (1) 1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service des repas soit offert dans une salle à manger commune, à moins que les besoins évalués des résidents n'indiquent le contraire.

Le 4 décembre 2015 à 7 h 55, l'inspectrice 545 a vu un bol de céréales froides, des bananes coupées, un contenant de yogourt ouvert, un verre d'eau, un verre de jus d'orange et un verre de lait sur la table où les résidents 031 et 046 étaient censés s'asseoir pour le petit-déjeuner, dans la salle à manger de l'unité 2AB.

Le même jour à 8 h 40, l'inspectrice 545 a vu le PSSP 113 faire manger le résident 031 au lit. Le PSSP a indiqué que le résident s'était fait offrir le petit-déjeuner au lit parce qu'il préférait rester au lit. L'IA 101 a indiqué à l'inspectrice que le résident 031 allait prendre un bain après le petit-déjeuner et qu'il avait été décidé qu'il resterait au lit pour le petit-déjeuner ce jour-là.

L'examen du programme de soins du résident 031 a révélé que le résident 031 avait besoin d'encouragement et d'aide pour manger, particulièrement lorsqu'il était fatigué et qu'en tout temps il fallait deux membres du personnel pour ses transferts car ceux-ci se faisaient au moyen d'un appareil de levage. Il n'y avait pas de renseignements indiquant que le résident avait été évalué comme ayant besoin d'être nourri au lit.

L'examen des notes d'évolution et du rapport quotidien n'a révélé aucun renseignement indiquant que le résident avait besoin d'être nourri dans sa chambre pour le petit-déjeuner le 4 décembre 2015.

À 8 h 50, le 4 décembre 2015, l'inspectrice 545 a vu le PSSP 114 faire manger de la compote de pommes au résident 046, tandis que le résident était assis dans son lit. Le PSSP a indiqué que le résident ne voulait pas manger ce matin-là et qu'elle lui avait retiré son reste de gruau avec le yogourt et le reste de compote de pommes avant de quitter la chambre. L'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice que le résident 046 était agité et crachait pendant qu'on lui faisait prendre son petit-déjeuner dans la salle à manger et qu'il avait donc été décidé de nourrir ce résident dans sa chambre pour préserver le calme dans la salle à manger.

L'examen du programme de soins du résident 046 a révélé que le résident avait besoin d'une aide soutenue pour manger et nécessitait l'aide de deux membres du personnel pour ses transferts. Il n'y avait aucun renseignement indiquant que le résident avait été évalué comme ayant besoin d'être nourri au lit.

L'examen des notes d'évolution et du rapport quotidien n'a révélé aucun renseignement indiquant que le résident avait besoin d'être nourri dans sa chambre pour le petit-déjeuner le 4 décembre 2015.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué que le foyer exigeait que les résidents qui reçoivent le petit-déjeuner au lit soient évalués et que des directives soient fournies dans le programme de soins de ces résidents. Elle a également indiqué qu'exceptionnellement, si un résident avait une nuit agitée, ces renseignements étaient communiqués au personnel au moment du rapport, une note était inscrite dans les notes de progrès et ensuite le personnel offrait au résident le petit-déjeuner au lit pour qu'il puisse se reposer. [alinéa 73 (1) 3]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les repas soient servis un plat à la fois à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le 30 novembre 2015 à 12 h 50 durant une observation du déjeuner, l'inspectrice 545 a vu le préposé au service d'alimentation 128 servir un bol de soupe et un autre plat en même temps au résident 031.

Quelques minutes plus tard, l'inspectrice a vu la PSSP 129 apporter une soupe en purée au résident 054 et une assiette vide qu'elle a utilisée pour couvrir la viande, les légumes et les pommes de terre en purée qui lui avaient déjà été servis. À 13 h 20, l'inspectrice a vu le PSSP 113 offrir un gâteau au chocolat au résident 048 alors que celui-ci n'avait pas fini de prendre son déjeuner. Le gâteau a été placé devant le résident et le PSSP lui a retiré le plat qu'il n'avait mangé qu'à moitié.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué que le personnel devait servir tous les repas un plat à la fois et qu'il n'était pas acceptable que les résidents reçoivent leur dessert pendant qu'ils étaient encore en train de manger leur plat principal ou leur soupe. [alinéa 73 (1) 8]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le 4 décembre 2015, de 7 h 55 à 9 h 10, l'inspectrice 545 a vu la PSSP 108, le bénévole 110 et la préposée au service d'alimentation 115 aider des résidents dans la salle à manger de l'unité 2AB. Elle a vu d'autres PSSP entrer dans la salle à manger et en sortir quelques minutes à la fois pour apporter le petit-déjeuner aux résidents, verser du lait sur des céréales froides ou débarrasser les tables. L'inspectrice a vu l'IAA administrer des médicaments à l'extérieur de la salle à manger.

À 7 h 55, l'inspectrice 545 a vu la PSSP 108 faire manger le résident 053 dans la salle à manger de l'unité 2AB. Le résident 052 était assis seul à la table avec trois boissons et un bol de céréales froides avec du lait placés derrière les verres, le résident dormait et n'a pas reçu d'aide pour manger avant 9 h 10, quand l'inspectrice a vu la PSSP 108 faire prendre un jus épaissi au résident avec une cuillère. Dans le programme de soins du résident 052, il était indiqué que le personnel devait être assis avec le résident pour l'encourager à manger et l'aider quand il ne mangeait pas.

À 8 h 05, l'inspectrice a vu le résident 048 avec un bol de céréales froides devant lui. Le résident dormait, la tête penchée en avant. À 8 h 20, la PSSP 108, qui continuait à faire manger le résident 053, a dit au résident 048 qu'il rêvait, le résident s'est réveillé et a mangé quelques cuillerées puis s'est rendormi. À 9 h 10, l'inspectrice a vu le résident endormi avec, devant lui, un bol de céréales froides dont il avait mangé environ le quart. Dans le programme de soins du résident, il était indiqué que le résident avait souvent besoin d'aide pour manger.

