



**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 modifiée destinée au public

Date(s) du rapport 18 juillet 2017	Numéro d'inspection 2017_618211_0008 (A1)	N° de registre 005946-17	Type d'inspection Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE 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			
Nom de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs JOELLE TAILLEFER (211) – (A1)			

Résumé de l'inspection modifié

L'ordre de conformité (OC) n° 003 a été modifié comme l'a demandé la ou le titulaire de permis. Une phrase de second paragraphe a été modifiée pour donner des éclaircissements sur l'ordre.

Les dates de conformité pour les OC n^{os} 005 et 006 ont été modifiés comme l'a demandé la ou le titulaire de permis. La nouvelle date de conformité pour l'OC n° 005 est le 31 août 2017, et la nouvelle date de conformité pour l'OC n° 006 est le 28 septembre 2017.

Émis le 18 juillet 2017 (A1)

Signature de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs

Original du rapport signé par l'inspectrice ou l'inspecteur.



**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 modifiée destinée au public

Date(s) du rapport 18 juillet 2017	Numéro d'inspection 2017_618211_0008 (A1)	N° de registre 005946-17	Type d'inspection Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE 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			
Nom de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs JOELLE TAILLEFER (211) – (A1)			
Résumé de l'inspection modifié			

Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27 et 28 avril, et 1^{er}, 2, 3, 5, 8, et 9 mai 2017.

Cette inspection de la qualité des services aux personnes résidentes incluait également ce qui suit :

- quatre registres relativement à un rapport d'incident critique que le foyer avait soumis au ministère :

-

Registre n° 000169-17, registre n° 032808-16 concernant une chute ayant causé des blessures.

Registre n° 003618-17 et registre n° 007081-17 concernant des allégations de mauvais traitements.

- Trois registres relativement à des plaintes :

-

Registre n° 007057-17 concernant des allégations de mauvais traitements, une chute, les soins de la peau et des plaies, et les soins et les services.

Registre n° 035053-16 concernant des allégations de mauvais traitements, les soins liés à l'incontinence, et les services de soutien personnel.

Registre n° 005218-17 concernant des allégations de mauvais traitements, et les soins et les services.

Au cours de l'inspection, les inspectrices/inspecteurs ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : directrice/directeur général des soins de longue durée (DGSLD), administratrice/administrateur et responsable clinique, directrice/directeur des soins (DDS), diététiste agréé(e), chef du service d'alimentation, plusieurs aides-diététistes, superviseure/superviseur du service d'alimentation, coordonnatrice/coordonnateur administratif, infirmière/infirmier de la prévention des infections, éducatrice/éducateur clinique, infirmières/infirmiers en pratique avancée, physiothérapeute, aide-physiothérapeute, plusieurs infirmières et infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), personnel de l'entretien ménager, coordonnatrice/coordonnateur administratif, commise/commis de salle commune, personnel d'entretien, présidente/président du conseil des familles, présidente/président du conseil des résidents, plusieurs membres de familles et plusieurs personnes résidentes.

De plus, les inspectrices/inspecteurs ont examiné ce qui suit : dossiers médicaux de personnes résidentes, politiques relatives à la prévention des mauvais traitements, à la prévention des chutes, à l'administration des médicaments, au contrôle des infections et au recours minimal à la contention, rapport trimestriel des incidents liés à des médicaments, enseignement de la formation, procès-verbaux du conseil des familles et du conseil des résidents. Les inspectrices/inspecteurs ont également observé les soins et les services aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et des services de repas.

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

Services d'hébergement — entretien ménager
Services d'hébergement — entretien
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
Dignité, choix et vie privée
Observation de la restauration
Prévention des chutes
Conseil des familles
Hospitalisation et changement d'état de santé
Prévention et contrôle des infections
Médicaments
Recours minimal à la contention
Soins alimentaires et hydratation
Douleur
Services de soutien personnel
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Conseil des résidents
Foyer sûr et sécuritaire
Soins de la peau et des plaies

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

26 AE
13 PRV
6 OC
1 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 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 10 du Règlement de l'Ontario 79/10. Ascenseurs**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

Par. 10 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès aux aires dont l'accès leur est interdit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 10 (1).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les personnes résidentes aient accès au sous-sol qui est considéré comme une aire non résidentielle du foyer.

Le 18 avril 2017 à 8 h 20, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 était au rez-de-chaussée du foyer et a appuyé sur le bouton pour que l'ascenseur C se rende au sous-sol. Il/elle a remarqué qu'il y avait une note affichée dans l'ascenseur indiquant « veuillez noter que seuls les employés et les bénévoles qui ont une carte d'accès peuvent se rendre au sous-sol avec cet ascenseur ». L'ascenseur est descendu, et les portes se sont ouvertes au sous-sol. L'ascenseur n'était pas équipé pour empêcher que les personnes résidentes aient accès à cette aire.

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*

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que les ascenseurs A et B avaient la même note de service affichée indiquant « veuillez noter que seuls les employés et les bénévoles qui ont une carte d'accès peuvent se rendre au sous-sol avec cet ascenseur ». Il/elle a remarqué qu'il y avait un lecteur de carte dans les deux ascenseurs. L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a appuyé sur le bouton pour que les deux ascenseurs se rendent au sous-sol dont l'accès lui a été refusé.

Le 20 avril 2017, lors d'une entrevue avec l'inspectrice/l'inspecteur n° 592, l'administratrice/l'administrateur a révélé que l'on considérait que le sous-sol était une aire non résidentielle du foyer, et a de plus indiqué être au courant que l'un des trois ascenseurs n'était pas équipé d'un système de lecteur de carte empêchant les personnes résidentes de descendre au sous-sol. Par conséquent, un ascenseur demeurait accessible aux personnes résidentes et n'était pas équipé pour les empêcher de se rendre au niveau du sous-sol. [Paragraphe 10 (1)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : La ou 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 concernant les 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. La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 71 (4) du règlement, car le foyer n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le déjeuner d'une unité identifiée. D'après la troisième semaine du menu automne 2016/hiver 2017, les choix du menu pour le dessert du 16^e jour consistaient en « carrés à la noix de coco ou pouding à la noix de coco, poires coupées en dés ou en purée ». On a offert aux personnes résidentes de l'unité identifiée du jello rouge, du gâteau blanc, du gâteau au chocolat, des poires coupées en dés, des fruits mélangés coupés en dés; le menu pour les aliments en purée ne comportait que des fruits mélangés selon l'aide-diététiste n° 148. On n'avait pas offert des poires en purée ni du pouding à la noix de coco aux personnes résidentes qui nécessitaient ou désiraient ces choix à texture modifiée figurant au menu planifié.

Le 24 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le déjeuner d'une autre unité déterminée. Cette unité a une salle à manger plus petite dans l'aire du salon où huit personnes résidentes étaient assises. On a montré à l'une des huit personnes résidentes les choix du menu pour ce repas du déjeuner, notamment salade, soupe, plat principal et dessert figurant parmi les choix indiqués au

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*

menu planifié. On a apporté de la nourriture aux sept autres personnes résidentes en se basant sur le choix de la/du PSSP. La/le PSSP n° 154 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 qu'ils n'offrent pas ces choix aux personnes résidentes, car les PSSP suivent leur programme de soins. On n'a pas montré aux personnes résidentes n°s 061, 064 et 065 les choix figurant au menu pour le repas du déjeuner; l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a examiné les programmes de soins qui ne mentionnaient pas les personnes résidentes auxquelles on ne devait pas montrer les choix de menu.

Le 25 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le déjeuner dans une unité identifiée et a remarqué que l'on offrait un dessert de fraises en purée aux personnes résidentes qui devaient avoir un menu d'aliments en purée, néanmoins ce choix ne figurait pas au menu du 2^e jour de la 1^{re} semaine du menu automne 2016/hiver 2017. On n'a pas offert un mélange de fruits en purée ou du yogourt conformément au menu planifié. On remarquait que le dessert de fraises en purée figurait au menu pendant un jour déterminé d'avril 2017, qui était le 1^{er} jour de la 1^{re} semaine de ce même menu.

Le 27 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la/le PSSP n° 141 qui travaillait dans une autre unité, et qui a indiqué que leur salle à manger avait plusieurs personnes résidentes qui avaient une déficience cognitive et nécessitaient de l'aide pour manger leur repas, et que leurs préférences figuraient dans leur programme de soins. La/le PSSP n° 141 a indiqué de plus que les PSSP doivent toujours montrer à toutes les personnes résidentes tous les choix figurant au menu. Souvent, les personnes résidentes s'attendent à ce que les PSSP connaissent leurs boissons préférées habituelles, toutefois les PSSP doivent quand même leur donner une occasion de changer d'avis si elles veulent quelque chose de différent. La/le PSSP a indiqué que certaines personnes résidentes réagissent verbalement, et d'autres le font avec les yeux ou les mains, mais qu'on montre toujours à toutes les personnes résidentes les choix figurant au menu à chaque repas et collation.

L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique (admin./RC) a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 s'attendre à ce que l'on offre à chaque personne résidente les choix d'aliments et de boissons indiqués au menu planifié pour chaque service de repas ou de collation, peu importe la texture des aliments que les personnes résidentes doivent recevoir, car chacune d'elles devrait pouvoir choisir ce qu'elle mange ou ce qu'elle boit. [Paragraphe 71 (4)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 3 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 29 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 29 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :
a) est adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements; 2007, chap. 8, par. 29 (1).
b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29 (1).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à l'alinéa 29 (1)b) de la LFSLD 2007 relativement à la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes, lorsque la Loi exige que la ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fasse conformément à la présente Loi et aux règlements et que la ou le titulaire de permis est tenu de veiller au respect de la politique, car le foyer n'a pas veillé au respect de la politique suivante.

Cette constatation s'ajoute aux constatations décrites dans l'AE n° 25 relativement aux exigences concernant la contention au moyen d'appareils mécaniques visés aux paragraphes 110 (2) et 110 (7) du Règl. de l'Ont. 79/10.

L'administrateur/l'administratrice a fourni aux fins d'examen à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 une copie de la politique et marche à suivre du foyer n° CLIN CARE 34 intitulée « Restraint Minimization » (réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention), révisée pour la dernière fois en novembre 2013, qui s'applique à l'heure actuelle au foyer de soins, et qui énonçait ce qui suit :

1.2 Indiquait les moyens de contention qui font appel à l'utilisation de tout dispositif physique ou mécanique pour maîtriser involontairement le mouvement de tout ou partie du corps d'une personne résidente comme moyen pour contrôler son activité.

1.3 Indiquait que les côtés de lit ne constituent pas un moyen de contention quand la personne résidente n'est pas fonctionnellement capable de mouvement volontaire, et quand ils sont utilisés comme des dispositifs fonctionnels ou de changement de position, ou lorsque la personne résidente peut encore sortir du lit.

1.4 Indiquait que les appareils d'aide personnelle utilisés pour aider à accomplir les activités de routine de la vie quotidienne ne visent pas à contrôler un comportement ou un mouvement.

