



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

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

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

**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***

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

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

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b> 22 février 2017	<b>Numéro d'inspection</b> 2017_619550_0003	<b>N° de registre</b> 023810-16	<b>Type d'inspection</b> Plainte
<b>Titulaire de permis</b> SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
<b>Foyer de soins de longue durée</b> RÉSIDENCE SAINT-LOUIS 879, CHEMIN PARC HIAWATHA OTTAWA ON K1C 2Z6			
<b>Nom de l'inspectrice</b> JOANNE HENRIE (550)			
<b>Résumé de l'inspection</b>			

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

**Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 8 et 9 février 2017.**

**L'inspection hors site a été effectuée les 17 et 21 février 2017.**

**Cette inspection concerne une plainte visant les services de soutien personnel, et les soins de la peau et des plaies.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice/responsable clinique, directrice des soins, diététiste, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), plusieurs personnes résidentes et un membre d'une famille.**

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

**Nutrition et hydratation**

**Services de soutien personnel**

**Rapports et plaintes**

**Soins de la peau et des plaies**

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

**5 AE**

**5 PRV**

**0 OC**

**0 RD**

**0 OTA**

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

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

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

---

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

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

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

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente, sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, si elle en a un, et toute autre personne désignée par l'une ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

On a reçu une plainte concernant la perte de la prothèse dentaire de la personne résidente n° 001 et le fait que l'on n'avait pas informé la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente.

Au cours d'une entrevue, la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 001 a dit à l'inspectrice n° 550 avoir rendu visite à la personne résidente pendant une journée précise de 2016 et qu'à ce moment-là la personne résidente avait sa prothèse dentaire

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*

supérieure en place. Quand la mandataire spéciale/le mandataire spécial est revenu(e) rendre visite à la personne résidente trois jours plus tard, la prothèse dentaire supérieure avait disparu. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a déclaré que, bien que le personnel eût été mis au courant quelques mois auparavant qu'il ou elle désirait qu'on l'informe des objets disparus, personne ne l'avait informé(e) quand la prothèse dentaire supérieure avait disparu. Si elle ou lui en avait été informé(e), il/elle serait venu(e) au foyer pour chercher la prothèse. Il s'ensuit donc que la personne résidente n° 001 n'a plus de prothèses dentaires.

L'inspectrice a examiné le rapport d'enquête pour la plainte que la mandataire spéciale/le mandataire spécial a déposée auprès de l'administratrice/responsable clinique concernant la perte de la prothèse dentaire supérieure de la personne résidente n° 001 à une date précise de 2016.

L'administratrice/responsable clinique a documenté que la PSSP de jour avait remarqué que la prothèse dentaire supérieure de la personne résidente avait disparu à une date précise de 2016, et que l'IAA allait informer la mandataire spéciale/le mandataire spécial lors de sa visite, ce que cette personne faisait habituellement quotidiennement.

Lors d'une entrevue, l'administratrice/responsable clinique a indiqué à l'inspectrice que le personnel n'avait pas informé la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente quand on avait remarqué que la prothèse dentaire supérieure de la personne résidente n° 001 avait disparu parce que la mandataire spéciale/le mandataire spécial vient habituellement en visite tous les jours, mais que quand il/elle n'est pas venu(e) ce jour-là, personne n'a pensé à lui téléphoner.

La mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 001 n'a pas eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

[Paragraphe 6 (5)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 001 soit informé(e) quand le personnel apprend qu'un objet personnel de la personne résidente a disparu. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 49 du Règlement de l'Ontario 79/10. Prévention et gestion des chutes.**

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

**Par. 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).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celle-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.

On a reçu une plainte au sujet d'une chute de la personne résidente n° 001 et du fait qu'aucune évaluation n'avait été effectuée.

Au cours d'une entrevue, la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 001 a informé l'inspectrice n° 550 qu'une autre personne résidente lui avait dit que la personne résidente n° 001 avait fait une chute à une date précise de 2017 pendant une situation d'urgence. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a de plus indiqué être contrarié(e) que personne n'ait évalué la personne résidente après la chute et qu'elle avait maintenant une blessure précise à une partie précise du corps.