À 8 h 10, l'inspectrice a vu le résident 049 entrer dans la salle à manger en compagnie du PSSP 113 qui poussait son fauteuil roulant et qui lui a versé du lait sur ses céréales avant de repartir. À 8 h 25, le résident était assis devant ses céréales et n'avait encore rien touché. L'inspectrice a vu le résident enlever avec ses doigts des flocons de maïs détrempés et les mettre dans son assiette avec ses bananes coupées. Aucune aide et aucun encouragement ne lui ont été fournis. Vingt-cinq minutes plus tard, à 8 h 35, l'inspectrice a vu le PSSP 111 se tenir debout à côté du résident 049 et lui offrir des morceaux de pain grillé. Dans le programme de soins du résident, il était indiqué que celui-ci avait besoin de l'aide soutenue d'une personne pour manger.

La préposée au service d'alimentation 115 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle était souvent seule pour servir les résidents dans la salle à manger et que, dans l'unité, les PSSP étaient occupés à faire lever les résidents pour le petit-déjeuner. Elle a ajouté que si elle ne dressait pas les tables à l'avance, à 9 h elle n'aurait pas encore fini car les résidents arrivaient souvent tard pour le petit-déjeuner.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué que le foyer exigeait que le personnel ne serve les aliments aux résidents, par exemple le petit-déjeuner, que lorsqu'il était prêt à leur offrir de l'aide pour manger.
[alinéa 73 (2) (b)]

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 menu hebdomadaire, y compris celui du petit-déjeuner, est communiqué aux résidents, que le service des repas est offert aux résidents 031 et 046 dans une salle à manger commune et qu'aucun repas n'est servi aux résidents qui ont besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour leur fournir l'aide dont ils ont besoin. 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. 110 (Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique).

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

(7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

- 1. Les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique.**
- 2. Les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées.**
- 3. Le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre.**
- 4. Le consentement.**
- 5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.**
- 6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.**
- 7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.**
- 8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

Constatations :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, à ce que les renseignements suivants soient documentés :**
- 5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.**
- 6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.**
- 7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.**

8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.

L'inspectrice a vu le résident 002 installé dans un fauteuil roulant avec un appareil de contention à boucle en plastique. Le PSSP 121 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident devait porter sa ceinture en tout temps dans son fauteuil roulant parce qu'il oublie qu'il ne peut plus marcher et tomberait.

L'inspectrice 550 a examiné le dossier de santé du résident 002 et n'a trouvé aucune documentation indiquant le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident, tout dégageement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.

L'administratrice/chef des services cliniques et l'IA 101 ont indiqué à l'inspectrice que les PSSP étaient tenus de documenter sur la feuille de surveillance de la contention : le nom de la personne qui a recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a lieu, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident, tout dégageement de l'appareil et tout changement de position, ainsi que le retrait de l'appareil. L'administratrice/chef des services cliniques a indiqué qu'elle n'avait trouvé aucune feuille de surveillance de la contention concernant ce résident. [par. 110 (7)]

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 sont documentés les réactions du résident 002, tout dégageement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, y compris le moment où cela s'est produit. 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. 221 (Formation complémentaire — personnel chargé des soins directs).

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

221. (1) Pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants :

- 1. La prévention et la gestion des chutes.**
- 2. Les soins de la peau et des plaies.**
- 3. La facilitation des selles et les soins de l'incontinence.**
- 4. La gestion de la douleur, notamment le dépistage de ses symptômes spécifiques et non spécifiques.**
- 5. L'application, l'utilisation et les dangers éventuels d'appareils mécaniques faisant partie de la formation des membres du personnel qui appliquent ces appareils ou qui surveillent des résidents maîtrisés par de tels appareils.**

6. L'application, l'utilisation et les dangers éventuels d'appareils d'aide personnelle faisant partie de la formation des membres du personnel qui appliquent ces appareils ou qui surveillent des résidents qui utilisent de tels appareils. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 221 (1).

Constatations :

1. Pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants :

1. La prévention et la gestion des chutes.

5. L'application, l'utilisation et les dangers éventuels d'appareils mécaniques faisant partie de la formation des membres du personnel qui appliquent ces appareils ou qui surveillent des résidents maîtrisés par de tels appareils.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que le personnel recevait sa formation en suivant, à l'ordinateur, des modules offerts en ligne. Elle a indiqué que les modules comprenaient :

- une formation sur le recours minimal à la contention : en 2014, 19 employés sur 212 fournissant des soins directs ont suivi le module en ligne; en 2015, jusqu'à ce jour, 27 employés sur 211 fournissant des soins directs l'ont suivi;

- une formation sur la prévention et la gestion des chutes : en 2014, 19 employés sur 212 fournissant des soins directs ont suivi le module en ligne; en 2015, jusqu'à ce jour, 120 employés sur 211 fournissant des soins directs ont suivi le module en ligne.

L'administratrice/chef des services cliniques a indiqué que cette formation devait être suivie annuellement et que l'année s'étalait du 1^{er} janvier au 31 décembre. [par. 221 (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 tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoit une formation annuelle sur la prévention des chutes et le recours à la contention, comme l'exige la loi. 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. 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 transmettre immédiatement au directeur toute plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer.