Les appareils d'aide personnelle doivent figurer dans le programme de soins de la personne résidente, doivent être approuvés par l'une des personnes suivantes : médecin, infirmière ou infirmier, ergothérapeute ou physiothérapeute, et la personne résidente ou bien la mandataire ou le mandataire spécial qui en autorise l'utilisation doivent en comprendre le but.

2.0 La politique indiquait ce qui suit :

2.1. Toutes les autres solutions de rechange en matière d'intervention doivent être envisagées avant de recourir à un moyen de contention, et l'on devrait utiliser la forme de mesure de contention la moins contraignante, pendant la plus courte durée, et retirer l'appareil de contention dès qu'il n'est plus nécessaire.

2.2 Un ordre de médecin propre à la personne résidente et à la situation est nécessaire pour ordonner, renouveler ou abandonner le recours à un moyen de contention. Les ordres doivent porter sur une période de 30 jours au maximum. Une infirmière ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure peut également donner de tels ordres.

2.3 Tous les dispositifs de contention doivent être de fabrication commerciale et être utilisés conformément aux spécifications du fabricant – aucune adaptation n'est autorisée.

2.4 Tous les moyens de contention doivent faire l'objet d'une surveillance et être documentés de façon constante pendant toute la durée de leur utilisation.

2.5 Tous les moyens de contention utilisés doivent suivre un programme de soins auquel le patient/la patiente ou bien la mandataire ou le mandataire spécial a donné son consentement, et être documentés par le médecin et tout autre professionnel de la santé concerné.

2.6 On doit fournir de la formation à tous les nouveaux membres du personnel chargés des soins directs, ainsi qu'une formation continue sur une base annuelle, fournie par leur programme ou leur unité.

2.7 Le service de gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques veillera d'une part à ce que l'on effectue des vérifications en permanence afin d'analyser le recours aux moyens de contention et les solutions de rechange, et d'autre part à évaluer tous les ans la politique et les pratiques à l'égard des personnes résidentes dans le but de réduire le recours aux moyens de contention.

3.0 Ordonner le recours à des moyens de contention

3.1 Quand une ou un médecin a effectué une évaluation et décidé, en consultation avec l'équipe de traitement, qu'un moyen de contention est nécessaire, la ou le médecin ou bien sa représentante ou son représentant en discute avec la personne résidente ou bien avec sa mandataire ou son mandataire spécial, en indiquant les risques et les avantages, et obtient un consentement verbal, en documentant l'entretien et la décision à l'aide des formulaires suivants :

- Assessment and Reassessment for the Use of Restraints when Alternatives Unsuccessful (H210050) (évaluation et réévaluation du recours aux dispositifs de contention quand les solutions de rechange ont été vaines) (H210050)

- Initial Restraint Monitoring (H210051) (surveillance initiale de la contention) (H210051)

- Ongoing Restraint Monitoring (H210061) (surveillance continue de la contention) (H210061)

3.2 La ou le médecin remplit le Physician's order for physical restraint (H600032) (ordre du médecin relatif à un moyen de contention) (H600032) avec les commentaires de l'infirmière, de l'infirmier ou de l'ergothérapeute pour mettre en place, ordonner de nouveau ou cesser le recours à un moyen de contention. Dans les soins de longue durée (SLD) : la pharmacie externe entre dans la feuille du dossier d'administration des médicaments (MAR) les moyens de contention utilisés.

4.0 Surveillance et réévaluation de la personne résidente

4.1 Quand on a recours à un moyen de contention, on surveille la personne résidente et on documente les faits sur le formulaire Initial Restraint Monitoring (H210051) (surveillance initiale de la contention) (H210051) au moins toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis toutes les

trente minutes pendant les deux heures suivantes ou pendant plus longtemps si nécessaire, jusqu'à ce que le comportement de la personne résidente se stabilise. La surveillance s'effectue alors toutes les heures et est mentionnée sur le formulaire Ongoing Restraint Monitoring (H210061) (surveillance continue de la contention) (H210061).

4.2 Quand la personne résidente est confiée aux soins d'autres professionnels de la santé, on s'attend à ce que les professionnels de la santé en question exercent une surveillance horaire de tout moyen de contention et la consigne sur le formulaire Ongoing Restraint Monitoring (H210061) (surveillance continue de la contention) (H210061) et à ce qu'ils documentent dans les notes d'évolution toute réaction imprévue.

L'éducatrice/l'éducateur clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent désormais documenter cette surveillance horaire dans l'interface Point of Care du système de documentation électronique du foyer.

4.3 Quand on a recours à un moyen de contention, on dégage et repositionne la personne résidente au moins toutes les deux heures, et au besoin.

L'éducatrice/l'éducateur clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que ce point est également précisé quand on documente les faits dans l'interface Point of Care.

4.4 Une ou un médecin ou bien une infirmière ou un infirmier réévalue l'état de la personne résidente et sa réaction à la contention ainsi que l'efficacité du moyen de contention toutes les huit heures, et au besoin, et ils documentent les faits dans les notes d'évolution.

4.5 On réévalue les moyens de contention [à l'aide du formulaire Assessment and Reassessment for the Use of Restraints when Alternatives Unsuccessful (H210050) (évaluation et réévaluation du recours aux dispositifs de contention quand les solutions de rechange ont été vaines) (H210050)] et l'équipe documente leur utilisation dans les 24 heures du premier recours à ces moyens de contention et au moins tous les 30 jours par la suite à l'aide du Physician's order for physical restraint (H600032) (ordre du médecin relatif à un moyen de contention) (H600032).

5.0. Suivi et analyse

5.1 Quand on ordonne ou cesse le recours à un moyen de contention, l'infirmière ou l'infirmier envoie une copie de l'ordre de la ou du médecin relatif aux moyens de contention à l'adjointe ou à l'adjoint administratif de l'unité qui, dans les 24 heures, entre les données dans la base de données de gestion des risques.

5.2 Le service de gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques envoie aux fins d'examen des rapports mensuels sur le recours aux moyens de contention aux responsables cliniques et aux directrices ou directeurs de programme.

Au cours de cette inspection, l'équipe d'inspection a déterminé que l'on utilisait dans le foyer des ceintures de siège et des côtés de lits de pleine longueur comme moyens de contention.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins des personnes résidentes relativement aux moyens de contention et à la station assise en fauteuil roulant prévus dans le programme de soins, soient fournis à ces personnes résidentes selon ce que précise leur programme de soins conformément à ce qui figure dans l'AE n° 7 [par. 6 (7)] pour les personnes résidentes n^{os} 048 et 049].

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente puisse être maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique visé à la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si son programme de soins le prévoit, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 14 (Article 31).

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle qui a pour effet de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement d'une personne résidente qui n'a pas la capacité, soit physique soit cognitive, de s'en dégager par elle-même, ne soit utilisé pour aider la personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de cette dernière, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 15. (Article 33)

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes : a) la personne résidente est évaluée et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'ils posent pour la personne résidente, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 19. [Paragraphe 15 (1)]

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences en matière de contention au moyen d'un appareil mécanique soient respectées lorsqu'une personne résidente est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 25. (Article 110)

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le recours minimal à la contention sur les personnes résidentes du foyer soit évalué conformément à ce qui figure dans l'AE n° 26. (Article 113)
[Alinéa 29 (1)b)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 003 sera signifié à la ou au titulaire de permis. Se reporter au formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou de l'inspecteur ».

(A1) L'ordre/les ordres suivants a été modifié/ont été modifiés : OC n° 003.

AE n° 4 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Directeur des soins infirmiers et des soins personnels

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels soit une infirmière ou un infirmier autorisé, et à ce qu'il ou elle supervise et dirige le personnel infirmier et le personnel des soins personnels du foyer de soins de longue durée, ainsi que les soins infirmiers et personnels qu'ils fournissent.

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

Le 18 avril 2017, au début de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, la directrice/le directeur général des soins de longue durée (DGSLD) a informé l'équipe d'inspecteurs/d'inspectrices (n^{os} 211, 550 et 592) que la Résidence Saint-Louis n'avait pas de directrice ou de directeur des soins infirmiers et des soins personnels spécifique, mais que la Résidence avait plutôt une directrice/un directeur des soins (DDS) qui supervise le personnel infirmier autorisé, et une administratrice/administrateur et responsable clinique (ARC) qui supervise le personnel infirmier chargé des soins personnels. La/le DGSLD a indiqué que la/le DDS est responsable des unités 1C, 2C, 3C et que l'ARC est responsable des unités 2AB, 3AB et 4AB/C.

Au cours de cette inspection, plusieurs membres du personnel infirmier du foyer ont fait part aux inspectrices/inspecteurs de plusieurs préoccupations relatives aux limites de la structure organisationnelle et de la communication concernant la supervision du personnel infirmier autorisé et du personnel des services de soutien à la personne :

Le 21 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n^o 211 a interrogé la/le DDS pour discuter des soins et des services offerts à la personne résidente n^o 026, et on lui a immédiatement fait savoir qu'elle était sous la surveillance de l'ARC, car elle résidait dans une unité identifiée supervisée par l'ARC. Le même jour, l'inspectrice/l'inspecteur n^o 211 a interrogé l'ARC qui a indiqué être responsable de l'unité identifiée, mais que la/le DDS était en charge des soins de la peau et des plaies de la personne résidente.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IA n^o 103 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n^o 592 qu'une personne identifiée l'avait mis(e) au courant d'une fourniture de soins identifiée pour la personne résidente n^o 014. L'IA n^o 103 a indiqué que la personne identifiée l'avait de nouveau mis(e) au courant la veille que les PSSP ne fournissaient pas les soins identifiés à la personne résidente n^o 014. L'IA n^o 103 a dit rappeler quotidiennement aux PSSP de fournir les soins identifiés à la personne résidente n^o 014, et que parce que ce n'est pas fait, l'IA le faisait lui-même/elle-même. L'IA n^o 103 a indiqué ne pas avoir signalé aux responsables ces refus des PSSP. Les PSSP ne reçoivent pas de directives du personnel autorisé, seulement de l'ARC.

Le 26 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n^o 547 a interrogé la/le DDS concernant le contrôle des infections et les exigences à l'égard de l'hygiène des mains pour les personnes résidentes. La/le DDS a dit avoir enseigné à l'ensemble des PSSP que l'on devrait laver les mains des personnes résidentes avant et après chaque repas, ainsi qu'au moment des soins du matin et du soir. La/le DDS a dit avoir fait une formation de suivi à l'égard de l'hygiène des mains des personnes résidentes, toutefois les PSSP lui avaient dit qu'il/qu'elle n'était pas leur responsable, et qu'ils n'écoutaient que leur ARC. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'il faudrait discuter avec l'ARC de l'hygiène des mains des personnes résidentes. Le lendemain, l'inspectrice/l'inspecteur n^o 547 a interrogé l'ARC qui a indiqué que la/le DDS était responsable de la formation des PSSP pour le programme de contrôle des infections.

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

Le 26 avril 2017, la/le DDS a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 lors d'une entrevue ne pas pouvoir l'informer des résultats d'une enquête sur un incident concernant des allégations de mauvais traitement d'une personne résidente de la part du personnel. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur ne pas être responsable de la gestion des PSSP, et donc ne pas avoir été en mesure de les interroger. Le reste de l'enquête avait ensuite été confié à l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique, car c'est la personne qui gère les personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP).