L'inspectrice a observé la personne résidente n° 001 assise dans son fauteuil roulant dans sa chambre. La personne résidente a une déficience cognitive et est incapable de rapporter des événements ou des faits. L'inspectrice a observé que la personne résidente avait une blessure précise à une partie précise du corps.

Lors d'une entrevue, l'administratrice/responsable clinique a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait été mise au courant de l'incident par la DDS lors de son retour au travail le 1<sup>er</sup> février 2017 et qu'elle n'avait pas terminé son enquête. Elle a indiqué qu'elle était incapable de déterminer en ce moment si la personne résidente était tombée.

La personne résidente n° 002 est alerte et orientée. Au cours d'une entrevue, elle a informé l'inspectrice n° 550 qu'elle avait été témoin de la chute de la personne résidente n° 001 qui est tombée de son fauteuil roulant sur le sol pendant une situation d'urgence à une date précise. La personne résidente a raconté qu'elle était dans le corridor près de l'ascenseur quand elle a vu la personne résidente n° 001 tomber sur le plancher. Cette personne résidente a dit que la personne résidente n° 001 était dans le corridor devant la chapelle du 3<sup>e</sup> étage. La personne résidente n° 002 a dit à l'inspectrice qu'elle avait crié pour informer le personnel que la personne résidente était tombée, alors le personnel l'avait relevée, remise dans son fauteuil roulant et avait attaché la ceinture de siège.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a été incapable de trouver que la personne résidente avait fait l'objet d'une évaluation et que l'on avait effectué une autre évaluation après la chute à une date précise de 2017.

Lors d'une entrevue, l'IA n° 100 a indiqué à l'inspectrice qu'entre une période de deux heures précises à une date précise de 2017, elle était dans l'auditorium du rez-de-chaussée du foyer avec l'infirmière surveillante de l'Hôpital Saint-Vincent qui était là pour aider pendant la situation d'urgence lorsque la personne résidente n° 002 leur avait dit que la personne résidente n° 001 était tombée de son fauteuil roulant plus tôt. L'IA n° 100 a dit à l'inspectrice que l'infirmière surveillante de l'Hôpital Saint-Vincent lui

avait dit que la personne résidente n° 001 devra être examinée et qu'il faudra faire un suivi avec son médecin de famille. L'IA a indiqué qu'elle était allée voir la personne résidente et avait fait un contrôle visuel, mais qu'elle n'avait pas enlevé la couverture qui couvrait la personne résidente, ni les vêtements. Elle a dit qu'elle n'avait pas fait une évaluation complète, car l'infirmière surveillante de l'Hôpital Saint-Vincent ne lui avait pas dit de le faire immédiatement. Elle n'avait pas fait de suivi de la personne résidente ni informé l'infirmière de service, parce que celle-ci était dans une autre unité et que l'IA n° 100 était au sous-sol.

La DDS a indiqué à l'inspectrice lors d'une entrevue le 21 février 2017 que l'on doit faire une évaluation avec l'outil *Post Fall Huddle Form* après chaque chute de personne résidente et que l'on doit documenter les blessures dans l'outil et dans le programme de soins.

Après que l'IA n° 100 fût informée par la personne résidente n° 002 que la personne résidente n° 001 avait fait une chute, cette dernière n'avait pas été évaluée et l'on n'avait pas fait une autre évaluation à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique qui est spécifiquement conçu pour les chutes. [Paragraphe 49 (2)]

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

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle lorsqu'une personne résidente fait une chute, une autre évaluation est effectuée avec un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique qui est spécifiquement conçu pour les chutes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 50 du Règlement de l'Ontario 79/10. Soins de la peau et des plaies.**

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

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

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

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

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

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

**(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

On a reçu une plainte concernant le fait que la personne résidente n° 001 avait une grande ecchymose au genou et qu'on ne l'avait pas évaluée.