Entre le 26 février 2015 et le 23 octobre 2015, le foyer a reçu dix (10) plaintes écrites de la sœur ou du frère agissant comme mandataire spécial du résident 031 au sujet des soins fournis à celui-ci :

- le manque d'expertise d'un PSSP particulier a poussé le mandataire spécial à demander que le PSSP ne fournisse plus de soins au résident 031;
- le résident 031 n'a pas reçu les soins nécessaires puisque ses cheveux n'étaient pas propres;
- la raison de l'infection urinaire du résident au cours de la semaine qui a suivi son admission a été mise en question;
- lacune à l'égard des soins liés à l'incontinence;
- lacune à l'égard des soins dentaires;
- lacune à l'égard de la surveillance de l'altération de l'intégrité épidermique;

préoccupations à l'égard de l'exploitation du foyer, par exemple :

- manque de communication;
- manque de supervision dans l'unité;
- changements fréquents de l'endroit où le résident 031 doit s'asseoir dans la salle à manger;
- manque de personnel pour servir les repas aux résidents dans la salle à manger;
- disparition de l'argent dans la chambre du résident;
- vêtements non étiquetés.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques 117 a indiqué que les dix plaintes écrites reçues du mandataire spécial du résident 031 entre le 26 février et le 23 octobre 2015 n'ont pas été transmises au directeur du ministère comme l'exigeait la loi. [par. 22 (1)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).

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

24. (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).

Constatations :

1. 1. Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :
2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident

Un jour de septembre 2015, l'IAA 127 a vu le résident 056 toucher le résident 058 de façon inappropriée dans la salle à manger.

Un autre jour de septembre 2015, le PSSP 139 a vu le résident 056 toucher le résident 056 de façon inappropriée dans la salle à manger.

Ces deux incidents ont été signalés au directeur à deux dates différentes de septembre 2015.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 592 la procédure en vigueur au foyer, à savoir : l'IAA fait rapport à l'IA responsable de l'unité, l'IA responsable informe l'infirmière de garde à St-Vincent et celle-ci appelle l'infirmière clinicienne de garde qui, à son tour, informe l'administration et le directeur. Elle a également indiqué que le premier incident survenu en septembre n'avait pas été signalé par l'IAA 127 à l'IA 104 responsable de l'unité. Le second incident en septembre a été signalé à l'IA 104 par l'IAA 127 lorsque l'incident est survenu mais l'IA 104 n'en a pas informé l'infirmière de garde à St-Vincent, contrairement à ce qu'elle devait faire. Par conséquent, l'administratrice a informé le directeur de ces incidents lorsqu'elle en a eu connaissance à deux dates différentes en septembre 2015.

Cet avis a été délivré dans le cadre d'un ordre de conformité concernant l'article 19 (Obligation de protéger) le 27 juillet 2015 et la date de conformité a été fixée au 1^{er} décembre 2015. [alinéa 24 (1) 2]

AE n° 10 : 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. 31 (Contention au moyen d'appareils mécaniques).

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

31. (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :
4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention.

Constatations :

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

Dans la salle à manger, l'inspectrice 550 a vu le résident 002 assis dans un fauteuil roulant avec une ceinture de sécurité à boucle en plastique. Le PSSP 121 a indiqué à l'inspectrice, lors d'un entretien, que le résident 002 devait porter une ceinture de sécurité en tout temps lorsqu'il utilise un fauteuil roulant parce qu'il oublie qu'il ne peut plus marcher et tomberait.

Un jour de septembre 2015, le résident 002 a été évalué par l'ergothérapeute, qui a suggéré une ceinture de sécurité à boucle en plastique avec manchon. L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident et noté qu'il n'y avait pas eu d'ordre du médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure pour l'utilisation de cet appareil de contention depuis octobre 2015. L'administratrice et l'IA 101 n'ont trouvé aucun ordre du médecin pour novembre ni décembre 2015 et ont indiqué que, selon la politique du foyer, la contention du résident 002 au moyen d'un appareil mécanique nécessitait un ordre du médecin tous les 30 jours.
[alinéa 31 (2) 4]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 33 (Bain).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 30 prenne un bain en utilisant la méthode de son choix – bain, douche ou toilette complète à l'éponge – au moins deux fois par semaine ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le résident 030 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il s'était vu offrir un bain par semaine et qu'un second bain pourrait certainement lui être salutaire et aiderait à soulager considérablement la douleur qu'il ressent dans une région particulière du corps.



L'examen du dossier de santé du résident 030 a révélé que celui-ci avait nécessitait l'aide d'une personne pour le bain mais celle de deux personnes pour les transferts dans la baignoire.

La liste des bains indiquait que les bains du résident étaient prévus pour deux jours particuliers de la semaine.

La feuille de cheminement des soins quotidiens a été examinée pour plusieurs mois et les renseignements suivants y étaient documentés :

décembre 2015

- un bain reçu un jour particulier
- bain refusé un jour particulier

novembre et octobre 2015

Le foyer n'a pas pu fournir de feuilles de cheminement des soins quotidiens et montrer la documentation concernant les bains.

septembre 2015

- Bain reçu à cinq dates particulières. Le résident a donc reçu cinq bains sur neuf possibles.

août 2015

- aucun bain documenté
- bain dans la baignoire refusé une fois

juillet 2015

- Bain dans la baignoire reçu une fois. Le résident a donc reçu un bain sur neuf possibles.

Lors d'un entretien, le PSSP 113 et le PSSP 111 ont indiqué que le résident devait recevoir un bain dans la baignoire deux fois par semaine et le que les bains reçus ou refusés étaient documentés sur les feuilles de cheminement des soins quotidiens conservées dans la salle des archives. Tous deux ont indiqué que le résident nécessitait l'aide d'une personne pour le bain, que le résident était capable d'aider à se laver le visage et les bras et avait besoin d'aide pour s'habiller. Le PSSP 113 a également indiqué que le résident était agréable et ne résistait jamais aux soins mais que les jours où une activité particulière était prévue, le résident préférerait prendre un bain avant l'activité et que, si on lui offrait de prendre un bain trop près de l'heure de l'activité, le résident risquait de refuser car il n'aimait pas se sentir stressé faute de temps.

Lors d'un entretien, l'IA 135 a indiqué que l'horaire des bains était programmé et très difficile à changer et que, pour cette raison, si un résident refusait un bain, il y avait peu de chances que ce résident se voie offrir de prendre un bain un autre jour car la plupart des résidents n'aimaient pas changer leurs jours de bain.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué que le foyer s'attendait à ce que les résidents reçoivent deux bains par semaine selon la méthode de leur choix. Elle a indiqué que le personnel devait revoir l'horaire des bains de façon à l'adapter aux besoins et aux préférences du résident et proposer au résident un jour différent pour le bain si celui-ci coïncide toujours avec une activité que le résident aime.