Lors d'une entrevue le 1^{er} mai 2017, l'IA n° 149 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 126 qu'au cours d'un mois identifié de 2016, il y avait eu un cas où il/elle avait demandé à un/une PSSP du poste du soir de rester jusqu'à l'arrivée du/de la PSSP du poste de nuit pour assurer la sécurité des personnes résidentes. La/le PSSP du soir avait contacté son/sa responsable (ARC) pour l'informer qu'il/elle était contrainte de rester dans l'unité jusqu'à l'arrivée du membre du personnel du soir. L'IA n° 149 a indiqué avoir reçu après l'incident un courriel du/de la DDS avec des directives claires sur la façon de gérer ces situations. Ce même courriel comportait la mention par l'ARC que l'IA n° 149 avait obligé un/une PSSP du poste du soir de rester pour parer à la situation, que cela se faisait par ordre d'ancienneté et que les responsables devaient discuter de cette question. L'IA n° 149 est sous la responsabilité du/de la DDS, et la/le PSSP sous celle de l'ARC. L'IA a indiqué que la structure de supervision du foyer complique les choses pour avoir une discussion ouverte entre le personnel infirmier autorisé et le personnel infirmier non autorisé, car il/elle a discuté de l'incident avec la/le DSS, et que la/le PSSP l'avait fait avec l'ARC.

Le 1^{er} mai 2017, l'équipe des inspecteurs/inspectrices (n^{os} 126, 211, 547, 550 et 592) a discuté avec la/le DGSLD et l'ARC concernant divers commentaires faits par le personnel infirmier relativement à la supervision par la/le DDS et l'ARC et à la supervision des étages par le personnel des soins infirmiers et le personnel des soins des services de soutien à la personne. Les qualifications de l'ARC ont été examinées et l'on a remarqué qu'il ne s'agissait pas d'une infirmière ni d'un infirmier autorisé.

Le 2 mai 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 126 a examiné la description du poste d'administratrice/administrateur et responsable clinique des SLD (poste de cadre) datée du 30 janvier 2015. On remarquait qu'à la section 11 « fonctions de supervision ou de direction », on indiquait « assure la supervision directe des personnes préposées aux soins personnels (PSP) à la Résidence Saint-Louis ».

L'ARC n'est pas une infirmière ou un infirmier autorisé, et assure effectivement la supervision du personnel des soins personnels, par conséquent, la ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel des soins personnels soit supervisé par une infirmière ou un infirmier autorisé. [Article 71]

Autres mesures requises :

L'OC n° 004 sera signifié à la ou au titulaire de permis. Se reporter au formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou de l'inspecteur ».

RD n° 001 – L'avis écrit susmentionné fait également l'objet d'un renvoi au directeur pour qu'il prenne d'autres mesures.

AE n° 5 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 du Règlement de l'Ontario 79/10. Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 24 (2) Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

- 1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**
- 2. Les risques qu'il peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**
- 3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**
- 4. Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**
- 5. Les médicaments et traitements dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**
- 6. Les maladies connues, notamment les allergies et autres maladies, dont il souffre et dont le titulaire de permis devrait prendre connaissance dès son admission, y compris les interventions en la matière. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**
- 7. L'état de sa peau, y compris les interventions en la matière. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**
- 8. Les directives données concernant le régime alimentaire, notamment en ce qui a trait à la texture des aliments, la consistance des liquides et les restrictions alimentaires. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).**

Par. 24 (3) Le titulaire de permis veille à ce que le programme de soins provisoire établisse ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (3).**
- b) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (3).**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins identifie la personne résidente, et comprenne au minimum les besoins en soins définis aux termes des dispositions 24 (2)1. 2. 3. 4 et 6 du Règl. de l'Ont. 79/10.
 - Les risques qu'elle peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.
 - Les risques qu'elle peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer.
 - Le type et le niveau d'aide dont elle a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.
 - Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.
 - Les maladies connues, notamment les allergies et autres maladies, dont elle souffre et dont la ou le titulaire de permis devrait prendre connaissance dès son admission, y compris les interventions en la matière.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée à une date déterminée pour un cas allégué de mauvais traitement envers la personne résidente n° 050 de la part du personnel.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a effectué un examen du dossier médical de la personne résidente n° 050. Il indiquait qu'elle avait été admise à une unité identifiée à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. Le dossier médical de la personne résidente indiquait de plus qu'elle ressentait de la douleur et avait des comportements réactifs.

Lors d'un examen du dossier médical de la personne résidente n° 050, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que son programme de soins avait été créé à une date déterminée avec deux problèmes identifiés importants concernant le bain et l'intégrité épidermique. Il n'y avait pas de mention de la douleur et des comportements réactifs de la personne résidente; aucun autre problème important n'était identifié.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné le cas de deux autres personnes résidentes admises dans l'unité identifiée.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 071. Il indiquait qu'elle avait été admise à l'unité identifiée à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics.

Lors d'un examen du dossier médical de la personne résidente n° 071, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que son programme de soins avait été créé à une date déterminée avec un problème identifié important concernant le risque de chutes. Aucun autre problème important n'était identifié.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 070. Il indiquait qu'elle avait été admise à l'unité identifiée à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. Lors d'un examen du dossier médical de la personne résidente n° 070, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que son programme de soins avait été créé à une date déterminée avec un problème identifié important concernant le risque de chutes; aucun autre problème important n'était identifié.

Le 2 mai 2017, lors d'une entrevue la/le PSSP n° 132 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que quand une personne résidente est admise à l'unité identifiée, l'ergothérapeute et l'infirmière ou l'infirmier évaluent la personne résidente et laissent des directives pour les transferts, mais qu'il n'y avait pas d'autres problèmes concernant les soins. Il/elle a de plus indiqué que l'information concernant les transferts figurera sur le tableau blanc situé dans la salle des rapports, qu'aucun autre soin planifié n'était documenté, car il/elle communiquait bien avec la personne résidente tous les jours afin de s'assurer de satisfaire à ses besoins, et que par conséquent il/elle avait le sentiment que le programme de soins n'était pas nécessaire.

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

Le 3 mai 2017, lors d'une entrevue, la/le PSSP n° 164 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'au moment de l'admission, l'infirmière ou l'infirmier et la ou le physiothérapeute évaluent la personne résidente à l'égard des transferts et laissent des directives sur le tableau blanc. Il/elle a de plus indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'il n'y avait pas de documentation ni de directives de soins autres que les instructions fournies par le rapport de 24 heures donné par l'infirmière ou l'infirmier. La/le PSSP n° 164 a dit à l'inspectrice/l'inspecteur que l'infirmière ou l'infirmier lui fera savoir si la personne résidente a un problème particulier. On ne donnait pas d'autres renseignements au personnel, par exemple concernant les comportements réactifs.

Le 28 avril 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur lors d'une entrevue que les personnes résidentes qui étaient admises au foyer dans l'unité de soins identifiée devaient avoir un programme de soins individuel écrit qui est le même que celui des personnes résidentes de l'autre unité de soins de longue durée. Il/elle a de plus indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur, après examen du programme de soins écrit de la personne résidente n° 050, qu'il/elle réalisait qu'il n'y avait que deux problèmes importants mentionnés pour celle-ci. La/le DDS a indiqué que l'infirmière ou l'infirmier responsable aurait probablement plus d'information, car il incombe à l'IA de mettre tous les jours manuellement à jour le programme de soins pour toutes les personnes résidentes en raison des changements fréquents qui surviennent dans leur état physique.

Le 2 mai 2017, lors d'une entrevue, l'infirmière/l'infirmier responsable n° 104 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que, depuis l'introduction de la version électronique des dossiers médicaux des personnes résidentes, il y a environ un an, la/le DDS lui avait dit de ne plus mettre à jour manuellement le programme de soins, car tous les programmes de soins devaient être faits électroniquement. Il/elle a indiqué que le seul outil utilisé pour communiquer les besoins en soins des personnes résidentes est le tableau blanc situé dans la salle des rapports; il sert pour des interventions particulières comme les transferts et le changement de position des personnes résidentes. L'infirmière/l'infirmier responsable n° 104 a également indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que l'on n'élaborait pas de programme de soins écrit pour les personnes résidentes de l'unité de soins identifiée. [Paragraphe 24 (2)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 005 sera signifié à la ou au titulaire de permis. Se reporter au formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou de l'inspecteur ».

(A1) L'ordre/les ordres suivants a été modifié/ont été modifiés : OC n° 005.

AE n° 6 : La ou 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 concernant les 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 :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

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 :

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. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Par. 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).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à l'article 73 du règlement, car le foyer n'a pas veillé à offrir un service de restauration et de collation qui comprenne ce qui suit :

A. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux personnes résidentes. Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 73 (1)1.

Au cours de la présente inspection, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué que les menus quotidiens ne mentionnaient que les choix de régime à texture ordinaire, et ne comprenaient pas les substitutions thérapeutiques pour les personnes résidentes qui les nécessitaient. Il/elle a remarqué que l'aperçu du « menu corporatif » hebdomadaire comportait des choix thérapeutiques pour les personnes résidentes, et que ces menus indiquaient que les choix d'aliments en purée et hachés fins pour les personnes résidentes n'étaient pas toujours les mêmes que pour le régime à texture ordinaire.

Au cours de cette inspection, on a remarqué que l'unité identifiée du foyer n'affichait que les menus quotidiens pour les personnes résidentes de cette unité. Le « menu corporatif » hebdomadaire est affiché à l'extérieur de la porte de cette unité, menu auquel les personnes résidentes de cette unité ne peuvent pas avoir accès quotidiennement par leurs propres moyens. L'unité identifiée compte plusieurs personnes résidentes; la/le diététiste agréé du foyer a évalué une liste de types de régime pour ces personnes résidentes; la liste indiquait que 13 des personnes résidentes de l'unité avaient un

régime à texture ordinaire. Ces menus quotidiens empêchaient 10 personnes résidentes de cette unité d'avoir connaissance des choix alimentaires pour les repas, comme l'exige cet article.

Le 27 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur a eu un entretien avec la/le chef du service d'alimentation concernant la communication des menus hebdomadaires et quotidiens. La/le chef du service d'alimentation des patients a déclaré que les menus hebdomadaires et quotidiens doivent être communiqués par affichage à l'intérieur de chaque unité, près des salles à manger, à l'intention des personnes résidentes et des familles. La/le chef du service d'alimentation n'était pas au courant que le « menu corporatif » hebdomadaire pour cette unité était affiché à l'extérieur de cette unité à l'intention de ces personnes résidentes, et veillera à ce qu'il soit déplacé. [Disposition 73 (1)1]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les repas soient servis un plat après l'autre, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le repas du déjeuner pour l'unité identifiée. Au cours du service de ce repas, il/elle a remarqué que l'aide-diététiste n° 148 ne fournissait pas aux personnes résidentes les aliments du déjeuner un plat après l'autre. L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a examiné le rapport sur les types de régimes alimentaires du foyer pour l'unité identifiée, et la/le diététiste agréé n'avait pas évalué de personne résidente de cette unité comme nécessitant qu'on lui serve plusieurs plats en même temps. La liste indiquait que seule la personne résidente n° 001 devait seulement avoir le plat principal avant la soupe.