Lors d'une entrevue, la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 001 a informé l'inspectrice n° 550 qu'une autre personne résidente lui avait dit que la personne résidente n° 001 avait fait une chute lors d'une nuit précise. La mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente a dit à l'inspectrice que pendant la soirée alors qu'il/elle fournissait des soins à la personne résidente, celle-ci lui avait dit « bobo ». Quand il/elle avait examiné la personne résidente, il/elle avait remarqué que celle-ci avait une blessure précise à une partie précise du corps et il/elle l'avait montrée à l'IA n° 101. L'IA a dit à la mandataire spéciale/au mandataire spécial qu'elle fera un suivi, mais elle n'est jamais revenue. La mandataire spéciale/le mandataire spécial a informé l'inspectrice qu'il/elle avait dû appeler personnellement l'infirmière praticienne le lendemain pour la faire venir évaluer la personne résidente n° 001, car il/elle s'inquiétait que cette blessure pût avoir un lien avec une chute et que personne ne l'avait évaluée.

L'inspectrice a observé la personne résidente n° 001 assise dans un fauteuil roulant dans sa chambre. La personne résidente a une déficience cognitive et est incapable de rapporter des événements ou des faits. L'inspectrice a observé que la personne résidente avait une blessure précise à une partie précise du corps.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente, l'inspectrice a été incapable de trouver de la documentation indiquant que l'on avait effectué une évaluation de la peau autre que l'évaluation de l'infirmière praticienne qui avait été faite à une date précise après que la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente l'eût appelée.

Lors d'une entrevue, l'IA n° 101, qui était l'IA responsable de l'unité de la personne résidente n° 001 à cette date précise, a indiqué à l'inspectrice que la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente n° 001 lui avait montré l'ecchymose au genou de la personne résidente lors d'un soir précis. L'IA a dit à l'inspectrice qu'elle n'avait pas effectué d'évaluation de la peau ni documenté la blessure précise à ce moment-là, car elle était préoccupée par un autre problème et avait oublié de le noter plus tard.

Comme le montre ce qui précède, la personne résidente n° 001 qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique ne s'était pas fait évaluer la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. [Alinéa 50 (2) i)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle quand une personne résidente présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, elle se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du Règlement de l'Ontario 79/10. Planification des menus.**

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

**Par. 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).**

**Faits saillants :**

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

Le 8 février 2017, l'inspectrice n° 550 a observé le service du repas pour la personne résidente n° 001. On a fourni à la personne résidente un repas servi sur un plateau et une PSSP l'a fait manger dans sa chambre à cause d'une maladie aiguë. Sur le plateau de la personne résidente, il y avait une soupe, le plat principal, un dessert et un contenant en plastique de 120 ml étiqueté comme contenant de l'eau épaissie. L'inspectrice a observé le service du repas pour la personne résidente en question pendant environ 60 minutes et a remarqué que l'on faisait prendre à la personne résidente quelques cuillerées de l'eau épaissie pendant toute la durée du repas. On ne remarquait aucun autre liquide sur le plateau et l'on n'en avait pas offert à la personne résidente. Quand on lui a posé la question, la PSSP n° 103 a dit à l'inspectrice qu'habituellement la personne résidente avait deux verres de jus précis et du lait avec son repas en plus de l'eau, mais qu'elle ne les avait pas apportés aujourd'hui à cause de la maladie aiguë de la personne résidente.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle améliorerait son ingestion de liquides pour atteindre 1 500 cc en 24 heures, et qu'il fallait lui offrir des liquides supplémentaires. Un examen de la documentation électronique pendant une période précise de sept jours en 2017 indiquait que la personne résidente avait consommé une moyenne de 857 ml de liquides en 24 heures pendant la période en question.