[par. 33 (1)]

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 34 (Soins buccaux).

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

34. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit :

- a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires;**
- b) une aide physique ou des conseils pour aider tout résident qui, pour quelque raison que ce soit, ne peut pas se brosser les dents;**
- c) une offre d'évaluation dentaire annuelle et d'autres services dentaires préventifs, sous réserve de l'autorisation du paiement par le résident ou son mandataire spécial, si un paiement est exigé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 011 reçoive des soins buccaux matin et soir.

Le 1^{er} décembre 2015, le résident 011 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il avait besoin d'aide pour se brosser les dents et qu'on ne lui brossait les dents que le soir. Le résident a indiqué qu'il préférerait se les faire brosser le matin et le soir s'il avait la possibilité de se les faire brosser deux fois par jour.

Le PSSP 103 a indiqué à l'inspectrice 547, le 3 décembre 2015, qu'il était le soignant primaire du résident durant la journée et qu'il ne fournissait pas les soins buccaux le jour étant donné que le personnel de nuit réveillait le résident et l'habillait tôt le matin. Le PSSP 103 a indiqué qu'il avait également travaillé la nuit et que le résident refusait de recevoir des soins buccaux; il a ajouté qu'il fallait inscrire un « R » dans la documentation pour indiquer cela au personnel du quart de travail suivant. Le PSSP 103 a indiqué qu'il n'offrait jamais au résident des soins buccaux durant la journée car il présumait que le personnel de nuit lui prodiguait ces soins.

L'examen du programme de soins du résident 011 a révélé que celui-ci devait recevoir des soins dentaires quotidiennement. L'examen des feuilles de cheminement des soins de base pour novembre 2015 n'a révélé aucune documentation concernant la fourniture de soins durant les quarts de jour et de soir à quatre dates particulières du mois de novembre et aucune documentation concernant la fourniture de soins par le personnel de nuit n'a été trouvée pour le mois. [alinéa 34 (1) a)]

AE n° 13 : 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 031 reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci.

Le résident 031 présente plusieurs affections, dont une paralysie d'un membre et une déficience cognitive. Selon sa dernière évaluation, le résident nécessite l'attention totale de deux membres du personnel pour l'hygiène personnelle, notamment les soins des ongles.

Lors d'une observation les 1^{er}, 9 et 10 décembre 2015, l'inspectrice 545 a remarqué les ongles des mains du résident 031. Les ongles des deux mains n'avaient pas été coupés, n'étaient pas propres et portaient des débris brunâtres.

L'examen de l'horaire des bains de l'unité a révélé que le résident devait prendre un bain dans la baignoire deux jours particuliers de la semaine. Sur la feuille de cheminement des soins quotidiens pour décembre 2015, il était documenté qu'un bain était donné au résident trois jours particuliers de la semaine.

Lors d'un entretien, la PSSP 108 a indiqué que le personnel devait fournir les soins des ongles chaque jour de bain. Elle a indiqué que le résident ne résistait pas aux soins mais qu'il se montrait craintif et se plaignait de douleur lorsqu'il recevait des soins. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas de difficulté à fournir les soins des ongles au résident.

La PSSP 134 a indiqué qu'elle devait fournir les soins des ongles durant les soins du matin et les jours de bain. Elle a indiqué qu'elle avait fourni les soins du matin au résident 031 avec un autre PSSP ce jour-là mais qu'elle n'avait pas fourni les soins des ongles étant donné qu'elle n'avait pas remarqué l'état des ongles.

L'IA 135 a indiqué que les soins des ongles devaient être fournis dans le cadre des soins quotidiens, au moins une fois par semaine. Après avoir vérifié les ongles du résident, elle a indiqué que ses ongles n'avaient pas été coupés et qu'elle veillerait à ce que les soins des ongles lui soient fournis. [par. 35 (2)]

AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 45 (Prévention et gestion des chutes).

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

49. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (2).

Constatations :

1. Le résident 011 est tombé cinq fois entre deux mois particuliers de 2015 et, quatre fois sur cinq, après être tombé, il n'a pas été réévalué au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Le 2 décembre 2015, l'IAA 106 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'un jour particulier de novembre 2014, le résident 011 avait été évalué comme étant à risque pour les chutes et qu'il venait d'être classé comme nécessitant l'aide de deux personnes pour les transferts en raison de la fréquence de ses chutes au cours des 30 derniers jours. L'IAA 106 a indiqué que, pour chaque chute que fait un résident, il fallait consigner un rapport dans le Système de rapport d'incidents critiques.

L'administratrice/chef des services cliniques 117 a examiné le rapport consigné dans le Système de rapport d'incidents critiques pour le résident 011 pour la période de deux mois particulière de 2015 et a indiqué que seules quatre chutes sur cinq avaient fait l'objet d'un suivi pour ce résident alors qu'un rapport aurait dû être rempli pour chaque chute. [par. 49 (2)]

AE n° 15 : 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 :

a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé :

(i) dans les 24 heures de son admission,

(ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant,

(iii) dès son retour d'une absence de plus de 24 heures, le cas échéant;

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident présentant une altération de l'intégrité de la peau se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital.

Le résident 031 présentait plusieurs affections. À sa dernière évaluation, le résident a obtenu un score de 5 sur 8 à l'échelle du risque de lésions de pression, ce qui représente un risque relativement élevé de lésions de pression. L'évaluation indiquait également que le résident nécessitait une aide totale pour la mobilité au lit et les transferts et qu'il était confiné à un fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, l'infirmière praticienne 136 a indiqué que le résident était à risque pour l'intégrité de la peau et que, pour prévenir les lésions de pression attribuables à l'immobilité, il fallait le changer de position toutes les deux heures et un matelas spécial lui avait été prescrit.