La/le PSSP n° 115 a donné une soupe à la personne résidente n° 048 qui nécessitait beaucoup de temps pour manger. L'aide-diététiste n° 148 a apporté le plat principal à la personne résidente, à la table devant elle, avant qu'elle ait terminé de manger la soupe. Les PSSP ont indiqué que la personne résidente n'était pas encore prête pour manger le plat principal, mais l'aide-diététiste n° 148 a dit qu'elle devait le servir, car elle avait à faire le service du café et du thé, et partir à une certaine heure. On a donné à la personne résidente n° 058 de la salade, de la soupe et un plat principal en même temps pendant le service du déjeuner. On n'indique pas dans le programme de soins que les deux personnes résidentes n° 048 et 058 nécessitent qu'on leur serve plusieurs plats en même temps pendant les repas. La personne résidente n° 059 a reçu un dessert alors qu'elle mangeait le plat principal de ce repas du déjeuner. Elle a alors commencé à manger du dessert et n'a pas terminé le plat principal. On a servi de la soupe à la personne résidente n° 001 au début du service du repas du déjeuner, et non pas après le plat principal comme le mentionnent les indications du rapport sur les types de régimes alimentaires.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé le 25 avril 2017 l'aide-diététiste n° 146, qui a indiqué que l'on peut servir les repas aux tables des personnes résidentes dès que les personnes résidentes et le personnel arrivent dans la salle à manger.

Le 28 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le repas du déjeuner dans l'unité identifiée, et l'on servait plusieurs plats à la fois aux tables des personnes résidentes. L'aide-diététiste n° 148 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 qu'il/elle mettait la nourriture sur les tables pour les personnes résidentes, mais ne devrait pas quitter la cuisine. L'aide-diététiste n° 148 a indiqué que les PSSP ne sont pas dans la salle à manger, car elles ont une urgence, néanmoins il/elle ne peut pas attendre, car il/elle doit servir leur déjeuner aux personnes résidentes et quitter l'unité pour aller à la

**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***

cuisine laver la vaisselle de tout le foyer. La personne résidente n° 041 a reçu le plat principal que l'on a placé devant elle, et la soupe était poussée au milieu de la table. La personne résidente n° 041 essayait de manger la soupe avec une fourchette en passant par-dessus le plat principal. On a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 041, et celle-ci ne nécessitait pas qu'on lui serve plusieurs plats à la fois pendant les repas. La personne résidente n° 001 était assise à une table avec un bol de soupe et le plat principal devant elle, et elle ne mangeait aucun des plats.

Le 27 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la/le chef du service d'alimentation qui a indiqué que les aides-diététistes peuvent commencer à servir le repas aux personnes résidentes seulement lorsqu'un membre du personnel est disponible pour aider ces dernières. Il/elle a indiqué que les aides-diététistes doivent surveiller le service de repas un plat après l'autre dans les salles à manger et ne doivent pas se dépêcher pour finir de servir le repas à une certaine heure. Les aides-diététistes doivent attendre pour donner le plat suivant que les personnes résidentes aient terminé le premier plat, sauf si leur programme de soins indique de leur servir plusieurs plats en même temps. [Disposition 73 (1)8]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à une personne résidente qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé l'aide-diététiste n° 148 dans l'unité identifiée qui servait des soupes aux personnes résidentes à 12 h 9, cependant les PSSP étaient encore en train d'amener des personnes résidentes dans la salle à manger. La personne résidente n° 058 était assise seule à une table et on lui avait servi de la salade, de la soupe et un plat principal à 12 h 18, toutefois on en lui avait pas fourni d'assistance avant 12 h 30. Le programme de soins de la personne résidente n° 058 indiquait qu'elle avait besoin d'un membre du personnel pour lui offrir du soutien pratique. La personne résidente n° 048 a commencé à manger sa soupe 10 minutes après qu'on la lui avait servie devant elle dans la salle à manger. La personne résidente n° 048 nécessite une assistance totale pour manger son repas.

Le 25 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé l'aide-diététiste n° 148 dans une autre unité qui servait les petits déjeuners à 8 h 49 à des personnes résidentes qui n'étaient pas présentes comme suit :

On a servi à la personne résidente n° 053 un bol de flocons de maïs secs, une banane, un verre de lait, un verre de jus de pomme, un verre d'eau et deux yogourts. Un/une PSSP a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 que la personne résidente n° 053 n'était pas encore sortie du lit.

La personne résidente n° 060 est une personne qui prend le petit déjeuner dans cette salle à manger, et l'aide-diététiste lui avait servi un bol de flocons de maïs secs, une banane, un verre de lait, un verre de jus de pomme, un verre d'eau et deux yogourts. Un/une PSSP a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 que la personne résidente n° 060 n'était pas encore levée, ni dans la salle à manger.

On a servi à la personne résidente n° 061 un yogourt, un verre de jus de pomme, un verre d'eau, du pain et un œuf en purée, un bol de gruau et une rôtie coupée avec de la confiture, cependant la personne résidente n'était pas encore dans la salle à manger.

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*

On a servi à la personne résidente n° 062 un yogourt, un verre de jus d'orange, une rôtie coupée avec de la confiture, cependant la personne résidente n'était pas encore dans la salle à manger.

On a servi à la personne résidente n° 026 un verre de jus de pomme, un verre d'eau, un yogourt, du gruau avec du pain aux bananes en purée servis dans la même tasse, une rôtie coupée avec de la confiture, et une omelette avant que la personne résidente arrive dans la salle à manger.

Le 25 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé l'aide-diététiste n° 146, qui a indiqué qu'ils peuvent servir les repas aux tables des personnes résidentes dès que ces dernières arrivent dans la salle à manger avec le personnel.

Le 28 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le repas du déjeuner dans l'unité identifiée à 12 h 5. L'aide-diététiste n° 148 a servi aux personnes résidentes plusieurs plats en même temps et a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 ne pas être censé(e) quitter l'office, mais qu'il n'y avait pas de PSSP dans la salle à manger. L'aide-diététiste a indiqué qu'il/elle place la nourriture sur les tables et laisse aux PSSP le soin d'assister les personnes résidentes, même quand les PSSP ne sont pas prêt(e)s. L'aide-diététiste a indiqué qu'elle doit veiller au bon déroulement du repas, car elle doit quitter l'unité identifiée pour aller faire la vaisselle pour tout le foyer, et puis partir à son domicile vers 14 heures.

Le 27 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la/le chef du service d'alimentation qui a indiqué que les aides-diététistes peuvent commencer à servir le repas aux personnes résidentes seulement lorsque des membres du personnel infirmier sont disponibles pour aider ces dernières. Il/elle a indiqué de plus que les aides-diététistes ne devraient pas se dépêcher pour finir de servir le repas à une certaine heure, en particulier pour ces unités identifiées qui ont des personnes résidentes avec une déficience cognitive, car elles nécessitent plus de temps. [Alinéa 73 (2)b]

Autres mesures requises :

L'OC n° 006 sera signifié à la ou au titulaire de permis. Se reporter au formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou de l'inspecteur ».

(A1) L'ordre/les ordres suivants a été modifié/ont été modifiés : OC n° 006.

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'on se conforme à l'article 73 du règlement, car le foyer n'a pas veillé à avoir un service de restauration et de collation qui comporte ce qui suit :

***A. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux personnes résidentes.
Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 73 (1)1,***

- veiller à ce que les repas soient servis un plat après l'autre, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire [Disposition 73 (1)8]

- *veiller à ce qu'aucun repas ne soit servi à une personne résidente qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.*

AE n° 7 : La ou 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 concernant les dispositions suivantes :

Par. 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; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- 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).

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

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

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

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

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

La personne résidente n° 038 a été admise au foyer à une date déterminée, et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de multiples problèmes de santé.

Lors de trois jours déterminés l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué que la personne résidente n° 038 avait un dispositif pour l'incontinence en place que l'on avait trouvé décoloré et taché d'une couleur jaune orange sombre.

**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***

Un examen du programme de soins écrit et du Kardex actuel indiquait de changer le dispositif pour l'incontinence au premier bain prévu lors de journées déterminées. Le programme de soins écrit ne précisait pas à qui incombait la responsabilité de changer le dispositif pour l'incontinence, et il n'y avait aucune indication pour savoir si l'on devait le changer toutes les semaines ou tous les mois.

Un examen de la feuille intitulée « Bath of an identified unit » (bain dans une unité déterminée) qui se trouvait dans la salle des rapports indiquait de donner le bain de la personne résidente lors de deux jours différents chaque semaine.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le PSSP n° 139 a indiqué avoir fourni les soins de la personne résidente lors de deux journées consécutives.

Au cours d'entrevues, la/le PSSP n° 123 à une date déterminée et la/le PSSP n° 134 à une autre date déterminée, ont indiqué qu'il n'incombait pas aux PSSP de changer le dispositif pour l'incontinence de la personne résidente n° 038.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IAA n° 106 et l'IA n° 103 ont indiqué que le dispositif pour l'incontinence de la personne résidente était taché d'une couleur jaune orange, et qu'il n'y avait pas de document indiquant quand on l'avait changé, comme on l'indique dans le programme de soins écrit de la personne résidente.

À une date déterminée, l'IAA n° 106 a déclaré que l'IA ou l'IAA de l'unité met en place un nouveau dispositif pour l'incontinence pendant la procédure de soins liés à l'incontinence, chaque mois identifié.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'éducatrice/l'éducateur clinique a indiqué que le foyer se conforme à la marche à suivre mentionnée dans un livre identifié relativement au dispositif pour l'incontinence. La marche à suivre pour le dispositif pour l'incontinence n'indique pas la fréquence à laquelle il faut le changer.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a déclaré que les soins pour le dispositif pour l'incontinence de la personne résidente comportaient des informations contradictoires, car le programme de soins écrit de cette dernière indiquait de le changer lors du premier bain assigné, à une date déterminée, et que l'on donnait son bain à la personne résidente lors de deux jours différents pendant la semaine.

Lors d'entrevues, l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique et la directrice/le directeur des soins de longue durée ont reconnu que le programme de soins de la personne résidente n° 038 ne donne pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes pour savoir quand changer son dispositif pour l'incontinence.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté pour la personne résidente n° 038 un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins liés à l'incontinence concernant les jours auxquels il fallait changer le dispositif pour l'incontinence. [Alinéa 6 (1)c]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation de la personne résidente et de ses besoins et préférences.

Lors d'une discussion, une personne identifiée apparentée à la personne résidente n° 014 a fait part de certains sujets de préoccupation à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592.

La personne identifiée a indiqué que chaque fois qu'elle rendait visite à la personne résidente, elle remarquait que ses prothèses dentaires étaient mal assujetties et tombaient hors de sa bouche. Elle a indiqué de plus avoir demandé à plusieurs reprises aux membres du personnel d'utiliser de l'adhésif sur les prothèses dentaires de la personne résidente pour les tenir en place. La personne identifiée a indiqué qu'elle avait de nouveau signalé le problème à l'IA n° 103 à une date déterminée.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 014. Ils indiquaient qu'elle avait été admise à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics.