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

Lors d'une entrevue, la diététiste a indiqué à l'inspectrice que 120 ml de liquides plus la soupe n'était pas suffisant pour la personne résidente au moment du repas, en particulier si elle avait une maladie aiguë à ce moment-là. Elle a affirmé de plus qu'il y a toujours différents jus, du lait, du thé et du café offerts à chaque repas à toutes les personnes résidentes selon leur menu, et que ces liquides sont également offerts avec une consistance épaissie. La diététiste a déclaré que quand la PSSP avait préparé le plateau pour la personne résidente n° 001, elle aurait dû amener d'autres liquides à lui offrir. [Paragraphe 71 (4)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle on offre à la personne résidente n° 001 les choix indiqués au menu planifié à chaque repas et collation, en particulier en ce qui concerne les liquides. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règlement de l'Ontario 79/10. Service de restauration et de collation.**

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

**Par. 73 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants : 7. suffisamment de temps pour que chaque résident mange à son propre rythme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on donne suffisamment de temps à la personne résidente n° 001 pour manger à son propre rythme.

On a reçu une plainte concernant le service des repas pour la personne résidente n° 001.

La personne résidente n° 001 vit au foyer depuis 2012 et l'on a diagnostiqué qu'elle avait de multiples états pathologiques. Elle est incapable de s'alimenter elle-même et nécessite un régime alimentaire à texture précise.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente indiquait à la rubrique de l'alimentation que le personnel devait la faire manger lentement.

Le 8 février 2017, l'inspectrice n° 550 a observé le service du repas pour la personne résidente n° 001. La personne résidente devait manger dans sa chambre ce jour-là en raison d'une maladie aiguë. L'inspectrice était dans la chambre de la personne résidente vers 12 h 10 quand la PSSP n° 102 est entrée dans la chambre de la personne résidente avec un plateau et a indiqué à l'inspectrice qu'elle venait faire manger la personne résidente.

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

La PSSP s'est assise à côté de la personne résidente et a commencé à lui faire manger sa soupe. L'inspectrice a remarqué que la personne résidente mange très lentement et qu'elle a besoin de beaucoup d'encouragements pour ouvrir la bouche. À cause de problèmes spécifiques, la PSSP devait essayer souvent le visage de la personne résidente. La PSSP a dit à l'inspectrice que cette personne résidente est très lente à manger et qu'il peut falloir jusqu'à 30 minutes pour la faire manger. Quand la soupe était consommée à presque 75 %, la PSSP a enlevé le bol de soupe et a commencé à faire manger le plat principal à la personne résidente. La PSSP a indiqué à l'inspectrice qu'elle préférerait que la personne résidente mange le plat principal. Le plat principal se composait de purée de pommes de terre, pain, légumes et viande, tous d'une texture précise et recouverts de sauce. Au bout de 60 minutes environ depuis le début du repas, alors que la personne résidente avait consommé tout le pain, les légumes, la moitié de la viande et une portion de pommes de terre, la PSSP a mis le plat principal de côté et a commencé à faire manger le dessert à la personne résidente. L'inspectrice n'a pas remarqué que la personne résidente faisait signe qu'elle ne voulait plus du plat principal, et elle a demandé pourquoi la PSSP avait cessé de faire manger le plat principal à la personne résidente. La PSSP a indiqué qu'elle voulait que la personne résidente mange le dessert et qu'il ne restait plus de sauce dans l'assiette, en disant de plus à l'inspectrice que la purée de pommes de terre et la viande d'une texture spécifiée seraient trop sèches à avaler sans sauce. Après avoir confirmé à l'inspectrice que le programme de soins de la personne résidente ne comportait pas l'exigence de faire manger le plat principal de la personne résidente avec de la sauce, la PSSP a mis le dessert de côté et a continué de faire manger le plat principal à la personne résidente. À ce moment-là, l'inspectrice a entendu une autre PSSP qui appelait la PSSP n° 102 par son nom dans le corridor en la cherchant. La PSSP est venue à la chambre de la personne résidente et a demandé à la PSSP n° 102 ce qu'elle faisait, car il était temps de mettre l'autre personne résidente au lit.

Comme le montre ce qui précède, on n'a pas donné suffisamment de temps à la personne résidente n° 001 pour manger à son propre rythme. [Alinéa 73 (1) 7]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle on donne suffisamment de temps à la personne résidente n° 001 pour manger son repas à son propre rythme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

Émis le 22 février 2017.

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.