Dans le dernier programme de soins, il était documenté, sous la rubrique « Nutrition », que le résident recevait un supplément protéinique trois fois par jour pour faciliter la guérison des plaies.

L'examen du dossier de santé du résident 031 a révélé que le résident avait été admis à l'hôpital deux fois au cours d'une période particulière.

Il n'y avait pas de renseignements indiquant qu'une évaluation de la peau avait été faite à son retour de l'hôpital.

Les dernières évaluations de la peau indiquaient que le résident avait une lésion de pression à un stade particulier qui avait atteint une région particulière de son corps. Une crème hydrophile a été prescrite, un jour de décembre 2015, pour indiquer que la lésion était guérie.

Lors d'un entretien, l'IA 135 a indiqué que le foyer exigeait que le résident se fasse évaluer la peau à son retour de l'hôpital et que le résultat soit documenté dans les notes d'évolution du résident. Elle a indiqué que le résident 031 était à risque en matière d'altération de l'intégrité de la peau et qu'il avait des antécédents de lésions de pression. L'IA n'a pas pu fournir de preuve que des évaluations de la peau avaient été faites entre deux mois particuliers de 2015.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué que personnel infirmier devait évaluer la peau du résident à son retour de l'hôpital et a ajouté que le résident 031, qui était à risque en ce qui concerne l'altération de l'intégrité de la peau, aurait dû se faire évaluer la peau à une date particulière de deux mois particuliers et à une autre date d'un autre mois de 2015 à son retour au foyer après deux hospitalisations distinctes. [sous-alinéa 50 (2) a) (ii)]

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. 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 veillé, lorsque le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations, à lui répondre par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé.

La présidente du conseil des familles a indiqué à l'inspectrice 547, le 8 décembre 2015, qu'elle avait envoyé un message électronique au directeur général le 25 octobre 2015 au sujet d'une préoccupation dont un membre de la famille avait fait part au conseil des familles. Dans ce message, la présidente du conseil des familles

demandait au directeur de lui faire des recommandations concernant l'utilisation de caméras de surveillance vidéo dans les chambres des résidents du foyer pour aider cette famille. À ce jour, la présidente du conseil des familles n'a pas reçu de réponse à sa demande.

Lors d'un entretien le 9 décembre 2015, le directeur général a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il se rappelait cette demande mais qu'il ne se rappelait pas si une réponse avait été envoyée par écrit au conseil des familles.

La présidente du conseil des familles a également indiqué qu'un autre message électronique avait été envoyé à l'administrateur du foyer le 20 novembre 2015 au sujet de préoccupations et d'observations particulières formulées par des membres du conseil des familles et qu'à ce jour, elle n'avait pas reçu de réponse.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 547 le 9 décembre 2015, l'administratrice a confirmé qu'elle n'avait pas répondu à la demande du conseil des familles au sujet de la tenue d'une réunion pour discuter de plusieurs préoccupations et observations formulées par le conseil des familles. [par. 60 (2)]

AE n° 17 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 91. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 91.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le 30 novembre 2015, l'inspectrice 550 a vu que la porte de l'armoire sous l'évier de la dépense de l'unité sécurisée du rez-de-chaussée n'était pas verrouillée durant le déjeuner. La dépense se trouve dans la salle à manger, où, à ce moment-là, de nombreux résidents prenaient leur déjeuner et d'autres se promenaient. Dans l'armoire, il y avait un aérosol de désinfectant tout usage à base d'ammonium quaternaire de marque « Oasis » d'Ecolab et l'étiquette sur l'aérosol indiquait *Do not drink* (ne pas ingurgiter). Il y avait également une bouteille de « Total universal cleaner and polish » et l'étiquette sur cette bouteille indiquait « toxique ».

Le 1^{er} décembre 2015, l'inspectrice a vu que la porte-accordéon de la dépense était fermée avec la clé dans la serrure. Dans la dépense, la porte de l'armoire sous l'évier n'était toujours pas verrouillée.

Lors d'un entretien, le directeur des soins 116 a indiqué à l'inspectrice 550 que la porte de cette armoire devait être verrouillée en tout temps. La porte-accordéon de la dépense doit être verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée et la clé doit être gardée accrochée dans la salle où sont conservés les rapports (avec la trousse d'urgence rouge). [art. 91]

AE n° 18 : 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 de mauvais traitement d'ordre financier du résident 015.

Le document *Abuse Decision Tree Guide* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, daté de mai 2012, indique, sous la rubrique « Mauvais traitements d'ordre financier », que le vol peut être considéré comme une infraction criminelle aux termes du *Code criminel*, art. 322, C.C.

Durant l'hiver 2015, le résident 015 a été admis au foyer. Trois jours plus tard, le résident 015 s'est rendu compte que son porte-monnaie, qui contenait cinquante dollars, n'était plus dans sa chambre. Le résident 015 et son cousin ou sa cousine ont prévenu l'infirmière autorisée 131, qui a prévenu la chef des services cliniques le jour même.

Le 7 décembre 2015, l'inspectrice 126 a interrogé l'administratrice/chef des services cliniques 117. Elle a indiqué qu'elle avait rencontré le résident 015 et que l'entretien et l'enquête n'avaient pas été concluants en raison d'une discordance des renseignements fournis par le résident et l'infirmière.

Le 7 décembre 2015, l'administratrice/chef des services cliniques 117 a indiqué à l'inspectrice 126 que la police n'avait pas été informée de l'incident de vol. [art. 98]

AE n° 19 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé 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. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 100.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient en place, pour les plaintes, des marches à suivre qui incorporent les exigences énoncées à l'article 101 pour le traitement des plaintes.

La politique ADMIN 02, « Plaintes et préoccupations des patients et des familles » (mise à jour en juin 2015) a été fournie à l'inspectrice par l'administratrice/chef des services cliniques sur demande aux fins de la politique relative aux plaintes en vigueur au foyer.