Le programme de soins actuel de la personne résidente n° 014 a été examiné et il indiquait, à la rubrique de l'hygiène personnelle que le foyer définit comme étant la façon dont la personne résidente veille à son hygiène personnelle, notamment en se brossant les dents, que la personne résidente n° 014 nécessitait une assistance complète de la part du personnel. Les documents du dossier médical de la personne résidente indiquaient que le personnel fournissait quotidiennement une assistance pleine et entière à la personne résidente pour son hygiène personnelle.

Lors d'une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a observé la personne résidente n° 014 dans sa chambre. Au cours d'une entrevue avec elle, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que l'une des prothèses dentaires de la personne résidente était mal assujettie et tombait hors de sa bouche quand elle essayait de lui parler. Pour ce faire, la personne résidente n° 014 a enlevé une des prothèses dentaires et indiqué qu'elle avait beaucoup de mal à parler parce que l'on devait mettre de la colle à ses prothèses dentaires et qu'on ne l'avait pas fait ce matin. La personne résidente a tenté de montrer à l'inspectrice/l'inspecteur où l'on gardait la colle pour ses prothèses dentaires, et elle a été incapable d'ouvrir son tiroir. L'inspectrice/l'inspecteur a demandé l'autorisation d'ouvrir le tiroir de la personne résidente et a trouvé un tube intact d'adhésif dentaire. La personne résidente a pris le tube des mains de l'inspectrice/l'inspecteur et a essayé de l'ouvrir sans y parvenir. Elle a indiqué être incapable de mettre la « colle » par ses propres moyens, et que par conséquent elle aimerait que le personnel le fasse pour elle.

À une date déterminée, la/le PSSP n° 112 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 lors d'une entrevue être la principale personne qui s'occupe de la personne résidente n° 014 et que cette dernière nécessitait une assistance totale. Il/elle a de plus indiqué être responsable des soins buccaux de la personne résidente n° 014 et ne pas avoir remarqué de problèmes avec ses prothèses dentaires. En réponse aux questions concernant l'utilisation d'adhésif pour les prothèses dentaires, la/le PSSP a indiqué qu'il n'y avait pas d'adhésif pour prothèses dentaires dans cette unité.

**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**

À une date déterminée, l'IA n° 103 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 lors d'une entrevue que la personne identifiée apparentée à la personne résidente n° 014 l'avait informé(e) à plusieurs reprises au sujet des prothèses dentaires mal assujetties de la personne résidente n° 014 et du fait que le personnel ne mettait pas d'adhésif. L'IA a indiqué de plus que la personne identifiée l'avait encore informé(e) la veille que le personnel n'était pas coopératif. L'IA n° 103 a de plus indiqué ne pas avoir documenté dans le programme de soins de la personne résidente n° 014 la nécessité de mettre de l'adhésif à ses prothèses, parce que le personnel ne consultait pas le programme de soins de la personne résidente. L'IA a de plus indiqué avoir fait part de ses inquiétudes aux membres du personnel des services à la personne lors du rapport de communication de 24 heures, mais que lorsqu'il s'agissait de personnel occasionnel, il était difficile pour les PSSP de faire le suivi. L'IA a de plus indiqué que de l'adhésif pour les prothèses dentaires était mis à la disposition de chaque membre du personnel, et qu'en particulier pour la personne résidente n° 014 on le gardait dans son tiroir supérieur pour faciliter les choses aux membres du personnel.

Par conséquent, le programme de soins relativement à l'utilisation d'adhésif sur les prothèses dentaires de la personne résidente n° 014 n'est pas fondé sur les besoins de cette personne résidente. [Paragraphe 6 (2)]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

Ce registre n° 007057-17 concernant les préoccupations d'une personne identifiée au sujet de la personne résidente n° 073 a été inclus à la présente inspection de la qualité des services aux personnes résidentes. La personne identifiée a indiqué qu'à une date déterminée pendant la soirée, elle avait remarqué de l'enflure à une partie identifiée du corps de la personne résidente sur laquelle elle avait attiré l'attention d'une infirmière/d'un infirmier la veille. La personne identifiée a déclaré qu'une infirmière/un infirmier identifié avait apporté deux oreillers pour les mettre sous la partie identifiée du corps de la personne résidente afin de faire diminuer l'enflure.

La personne résidente n° 073 avait été admise au foyer à une date déterminée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de multiples problèmes de santé.

Le sommaire de congé de l'hôpital à une date déterminée indiquait que l'œdème de la partie identifiée du corps de la personne résidente était en grande partie résorbé, et que la radiologie avait montré qu'elle n'avait subi aucune lésion identifiée. La cause de l'œdème n'avait pas été déterminée.

Pendant six jours déterminés sur une période de deux mois, les notes d'évolution indiquaient que la partie identifiée du corps de la personne résidente avait de l'œdème. Lors d'une date déterminée, les notes indiquaient que la partie du corps identifiée avait un œdème particulier et qu'il y avait un bon retour capillaire. Lors de deux dates déterminées sur une période de deux mois, les notes indiquaient que la partie identifiée du corps était toujours enflée, mais qu'il n'y avait pas de chaleur, de rougeur, ni de douleur, et que l'on continuait la surveillance. À une autre date déterminée, la note indiquait que la partie identifiée du corps était toujours enflée, mais qu'il n'y avait pas de douleur. Vingt et un jours plus

**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***

tard, les notes indiquaient que la partie identifiée du corps de la personne résidente était toujours enflée, et qu'elle se plaignait d'une douleur à cet endroit.

Lors d'une entrevue le 5 mai 2017, l'IAA n° 177 a déclaré que les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient déjà que la partie du corps déterminée de la personne résidente était enflée et que l'on avait informé une ou un IA identifié à une date déterminée.

Lors d'une entrevue le 5 mai 2017, l'IA n° 167 a déclaré à l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 que l'enflure de la partie du corps identifiée de la personne résidente variait d'un jour à l'autre.

Lors d'une entrevue le 3 mai 2013, la/le médecin qui traite la personne résidente a déclaré avoir été informé(e) de l'enflure de la partie déterminée du corps de la personne résidente seulement quand il/elle avait parlé avec la personne identifiée, deux mois après que l'on avait déterminé que la partie identifiée du corps de la personne résidente avait de l'œdème.

Lors d'une entrevue le 5 mai 2017, l'administratrice/l'administrateur a déclaré avoir parlé à l'IAA n° 132 concernant ce qu'il/elle avait documenté à une date déterminée au sujet de l'enflure de la partie identifiée du corps de la personne résidente. L'administrateur/l'administratrice a révélé que l'IAA n° 132 a déclaré avoir informé ce jour-là une infirmière/un infirmier et avoir laissé une note dans le livre de la ou du médecin concernant la partie identifiée du corps de la personne résidente. Toutefois, l'IAA n° 132 a été incapable de fournir la preuve qu'elle avait informé la ou le médecin en mentionnant les faits dans le livre du médecin, car les feuilles de notes sont déchiquetées au bout d'un certain temps.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à l'évaluation de l'œdème d'une partie identifiée du corps de la personne résidente n° 073, de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. [Alinéa 6 (4)a]]

4. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente n° 048, tel que le précise le programme de soins relativement à un équipement d'aide à la mobilité.

La personne résidente n° 048 a été admise au foyer à une date déterminée avec une déficience cognitive et en ayant fait l'objet de plusieurs autres diagnostics médicaux.

Pendant la durée de la présente inspection, on a remarqué que la personne résidente n° 048 était assise dans un fauteuil roulant étiqueté au nom de la personne résidente n° 049. L'évaluation des plus récentes chutes de la personne résidente indiquait qu'elle avait fait une ou plusieurs chutes au cours des trois à douze derniers mois. L'état de sa mobilité indiquait qu'elle avait une démarche peu sûre, était impulsive, oubliait son aide fonctionnelle pour marcher, et que l'on avait remarqué qu'elle utilisait le matériel de façon dangereuse. Les ordres de médecin documentaient à une date déterminée de mettre une housse sur le dispositif de contention identifié quand cette personne résidente était en fauteuil roulant. Une note indiquait que la housse identifiée était ajoutée pour couvrir le dispositif de contention identifié quand la personne résidente n° 048 était dans son fauteuil roulant, afin de minimiser le risque de chutes. Le programme de soins actuel de la personne résidente n° 048 indiquait

qu'elle nécessitait un réglage en position assise pour être à un angle de 90 degrés en utilisant un oreiller derrière son dos pour la redresser quand elle mange, comme l'avait ordonné la/le diététiste du foyer à une date déterminée.

Le 27 avril 2017, l'IAA n° 107 a indiqué que le personnel avait échangé le fauteuil roulant de la personne résidente n° 048 avec celui de la personne n° 049 parce qu'il pensait que la personne résidente n° 048 serait mieux assise dans le fauteuil roulant de la personne résidente n° 049 pour les repas, et parce que la personne résidente n° 049 n'avait plus besoin de son fauteuil. On a remarqué par la suite que la personne résidente n° 049 était assise dans le fauteuil roulant de la personne résidente n° 048 avec le dispositif de contention en place. La personne résidente n° 049 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547, alors qu'elle tenait à deux mains le dispositif de contention identifié, qu'elle n'était pas à l'aise dans ce fauteuil roulant. L'IAA n° 107 a indiqué de plus qu'il/elle ne pensait pas que les personnes résidentes aient déjà fait l'objet d'une réévaluation pour utiliser ces fauteuils roulants, ni si l'on avait déjà obtenu le consentement de l'une ou l'un de leurs mandataires spéciaux.

Lors d'une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a informé la directrice/le directeur des soins (DDS) de cet échange de fauteuils roulants pour ces personnes résidentes, et qu'il n'y avait pas, dans l'un ou l'autre des dossiers médicaux des personnes résidentes, de documentation d'une quelconque évaluation de la position assise, ni du changement du dispositif de contention identifié. La/le DDS a examiné les dossiers, et a dit qu'il/elle indiquera au personnel de remettre les personnes résidentes dans leur propre fauteuil roulant et de demander à une ou un ergothérapeute une évaluation de la position assise comme les besoins de chaque personne résidente le nécessitent.

Le lendemain, on a remarqué que la personne résidente n° 048 était assise dans le fauteuil roulant de la personne résidente n° 049 avec un dispositif de contention identifié, et l'on ne remarquait aucune housse identifiée par-dessus ce dispositif de contention identifié comme on l'avait ordonné. Le dossier physique de la personne résidente a été examiné, et l'on ne remarquait aucun changement aux ordres relatifs à la contention, et aucune évaluation de la station assise n'était mentionnée.

Cinq jours plus tard, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué la personne résidente n° 048 qui propulsait avec les pieds un fauteuil roulant muni d'une étiquette à son nom, et qui utilisait sa main identifiée pour propulser une roue. La personne résidente avait un dispositif de contention identifié en place, mais il ne comportait pas la housse identifiée. L'IAA n° 107 et la/le PSSP n° 150 ont indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que la housse identifiée de la personne résidente était probablement partie à la buanderie, car la personne résidente n'en avait qu'une.