Un examen de la politique relative aux plaintes a démontré que la politique n'incorporait pas les exigences suivantes, énoncées à l'article 101 pour le traitement des plaintes :

La marche à suivre pour le traitement des plaintes n'indique pas, comme le prévoit le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (1), que chaque plainte écrite ou verbale que reçoit le titulaire de permis ou un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer doit être traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.
2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de celle-ci est donné dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte, énonçant notamment la date à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.
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).

La marche à suivre pour le traitement des plaintes n'indique pas, comme le prévoit le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2), que doit être conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :

- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué qu'elle ne connaissait pas bien la politique du foyer concernant les plaintes et qu'elle ne l'avait pas examinée avant cette semaine. Après avoir examiné la politique, elle a indiqué que celle-ci serait examinée pour veiller à ce qu'elle incorpore toutes les exigences législatives. [art. 100]

AE n° 20 : 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 :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

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

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;**
- b) la date de réception de la plainte;**
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;**
- d) le règlement définitif, le cas échéant;**
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;**
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé 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 fasse l'objet d'une enquête et soit résolue, dans la mesure du possible, et à ce qu'une réponse soit donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. Le titulaire de permis n'a pas non plus veillé à ce que, s'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête soit menée immédiatement.

Durant neuf mois particuliers de 2015, le foyer a reçu dix (10) plaintes écrites du mandataire du résident 031 au sujet des soins de ce résident, par exemple :

- le manque d'expertise d'un PSSP particulier a poussé le mandataire à demander que le PSSP ne fournisse plus de soins au résident 031;
 - le résident 031 n'a pas reçu les soins nécessaires puisque ses cheveux n'étaient pas propres;
 - la raison de l'infection urinaire du résident au cours de la semaine qui a suivi son admission a été mise en question;
 - lacune à l'égard des soins liés à l'incontinence;
 - lacune à l'égard des soins dentaires;
 - lacune à l'égard de la surveillance de l'altération de l'intégrité épidermique;
- préoccupations à l'égard de l'exploitation du foyer, par exemple :
- manque de communication;
 - manque de supervision dans l'unité;
 - changements fréquents de l'endroit où le résident 031 doit s'asseoir dans la salle à manger;
 - manque de personnel pour servir les repas aux résidents dans la salle à manger;
 - disparition de l'argent dans la chambre du résident;
 - vêtements non étiquetés.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques 117 a indiqué qu'elle ne savait pas qu'une enquête devait être menée immédiatement lorsque la plainte concernait une allégation de préjudice ou de risque de préjudice à un ou plusieurs résidents. Elle a indiqué qu'elle avait reçu de nombreux courriels du mandataire spécial du résident 031 et qu'habituellement elle communiquait avec l'auteur de la plainte par téléphone ou en personne et qu'une enquête était menée, mais pas toujours immédiatement après la réception

de la plainte. Elle a également indiqué qu'elle ne documentait pas son enquête et, par conséquent, n'a pas pu démontrer que l'enquête était terminée pour les dix (10) plaintes reçues du mandataire spécial du résident 031. [alinéa 101 (1) 1]

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

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Durant neuf mois, en 2015, le foyer a reçu dix (10) plaintes écrites, comme il est indiqué précédemment.

Lors d'un entretien, le directeur général a indiqué que la consignation des renseignements relatifs aux plaintes sur la feuille de suivi des plaintes (« Complaints Tracking Sheet ») était la responsabilité du directeur général, de l'administratrice et des chefs des services cliniques. Il a ajouté que les adjoints administratifs avaient également accès à la feuille de suivi des plaintes.

La feuille de suivi des plaintes du foyer a été examinée par l'inspectrice 545. La feuille de calcul électronique était organisée en plusieurs colonnes, par exemple :

- date de réception de la plainte;
- nom de l'unité ou du service concerné;
- méthode de dépôt de la plainte (par téléphone, par écrit, en personne);
- plainte reçue sous forme de résumé de la plainte;
- personne qui a fait le suivi et date du suivi;
- nom de l'auteur de la plainte;
- coordonnées de l'auteur de la demande;
- lien de l'auteur de la plainte avec le patient;
- statut de la plainte (active ou close);
- documentation (pièces jointes).

Sur les dix (10) plaintes écrites reçues du mandataire spécial du résident 031, une seule était inscrite sur la feuille de suivi. Les neuf (9) autres plaintes écrites n'ont pas été trouvées.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a fourni à l'inspectrice 545 un formulaire de suivi des plaintes qu'elle a conçu pour faciliter l'inscription des plaintes formulées verbalement, par courriel, par écrit et par téléphone. Elle a indiqué que les lettres et de la documentation étaient jointes au formulaire rempli et remises aux adjoints administratifs pour qu'ils les consignent sur la feuille électronique de suivi des plaintes. L'administratrice/chef des services cliniques a également indiqué que neuf plaintes sur les dix reçues du mandataire spécial du résident 031 n'avaient pas été consignées sur la feuille de suivi des plaintes et que, par

conséquent, elle avait été incapable de fournir un dossier documenté pour neuf plaintes sur dix faites par écrit. [par. 101 (2)]

AE n° 21 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 104 (Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 23 (2) de la Loi).

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

104. (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur aux termes du paragraphe 23 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

4. Une analyse et un suivi, notamment :

i. Les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,

ii. Les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 104 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport adressé au directeur comprenne l'analyse et les mesures de suivi décrites ci-après :

i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence;

ii. Les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur un jour particulier de 2015, indiquant que le résident 055 avait signalé un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel par un membre du personnel. Le rapport d'incident grave n'indiquait pas les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Il a ensuite été demandé par l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage de modifier le rapport d'incident grave de façon à y inclure le résultat de l'enquête du foyer et de celle de la police une fois celles-ci terminées.

Le 10 décembre 2015, lors d'un suivi du rapport d'incident auprès du foyer, l'inspectrice 592 a noté que le foyer n'avait pas informé le directeur des mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence car, sous la rubrique « Analyse et suivi », la mention « à déterminer » figurait toujours, ainsi qu'il avait été demandé précédemment.

Lors d'un entretien le 10 décembre 2015, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 592 que l'enquête interne du foyer avait été close un jour particulier de l'été 2015 et elle a ajouté qu'elle ne savait pas pourquoi les mesures à long terme et les résultats de l'enquête du foyer n'avaient pas été communiqués au directeur.

Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur un jour particulier de l'été 2015, indiquant un mauvais traitement d'ordre sexuel infligé à un résident par un autre résident. Au moment des faits, le foyer n'a pas communiqué au directeur les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récidive.

Après la présentation du rapport, l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage a demandé au foyer de modifier le rapport d'incident grave de façon à déterminer si le résident avait des antécédents d'incidents similaires et à prévoir la mise en place d'une nouvelle intervention pour prévenir toute récidive.

Lors d'un suivi du rapport d'incident fait auprès du foyer, le 11 décembre 2015, l'inspectrice 592 a noté que le foyer n'avait pas informé le directeur des mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récidive car, sous la rubrique « Analyse et suivi », la mention « aucune certitude pour le moment » figurait toujours.

Lors d'un entretien le 11 décembre 2015, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer n'avait pas fait de suivi de cette demande et que, par conséquent, elle ne savait pas pourquoi les mesures à long terme et le résultat de l'enquête du foyer n'avaient pas été communiqués au directeur. [par. 104 (1) 4]

AE n° 22 : 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) :

4. un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital. Règl. de l'Ont. 79/10, s. 107 (3).

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 lorsque se produit au foyer un incident qui cause à un résident une lésion entraînant un changement considérable de son état et nécessite son transport à un hôpital.

Le résident 002 a fait une chute un jour particulier de l'été 2015 et a été transporté à l'hôpital avec une fracture. Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que le rapport d'incident grave n'avait pas été présenté au directeur.

Ainsi, le directeur n'a pas été informé de cet incident qui a entraîné un changement considérable de l'état du résident. [alinéa 107 (3) 4]

AE n° 23 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109 (Politique visant le recours minimal à la contention).

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la politique écrite du foyer prévue à l'article 29 de la Loi traite de ce qui suit :

- a) l'utilisation d'appareils mécaniques;**
- b) les obligations et responsabilités du personnel, notamment :**
 - (i) qui est autorisé à avoir recours à un appareil mécanique pour maîtriser un résident ou dégager un résident d'un tel appareil,**
 - (ii) pour ce qui est de veiller à ce que tout le personnel concerné soit au courant en tout temps lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique;**
- c) la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;**
- d) les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser;**
- e) la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils mécaniques, prévue à l'article 31 de la Loi, et d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la Loi;**
- f) les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en oeuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;**
- g) le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la politique écrite du foyer prévue à l'article 29 de la Loi traite de ce qui suit : b) les obligations et responsabilités du personnel, notamment :

- (i) qui est autorisé à avoir recours à un appareil mécanique pour maîtriser un résident ou dégager un résident d'un tel appareil;
- (ii) pour ce qui est de veiller à ce que tout le personnel concerné soit au courant en tout temps lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique.

L'inspectrice 550 a reçu et examiné la politique du foyer concernant la contention intitulée « Restraint Minimization » (Recours minimal à la contention), mise à jour en novembre 2013.

L'inspectrice a observé que cette politique ne précisait pas les tâches et les responsabilités du personnel, notamment qui est autorisé à avoir recours à un appareil mécanique pour maîtriser un résident ou dégager un résident d'un tel appareil, pour ce qui est de veiller à ce que tout le personnel concerné soit au courant en tout temps lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique.

Lors d'un entretien, l'administratrice/chef des services cliniques a confirmé à l'inspectrice 550 que cette exigence de la Loi n'était pas précisée dans leur politique. [par. 109 (b)]

AE n° 24 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 134 (Régimes médicamenteux des résidents).

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

- a) lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament font l'objet d'une surveillance et sont documentées compte tenu du niveau de risque qu'il court en l'occurrence;**
- b) des mesures appropriées sont prises suite à tout incident lié à un médicament mettant en cause un résident et toute réaction indésirable à un médicament ou à un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes;**
- c) une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque résident est effectuée au moins une fois tous les trois mois. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 134.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'obligation suivante : c) une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque résident est effectuée au moins une fois tous les trois mois.

Le résident 017 a été admis au foyer à l'automne de 2015 avec des diagnostics multiples et une fracture survenue au début de 2015. Selon l'évaluation effectuée au moment de son admission, le résident a indiqué qu'il n'avait pas de douleur.

Lors d'un entretien, le résident a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il ne comprenait pas pourquoi les infirmières insistaient pour lui donner deux analgésiques particuliers puisqu'il n'avait aucune douleur et n'en voulait pas. Le résident a également indiqué qu'une infirmière avait essayé de mettre les deux analgésiques dans sa bouche et qu'il avait refusé de les prendre.

L'examen du programme de soins du résident n'a révélé aucun renseignement indiquant que le résident 017 ressentait de la douleur et qu'il lui fallait un analgésique pour la gérer.

Lors de l'examen du dossier de santé du résident, un ordre du médecin daté de l'automne 2015 indiquait que le résident 017 avait eu une prescription d'analgésique à administrer quatre fois par jour (*QID*), au besoin. Le pharmacien a recommandé qu'une raison pour l'administration de l'analgésique soit précisée. Il a plus tard été documenté dans l'ordre du médecin que l'analgésique devait être administré trois fois par jour (*TID*), avec un aiguillage en physiothérapie pour la vieille fracture. Le médecin a par la suite réduit la prise de l'analgésique à une fois par jour au coucher.