Les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 048 ne lui ont pas été fournis, tel que le précisait son programme de soins, car on avait assis la personne résidente dans le fauteuil roulant d'une autre personne résidente, sans dispositif de contention, sans housse identifiée sur le dispositif de contention identifié. [Paragraphe 6 (7)]

5. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente n° 049, tel que le précise le programme relativement à un équipement d'aide à la mobilité.

**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 personne résidente n° 049 a été admise au foyer à une date déterminée avec une déficience cognitive et en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé la personne résidente n° 049 lors de quatre jours déterminés; elle était dans un fauteuil roulant portant une étiquette au nom de la personne résidente n° 048 quand elle était assise dans la salle à manger pour le repas de midi. On a remarqué à deux reprises pendant le déjeuner que la personne résidente n° 049 était très contrariée et propulsait le fauteuil roulant avec les mains et les pieds pour se rendre de la salle à manger à sa chambre. On a remarqué que dans les deux cas, elle tenait le dispositif de contention identifié.

On a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 049, et la plus récente évaluation des plus récentes chutes indiquait, à une date déterminée, que la chute la plus récente avait eu lieu environ six semaines avant cette évaluation des chutes. Le programme de soins actuel de la personne résidente n° 049 mentionnait de s'assurer qu'elle utilisait son déambulateur pour se déplacer sur de courtes distances. L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué que la chambre de la personne résidente n° 049 est située à côté de la salle à manger et qu'elle est assise à une table identifiée quand elle entre dans la salle. Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 049 indiquait qu'il n'y avait pas d'ordre de médecin pour qu'elle ait un dispositif de contention identifié quand elle est assise en fauteuil roulant. Le programme de soins de la personne résidente ne mentionnait pas d'utilisation de fauteuil roulant ni le dispositif de contention identifié.

Le 27 avril 2017, l'IAA n° 107 a indiqué que le personnel avait échangé les fauteuils entre les personnes résidentes n°s 048 et 049, car il pensait que la personne résidente n° 048 serait mieux assise dans le fauteuil roulant de la personne résidente n° 049 pour les repas, et parce que cette dernière n'avait plus besoin de son fauteuil. On a remarqué par la suite que la personne résidente n° 049 était assise dans le fauteuil de la personne résidente n° 048 avec le dispositif de contention identifié en place. La personne résidente n° 049 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 alors qu'elle tenait la ceinture de siège des deux mains, qu'elle n'était pas à l'aise dans ce fauteuil. L'IAA n° 107 a indiqué de plus qu'il/elle ne pensait pas que l'on avait déjà réévalué l'utilisation de ces fauteuils par les personnes résidentes, ou que l'on avait déjà eu le consentement de l'une ou l'un de leurs mandataires spéciaux.

Le 27 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a informé la directrice/le directeur des soins (DDS) de cet échange de fauteuils roulants pour ces personnes résidentes, et indiqué qu'aucune documentation d'une quelconque évaluation de la position assise, ni du changement du dispositif de contention identifié ne figurait dans les dossiers médicaux des deux personnes résidentes. La/le DDS a examiné les dossiers et indiqué qu'il/qu'elle ordonnera au personnel de remettre les personnes résidentes dans leur propre fauteuil roulant et de demander à une ou un ergothérapeute une évaluation de la position assise, comme les besoins de chaque personne résidente le nécessitent.

Les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 049 ne lui ont pas été fournis, tel que le précise le programme, car elle était assise dans le fauteuil roulant d'une autre personne résidente qui comportait un dispositif de contention. [Paragraphe 6 (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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'on veille à ce que :

- ***soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente,***
- ***les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation de la personne résidente et de ses besoins et préférences,***
- ***le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent,***
- ***les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme relativement à l'équipement de mobilité. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

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

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que lorsque la Loi ou le présent règlement exige que la ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, la ou le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci b) soient respectés.

Conformément au paragraphe 48 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, la ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion.

La politique du foyer n° CLIN CARE 33 LTC intitulée « Falls Prevention in Long Term Care » (prévention des chutes dans les soins de longue durée), datée de décembre 2015, indiquait que pour les chutes sans blessure grave on devait suivre la procédure d'examen de routine pour les traumatismes crâniens s'il n'y a pas de témoins de la chute, si la personne résidente prend des anticoagulants, ou s'il y a éventualité de traumatisme crânien. L'infirmière ou l'infirmier autorisé (IA) doit effectuer et documenter une évaluation clinique (notamment les signes vitaux) de la personne résidente lors de chaque poste de travail pendant soixante-douze heures.

Ce registre n° 007057-17 inclus dans le rapport d'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes indiquait qu'une personne identifiée était inquiète quand, durant sa visite du soir à une date déterminée, elle avait découvert que la personne résidente n° 073 avait vomi dans un endroit déterminé alors qu'aucun membre du personnel n'était présent. La personne identifiée a indiqué que la personne résidente avait fait une chute le matin de la même date susmentionnée.

La personne résidente n° 073 avait été admise au foyer à une date identifiée, et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une déficience cognitive et d'autres problèmes de santé.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente indiquait qu'elle risquait de faire des chutes, et de veiller à ce qu'elle utilise un déambulateur, à ce que son lit soit à la position la plus basse, et à ce qu'elle utilise un fauteuil roulant si elle était fatiguée. Le programme de soins écrit indiquait que la personne résidente avait précédemment fait une chute à une date déterminée.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente à une date déterminée indiquait qu'une ou un PSSP identifié avait trouvé la personne résidente le matin, assise sur le sol à côté de son lit, le dos appuyé au côté du lit. On avait fait une évaluation de la personne résidente pour voir si elle avait des lésions, on avait pris ses signes vitaux, et ils étaient stables.

Un examen des signes vitaux dans le dossier PointClickCare (PCC) de la personne résidente indiquait qu'ils n'étaient pas documentés à partir du moment où l'on avait trouvé la personne résidente sur le sol le matin d'une date déterminée jusqu'à tard pendant le poste du soir du même jour.

Dans le dossier PCC de la personne résidente, à la rubrique des signes vitaux, on indiquait que les signes vitaux de la personne résidente avaient été pris à la date déterminée, tard dans la soirée.

Les notes d'évolution de la personne résidente n° 073 indiquaient qu'on l'avait transférée à l'hôpital à une date déterminée tard le soir et qu'on l'y avait admise.

La fiche d'évaluation neurologique de Soins continus Bruyère indiquait de vérifier les signes neurologiques comme suit :

- toutes les quinze minutes quatre fois, puis
- toutes les trente minutes deux fois, puis
- toutes les heures quatre fois, puis
- toutes les huit heures si une évaluation neurologique est requise.

Lors d'entrevues le 2 mai 2017, la/le PSSP n° 165 et l'IAA n° 166 ont déclaré que l'on avait trouvé la personne résidente assise sur le plancher à côté de son lit, le dos appuyé au côté du lit, de bonne heure le matin à une date déterminée, et que la chute avait eu lieu sans témoins. L'IAA n° 166 a déclaré que l'évaluation de la personne résidente indiquait qu'il n'y avait pas de blessure, et que les signes vitaux étaient stables quand il/elle l'avait découverte assise sur le sol. L'IAA n° 166 a reconnu que le résultat de l'examen des signes vitaux n'était pas documenté, et déclaré que l'on n'avait pas entrepris d'examen pour les traumatismes crâniens étant donné que l'on ne voyait aucun signe de lésion à la tête de la personne résidente, et qu'elle était capable de répondre aux questions.

Lors d'une entrevue le 2 mai 2017, l'IA n° 167 a déclaré que la personne résidente n'avait pas subi de blessure causée par la chute. Il/elle a indiqué avoir été informé(e) que l'on avait effectué l'examen des signes vitaux de la personne résidente et que son état était stable.

Lors d'une entrevue le 2 mai 2017, l'IAA n° 168 a déclaré qu'à la date déterminée, on avait pris les signes vitaux et la saturation en oxygène de la personne résidente au début du poste du soir, et que le résultat était normal. L'IAA n° 168 a indiqué ne pas avoir documenté dans les dossiers médicaux de la personne résidente ses signes vitaux et sa saturation en oxygène au début du poste du soir, parce qu'il/elle avait décidé de documenter seulement ceux qu'il/elle prendrait plus tard dans la soirée.

Lors d'une entrevue le 3 mai 2017, l'administratrice/l'administrateur a déclaré que l'on avait entrepris une enquête concernant la chute de la personne résidente, après une réunion avec la personne identifiée, sept jours après l'incident mettant en cause la personne résidente à la date déterminée. L'enquête portait également sur l'état de santé de la personne résidente à la date déterminée pendant le poste du soir, ce qui s'était finalement traduit par son envoi à l'hôpital plus tard ce jour-là. L'administrateur/l'administratrice a indiqué avoir parlé durant l'enquête avec les IAA n°^{os} 166 et 168. L'IAA n° 166 lui avait dit supposer que la personne résidente avait glissé du lit, et que son évaluation révélait qu'il n'y avait pas de lésion. L'IAA n° 168 a indiqué avoir pris les signes vitaux de la personne résidente au début du poste du soir, mais ne pas avoir documenté le résultat dans le dossier médical de la personne résidente. L'administratrice/l'administrateur avait informé l'IAA n° 168 que le résultat des signes vitaux devrait toujours être documenté dans le dossier médical de la personne résidente.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on respecte la politique du foyer intitulée « Falls Prevention in Long Term Care » (prévention des chutes dans les soins de longue durée) comme l'indiquait la section « Post Fall Management » (gestion de la situation après une chute) de la politique susmentionnée. [Alinéa 8 (1)b]

2. Cette constatation concerne une chute de la personne résidente n° 041.

La personne résidente n° 041 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet de multiples diagnostics. Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a remarqué que l'on documentait qu'un/une PSSP avait trouvé la personne résidente sur le plancher à un endroit identifié de son unité à une date déterminée pendant la soirée. À la suite de la chute, la personne résidente avait subi une blessure à un endroit identifié.

**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***

L'IA n° 156 avait effectué une évaluation après une chute (concertation après une chute) à une date déterminée au moment de la chute. Sur le document de concertation après une chute, l'IA n° 156 a documenté que la personne résidente n'avait pas subi ou ne subirait probablement pas de blessure déterminée, et l'IA n'avait pas effectué d'évaluation neurologique.

On a examiné le formulaire d'évaluation neurologique et remarqué en haut du formulaire la mention « à effectuer toutes les quinze minutes x 4, toutes les trente minutes x 2, toutes les heures x 4 et toutes les huit heures si une évaluation neurologique est requise ». On remarquait également que l'IA de nuit avait documenté lors du poste de travail suivant que l'on avait commencé l'évaluation neurologique à une date déterminée au début du poste de nuit, et par la suite cinq heures plus tard à 11 heures. On n'avait pas commencé l'évaluation neurologique au moment de la chute, et on ne l'avait pas effectuée comme on l'indiquait sur le formulaire.