L'examen des notes d'évolution du résident a révélé qu'à deux dates particulières de 2015, le résident avait refusé l'analgésique, indiquant qu'il n'avait pas de douleur. À une autre date de 2015, le physiothérapeute a évalué le résident, qui a indiqué qu'il avait une douleur intermittente qui variait de légère à modérée dans une région du corps mais qu'il ne voulait pas d'analgésique parce que la douleur ne durait pas longtemps. Ce même jour, une note d'un membre du personnel infirmier autorisé indiquait que le résident refusait l'analgésique mais que la prescription continuerait en raison de la douleur occasionnelle. À une date particulière, le médecin a

réduit la prise de l'analgésique de *TID* à une fois par jour au coucher. Le jour suivant, une note indiquait que le résident avait refusé l'analgésique tous les soirs pendant 24 jours au cours d'un mois particulier de 2015.

L'examen du dossier d'administration des médicaments indiquait que le résident 017 avait refusé l'analgésique 33 fois sur 42 au cours de deux mois particuliers de 2015 lorsque les infirmières le lui offraient *TID* et qu'il l'avait refusé 26 fois sur 29 au cours de deux autres mois de 2015 lorsqu'il lui était offert au coucher.

Lors d'un entretien, l'IAA100 a indiqué qu'elle ne savait pas pourquoi l'analgésique avait été prescrit et a ajouté que le résident le refusait lorsqu'il lui était offert, indiquant qu'il n'avait pas de douleur. L'IAA a indiqué que le résident retirait un médicament particulier du gobelet à médicaments et qu'il le remettait à l'infirmière, indiquant qu'il ne voulait pas d'analgésique car ce médicament lui donnait envie de dormir et qu'il ne voulait pas cela.

L'IAA 107 a indiqué à l'inspectrice qu'elle se rappelait avoir expliqué au résident, au moment où le médicament a été prescrit, que l'analgésique lui avait été prescrit par le médecin pour sa douleur et qu'elle avait insisté mais que le résident avait poussé le gobelet à médicament par terre et élevé la voix en disant qu'il ne prendrait pas le médicament parce qu'il n'avait pas de douleur et qu'elle avait cessé d'insister. L'IAA a également indiqué que, peu après, le personnel de jour avait cessé de lui offrir l'analgésique.

L'IA 101 a indiqué que l'analgésique avait été prescrit au résident parce qu'il avait été admis avec une fracture et qu'il était âgé. L'IA a indiqué qu'elle savait que le résident refusait l'analgésique, que la prise de ce médicament avait été réduite de *TID* à une fois par jour au coucher. Elle a ajouté qu'elle contacterait le médecin pour suggérer que le médicament soit offert au besoin étant donné que le résident n'en voulait pas et qu'il n'était pas nécessaire qu'il prenne régulièrement un médicament pour la douleur.

Le directeur des soins 116 a indiqué à l'inspectrice que le personnel autorisé devait consulter le médecin lorsqu'un résident refuse un médicament à plusieurs reprises. Le directeur des soins a également indiqué que, dans le cas du résident 017, qui a refusé l'analgésique tous les soirs, de novembre à décembre 2015, le médecin aurait dû être prévenu et informé que le résident niait la douleur et ne voulait pas l'administration d'un analgésique.

Ainsi, la réévaluation documentée du régime médicamenteux du résident 017 n'a pas été effectuée au moins une fois tous les trois mois. [par. 134 c)]

AE n° 25 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136 (Destruction et élimination des médicaments).

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

136. (2) (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

1. L'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer concernant la destruction et l'élimination des médicaments prévoie l'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés.

Le 3 décembre 2015, l'IAA 100 a indiqué à l'inspectrice qu'à trois dates distinctes au cours de deux mois particuliers de 2015, le résident 017 avait refusé un analgésique particulier le soir. Elle a ajouté qu'elle gardait les comprimés d'analgésique refusés dans le chariot à médicaments verrouillé et a ensuite montré à l'inspectrice trois emballages individuels ouverts et étiquetés au nom du résident 017 avec son numéro de chambre, son nom et la posologie, ainsi que la date d'administration. Deux des emballages contenaient un comprimé d'analgésique particulier et un autre emballage contenait deux comprimés. L'IAA a indiqué que les comprimés manquants étaient tombés au fond du bac à médicaments du résident 017 (tiroir supérieur du chariot à médicaments) et qu'elle les avait retirés du bac. Elle a indiqué à l'inspectrice qu'elle n'avait pas encore détruit les comprimés d'analgésiques refusés parce qu'elle voulait prouver que le résident ne les avait pas pris. L'IAA a ensuite placé les trois emballages individuels ouverts avec l'analgésique particulier, deux comprimés, dans le quatrième tiroir du chariot à médicaments, dans un petit panier en plastique sous une boîte de vitamine D à administrer par injection.

Lors d'un entretien, l'IA 101 a indiqué que le foyer exigeait que le personnel autorisé détruise tout médicament refusé rangé dans la boîte verrouillée réservée aux médicaments devant être détruits, située dans l'entrepôt de médicaments verrouillé. L'IA 101 et l'IA 100 ont détruit les trois emballages individuels d'analgésiques qui avaient été refusés par le résident 017 à trois dates distinctes au cours de deux mois particuliers de 2015.

La chef des services cliniques 116 a indiqué à l'inspectrice 545 que, conformément à la pratique en vigueur au foyer, le personnel autorisé éliminait les médicaments refusés en les rangeant directement dans le contenant à objets pointus et tranchants placé sur le chariot à médicaments ou dans la boîte verrouillée réservée aux médicaments devant être détruits, et située dans l'entrepôt de médicaments. Elle a ensuite examiné avec l'inspectrice la politique du foyer concernant la destruction des médicaments, intitulée « Contrôle des stocks – Élimination des médicaments », Index n° 02-06-20, mise à jour le 1^{er} octobre 2012, et indiqué que cette politique ne prévoyait pas l'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés. [alinéa 136 (2) 1]

Date de délivrance : 22 janvier 2016



**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***

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.