Lors d'une entrevue le 26 avril 2017, l'IA n° 156 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'une lésion à l'endroit identifié est considérée comme un traumatisme crânien éventuel, et que c'est un indice qu'il faut commencer immédiatement l'évaluation neurologique. Il/elle a indiqué ne pas savoir exactement la raison pour laquelle on n'avait pas immédiatement procédé à une évaluation neurologique, et que parfois c'est l'IA qui la commence, et parfois c'est l'IAA. Lors d'une entrevue le 28 avril 2017, l'IAA n° 157 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur ne pas avoir entrepris d'évaluation neurologique de la personne résidente n° 041 après la chute à une date déterminée, car l'IA n° 156 lui avait indiqué qu'il/qu'elle s'occupera des formulaires et des évaluations, par conséquent il/elle avait supposé que cela incluait l'évaluation neurologique.

Cette constatation concerne le registre n° 032808-16

Lors d'une date déterminée de 2016, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour faire rapport d'une chute de la personne résidente n° 069 à une date déterminée. On signalait qu'à une date déterminée pendant le poste de nuit on avait entendu du bruit dans le corridor et qu'un/une PSSP avait trouvé la personne résidente n° 069 gisant sur le côté sur le sol. À la suite de la chute, on avait envoyé la personne résidente à l'hôpital où elle avait fait l'objet d'une intervention relativement à la lésion.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a examiné les documents dans les dossiers médicaux de la personne résidente, et remarqué que l'on mentionnait pendant cinq mois que la personne résidente n° 069 était tombée plusieurs fois et que ces chutes avaient eu lieu sans témoins. L'inspectrice/l'inspecteur a également remarqué que l'évaluation neurologique pour ces chutes était incomplète ou qu'on ne l'avait pas effectuée.

On a fourni à l'inspectrice/l'inspecteur le programme du foyer relatif aux chutes – politique n° CLIN CARE 33LTC intitulée « Falls Prevention in Long Term Care » (prévention des chutes dans les soins de longue durée), révisée en décembre 2015. À la page 2 de 2, on mentionnait :

4.5 Si la chute a lieu sans témoins, si la personne résidente prend des anticoagulants, ou s'il y a éventualité de traumatisme crânien, on devait suivre la procédure d'examen de routine pour les traumatismes crâniens.

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 le 26 avril 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que leur évaluation neurologique est la procédure d'examen de routine. Il/elle a indiqué que quand une personne résidente subit une blessure à l'endroit identifié lors d'une chute, c'est un indice que la personne résidente s'est heurté la tête pendant la chute, et parce que la chute de cette personne résidente a également eu lieu sans témoins, on doit immédiatement entreprendre une évaluation neurologique. Le 27 avril 2017, l'infirmière/l'infirmier en pratique avancée n° 158 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur lors d'une entrevue que quand une personne résidente fait une chute, il incombe à l'IA ou à l'IAA d'entreprendre l'évaluation neurologique. Il/elle a de plus indiqué que quelques IAA ne sont pas à l'aise pour faire les évaluations neurologiques, c'est la raison pour laquelle il incombe à l'IA de remplir le formulaire de consultation après une chute et de veiller à ce que l'on procède à l'évaluation neurologique quand une personne résidente a fait une chute et que l'on soupçonne qu'il y a un traumatisme crânien ou lorsque la chute a lieu sans témoins.

Comme le montre ce qui précède, la politique n° CLIN CARE 33LTC intitulée « Falls Prevention in Long Term Care » (prévention des chutes dans les soins de longue durée), révisée en décembre 2015, qui fait partie du programme de prévention des chutes du foyer, n'a pas été mise en œuvre quand les personnes résidentes n° 041 et 069 ont fait des chutes sans témoins avec un traumatisme crânien éventuel, et que l'on n'a pas effectué d'évaluation neurologique. [Alinéa 8 (1)b)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que lorsque la Loi ou le présent règlement exige que la ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, la ou le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 9 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 9 du Règlement de l'Ontario 79/10. Portes

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 9 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1)

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes et être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 18 avril 2017, les inspectrices/inspecteurs n^{os} 550 et 592 ont remarqué que les portes suivantes étaient ouvertes ou non verrouillées et qu'elles n'étaient pas supervisées par le personnel tel que décrit ci-dessous :

Unité du 4^e étage :

Salle A421 – salle de bains courante : la porte n'était pas verrouillée et la salle n'était pas dotée d'une sonnette d'appel.

Salle C411 – salle des rapports : la porte n'était pas verrouillée et la salle n'était pas dotée d'une sonnette d'appel.

Unité du 3^e étage :

Salle A309 – salle du matériel propre : la porte était tenue ouverte par un arrêt de porte, et la salle n'était pas dotée d'une sonnette d'appel.

Salle A307 – salle du matériel souillé : la porte n'était pas verrouillée, et la salle n'était pas dotée d'une sonnette d'appel.

Salle A304 : la porte n'était pas verrouillée, il y avait un trou dans la porte à l'endroit où il y avait la serrure. La salle n'était pas dotée d'une sonnette d'appel.

Salle A305 : la porte n'était pas verrouillée et la salle n'était pas dotée d'une sonnette d'appel.

Unité du 2^e étage

Salle A209 – salle du matériel propre : il y avait une serviette de toilette placée sur le loquet de la porte pour l'empêcher de se verrouiller. Il n'y avait pas de sonnette d'appel à l'intérieur de la salle. Les PSSP n^{os} 121 et 122 ont indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n^o 592 que la lingerie A209 n'était pas une aire résidentielle et que le pavé numérique qui servait à verrouiller et à déverrouiller la porte ne fonctionnait pas toujours correctement. Le personnel mettait une serviette de toilette pour empêcher la porte de se fermer et de se verrouiller afin de gagner du temps, et pour la commodité du personnel. Observations ultérieures :

Le 19 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n^o 547 a remarqué ce qui suit :

Salle A211 – salle des rapports : les deux portes étaient ouvertes et il n'y avait pas de sonnette d'appel à l'intérieur.

Bureau du minimum de données standardisées (MDS) : la porte était ouverte, et il n'y avait pas de sonnette d'appel à l'intérieur.

Salle A242 – salle de conférence : la porte était ouverte, et il n'y avait pas de sonnette d'appel à l'intérieur.

Unité 1C – salle des rapports : les deux portes étaient ouvertes et il n'y avait pas de sonnette d'appel à l'intérieur.

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

Le 19 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a observé la salle A209 – lingerie : la porte était tenue ouverte par un arrêt de porte.

Le 21 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a fait le tour des aires susmentionnées du foyer avec l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique. Cette personne a indiqué que toutes les aires susmentionnées étaient des aires non résidentielles et que l'on devait tenir les portes fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. [Disposition 9 (1)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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à se conformer à l'exigence selon laquelle toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 10 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Services d'hébergement

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel des personnes résidentes d'une unité déterminée soit toujours propre.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué que les fauteuils roulants des personnes résidentes suivantes étaient souillés :

Personne résidente n° 003 – on a remarqué que le fauteuil roulant avait des débris de nourriture, de la poussière et une matière sèche collante rouge du côté droit du châssis.

Personne résidente n° 007 – on a remarqué que le fauteuil roulant avait des débris de nourriture séchée et de la poussière autour du châssis et des freins. Le coussin du siège de la personne résidente avait également de la matière sèche blanche.

**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***

Personne résidente n° 046 – les roues, les freins, la ceinture de sécurité et le coussin du siège du fauteuil roulant étaient fortement souillés, et le châssis était souillé de poussière, de débris et de nourriture collante.

Personne résidente n° 048 – on a remarqué que le fauteuil roulant situé dans une salle identifiée avait de la nourriture sèche, de la poussière, et des débris de nourriture collante.

Personne résidente n° 049 – on a remarqué que le fauteuil roulant, utilisé au moment considéré par la personne résidente n° 048, était fortement souillé de poussière et de nourriture séchée sur le cadre et sur le dispositif de contention identifié. On remarquait également que la roue et le frein du côté droit avaient de la matière sèche collante.

Personne résidente n° 057 – on a remarqué qu'elle était assise dans un fauteuil roulant dont les roues, les freins et le cadre étaient fortement souillés de poussière et de débris de nourriture, et que la ceinture identifiée de la personne résidente était collante et avait de la nourriture séchée. Le siège de la personne résidente avait de la matière sèche blanche et l'on remarquait la présence de débris de nourriture.

L'IAA n° 107 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 qu'il/elle travaille régulièrement le jour dans l'unité déterminée et n'était pas sûr(e), mais pensait que le classeur des tâches habituelles de l'unité identifiée devrait vraisemblablement mentionner le nettoyage des aides à la mobilité, car c'est une tâche que l'on effectue pendant la nuit.

Lors de l'examen du classeur des tâches habituelles de l'unité, on remarquait la procédure suivante : ce classeur indiquait que l'unité avait un formulaire pour le nettoyage de l'équipement d'aide à la mobilité daté d'une date déterminée. La routine de travail des services de soutien à la personne indiquait que la personne résidente n° 003 faisait partie du groupe 1 et nécessitait un nettoyage d'équipement d'aide à la mobilité les dimanches soir et les jeudis soir. La personne résidente n° 007 faisait partie du groupe 2 et nécessitait un nettoyage d'équipement d'aide à la mobilité les samedis soir et les mardis soir. Ce programme des tâches habituelles indiquait que tous les fauteuils roulants et tous les fauteuils de gériatrie de l'unité devaient être placés le soir dans la salle à manger pour que le personnel de nuit les lave.

La/le PSSP n° 115 a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 n'avoir aucune idée de qui au foyer lave les appareils d'aide à la mobilité pour les personnes résidentes, que pour laver de l'ameublement au foyer il/elle peut téléphoner au service d'entretien pour demander de faire nettoyer l'ameublement. L'IAA n° 144 a alors indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que l'on peut aussi appeler le service d'entretien pour faire laver l'équipement d'aide à la mobilité au besoin. La/le PSSP n° 115 a indiqué ne pas être au courant de cette procédure.

Le 25 avril 2017, l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que la procédure de nettoyage de l'équipement d'aide à la mobilité trouvée dans le classeur des tâches habituelles de l'unité identifiée est ancienne et n'est plus utilisée. Depuis l'année passée, ils ont une procédure pour faire laver l'équipement d'aide à la mobilité par le service d'entretien.

**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/le gestionnaire des installations d'entretien a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 le 25 avril 2017 que la procédure actuelle du foyer concernant le calendrier d'entretien préventif pour le nettoyage des fauteuils roulants était exécutée par le service d'entretien du foyer. Ce nettoyage avait été fait pour la dernière fois pour l'unité identifiée en janvier 2017. Les fauteuils roulants des personnes résidentes susmentionnées avaient été nettoyés. La/le gestionnaire des installations d'entretien a indiqué que le personnel peut demander qu'on lave les fauteuils roulants des personnes résidentes entre les dates de ces calendriers d'entretien préventif en téléphonant au bureau des bons de travail, en fonction des besoins des personnes résidentes. La/le gestionnaire des installations d'entretien a fourni une copie de la liste des appels de l'unité identifiée au bureau des bons de travail depuis janvier 2017, et aucune des personnes résidentes susmentionnées n'avait fait l'objet d'une demande pour qu'on lave son fauteuil roulant depuis que le lavage semestriel avait eu lieu en janvier 2017. [Alinéa 15 (2)a]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le 17 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé les aires suivantes en mauvais état :

3^e étage, unité B :

Salle de bains B305 :

- Une chaise en bois dont le vernis très usé, presque complètement disparu, laisse voir le grain du bois.
- Le bas de la porte est gauchi, la peinture est enlevée et laisse voir le panneau de particules.

4^e étage, unité C :

Salle de bains :

- À l'intérieur de la baignoire sur le dossier, il y a un endroit qui a été réparé en appliquant une pièce de matériau fin et dur. Ce matériau s'écaille et se fissure et les arêtes sont vives.
- Il y a une chaise en bois dans un coin dont le vernis est très usé et qui laisse voir le grain du bois.
- Les deux coins du mur à droite de la porte à l'entrée vers l'endroit où se trouve la baignoire sont endommagés. Les carreaux de céramique sont cassés et ont des arêtes vives, et la plinthe en linoléum est décollée.
- Il y a un piquet métallique vissé dans le sol à côté de la toilette. La plaque en métal au bas du piquet est rouillée. Il y a une vis manquante et les trois autres sont desserrées, le piquet métallique est donc branlant et pas sûr.

Le 25 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur a montré les aires en mauvais état susmentionnées à la/au gestionnaire des installations d'entretien n° 119 qui a indiqué ne pas être au courant de ces aires en mauvais état, sauf pour le piquet dans la salle de bains de l'unité 4C dont on vient tout juste de la/le mettre au courant. Lors de cette observation, le piquet était sur le plancher, les vis étaient complètement sorties du plancher. La/le gestionnaire des installations d'entretien a indiqué que ce piquet avait été placé là pour empêcher le personnel de briser la toilette quand il déplace le lit, que chaque jeudi ou vendredi un membre du personnel du service d'entretien va dans chaque salle de bains pour faire le réapprovisionnement en produits pour les baignoires et que cette personne aurait dû signaler les coins brisés des murs. La procédure du foyer pour le signalement des aires en mauvais

état consiste à ce que le personnel téléphone à la « Centrale » de Soins continus Bruyère pour signaler les endroits pour lesquels on émettra un bon de travail.

Au cours d'une entrevue, l'aide-ménagère/l'aide-ménager n° 140 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que tout problème d'entretien est signalé à la « Centrale » en composant le 444. Il/elle a de plus indiqué que les coins du mur étaient en mauvais état depuis longtemps, qu'il/elle ne le signale pas lui-même/elle-même, et que parfois quand on signale des choses, elles ne sont pas toujours réparées. La/le PSSP n° 141 a indiqué que la baignoire ARJO était dans cet état depuis plus d'un an, et que les coins du mur sont toujours endommagés. Ils sont souvent réparés, mais peu après ils sont de nouveau endommagés. Quand des choses sont endommagées, les membres du personnel doivent téléphoner à la « Centrale » en composant le 444 pour que l'on émette un bon de travail. Il/elle n'a pas signalé la baignoire ni les coins du mur de la salle de bains.

L'inspectrice/l'inspecteur a examiné les bons de travail émis pour les unités des 3^e et 4^e étages pour les trois derniers mois, et n'a pas trouvé de document indiquant que ces aires en mauvais état avaient été signalées au service d'entretien.

Comme le montre ce qui précède, le foyer, l'ameublement et le matériel n'ont pas été entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. [Alinéa 15 (2)c]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à se conformer à l'exigence selon laquelle

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires,

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils sont sûrs et en bon état. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 11 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 17 du Règlement de l'Ontario 79/10. Système de communication bilatérale

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à l'alinéa 17 (1)g) du Règl. de l'Ont. 79/10, car la ou le titulaire de permis du foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui réunit les conditions suivantes :
- dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Dans le présent rapport, le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel est communément désigné sous le nom de système d'appels.

Le 19 avril 2017, pendant l'observation d'une chambre identifiée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a remarqué que quand on l'activait, la sonnette d'appel de la chambre et de la salle de bains s'allumait dans le plafonnier au-dessus de la porte de la chambre de la personne résidente, mais que l'on n'entendait aucun son. L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique qui passait par là a indiqué que l'appel ne s'affiche même pas sur le tableau de communication électrique situé dans le corridor, au-dessus des portes de séparation entre deux unités. L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique, avec l'assistance du/de la PSSP n° 124 a activé la sonnette d'appel dans la chambre et la salle de bains de trois chambres identifiées. Le plafonnier au-dessus de la porte de chaque chambre s'est allumé quand on a activé les sonnettes d'appel, mais l'on n'a entendu aucun son dans le corridor, et les appels ne se sont pas affichés sur le tableau de communication électrique situé dans le corridor, au-dessus des portes de séparation de l'unité identifiée.

Lors d'une entrevue, l'IA n° 125 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que les sonnettes d'appel de certaines des chambres de l'unité identifiée sont reliées au système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel situé au poste infirmier de l'autre unité identifiée. Bien que les plafonniers au-dessus de la porte de ces chambres s'allument quand les sonnettes sont activées, le son ne peut être entendu que par les membres du personnel de l'autre unité identifiée. Il/elle a indiqué que les choses sont ainsi depuis longtemps.

Le 24 avril 2017, lors d'une entrevue, la directrice/le directeur général et l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique ont indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que, quand elles sont activées, toutes les sonnettes d'appel devraient être entendues dans le corridor, quel que soit le système d'appel auquel elles sont reliées. Ils/elles ont indiqué qu'ils feront un suivi avec le service d'entretien pour résoudre ce problème. [Alinéa 17 (1)g)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à se conformer à l'exigence selon laquelle le foyer est doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 12 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas.

Par. 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 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).**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Selon le paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 « mauvais traitement d'ordre physique » s'entend de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Concernant le registre n° 007081-17.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a effectué un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 050.

La personne résidente n° 050 a été admise à une date déterminée dans une unité particulière pour trois états pathologiques identifiés.

Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquent qu'à une date déterminée, tard pendant le poste du soir, la personne résidente n° 050 a dit à l'IA n° 156 que deux PSSP lui avaient tiré une partie déterminée du corps pendant ses soins. Les dossiers médicaux de la personne résidente n° 050 indiquaient qu'elle avait cessé la conversation et demandé à l'IA n° 156 d'être immédiatement transférée à l'hôpital.

Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient de plus que plus tard ce soir-là, une personne identifiée avait communiqué avec l'IA n° 156 après avoir été contactée par la personne résidente, en indiquant qu'elle avait déjà auparavant signalé au foyer plusieurs préoccupations relativement aux deux mêmes PSSP qui s'occupaient des soins de la personne résidente n° 050 et qui faisaient preuve de brusquerie envers elle. Les dossiers médicaux de la personne résidente mentionnaient de plus que la personne identifiée avait indiqué qu'elle retirerait immédiatement la personne résidente du foyer et donnerait suite à ces problèmes.

Le 28 avril 2017, lors d'une entrevue, l'IA n° 156 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 ne pas avoir été témoin de l'incident à la date déterminée, mais avoir contacté la/le responsable clinique, qui était responsable de l'unité et travaillait ce soir-là, afin de l'informer de la situation, L'IA n° 156 a indiqué ne pas avoir la certitude d'avoir mentionné au/à la responsable clinique les affirmations de la personne résidente concernant le fait que les membres du personnel avaient tiré la partie du corps déterminée, l'appel de la personne identifiée et les préoccupations exprimées au sujet de la brusquerie dont faisaient preuve pendant les soins les deux mêmes PSSP, car il/elle avait dû régler plusieurs problèmes en même temps.

Le 1^{er} mai 2017, lors d'une entrevue, la/le responsable clinique n° 160 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 se souvenir effectivement d'avoir été contacté(e) à une date déterminée au sujet de la personne résidente n° 050. Il/elle a indiqué de plus avoir reçu un rapport indiquant que la personne résidente n° 050 éprouvait de la douleur à l'endroit identifié du corps, et qu'elle avait elle-même contacté l'ambulance pour être immédiatement envoyée à l'hôpital afin de recevoir de meilleurs soins. La/le responsable clinique a indiqué qu'au cours de la discussion avec l'IA n° 156, aucune déclaration de la personne résidente ne lui avait été transmise, et que l'on n'avait pas mentionné les inquiétudes de la personne identifiée. La/le responsable clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que si on l'avait mis(e) au courant que la personne résidente avait fait une déclaration particulière indiquant que des membres du personnel avaient tiré une partie déterminée de son corps, ce qui lui avait occasionné de la douleur, le suivi aurait pris une autre tournure, car la/le responsable clinique aurait rempli un rapport d'incident, communiqué avec les responsables, et téléphoné immédiatement à la ligne d'appel après les heures normales de bureau du ministère pour signaler le cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique, conformément à la formation et aux directives reçues par le foyer. [Paragraphe 24 (1)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à se conformer à l'exigence selon laquelle quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 13 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 30 du Règlement de l'Ontario 79/10. Exigences générales

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 30 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement :

- 1. Doit être consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).**
- 2. Si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne un résident, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides sont appropriés pour le résident compte tenu de son état. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).**
- 3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).**
- 4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).**

Faits saillants :

- 1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on consigne par écrit une description de son programme des soins de la peau et des plaies qui comprend ses buts et objectifs, ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoient des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les personnes résidentes vers des ressources spécialisées au besoin.**

Un examen du dossier médical de la personne résidente n° 026 indiquait qu'elle avait été admise à une date déterminée, en ayant fait l'objet d'un diagnostic de déficience intellectuelle et de multiples autres problèmes de santé. L'évaluation de la tête au pied de la personne résidente lors de son admission indiquait que sa peau était intacte.

Un examen des notes d'évolution à une date déterminée de 2016 indiquait que la personne résidente avait développé une lésion de pression de stade 1 à un endroit identifié du corps. Le lendemain, les notes indiquaient que la lésion de pression était toujours présente et que l'on avait apposé un pansement Allevyn Gentle Border et un coussin à titre de protection.

Les documents de la ou du médecin dans les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente « avait un endroit du corps comportant une lésion de pression de la peau et que l'on avait mis un pansement Allevyn Gentle Border » à neuf dates déterminées sur une période de quatre mois.

Lors d'une date déterminée de 2017, au cours du poste du soir, une/un IAA identifié avait mentionné que la personne résidente avait une rougeur à un endroit identifié du corps et qu'elle commençait à avoir une plaie à un autre endroit du corps.

Deux jours après, les notes de la ou du médecin indiquaient que la personne résidente avait développé de multiples lésions superficielles à deux endroits identifiés du corps, probablement relativement à sa position dans le lit et avec la friction du coussin du fauteuil roulant. De plus, les notes indiquaient que la personne résidente restait toute la journée dans son fauteuil roulant. Le programme consistait à recommander d'obtenir une évaluation de l'ergothérapeute pour l'utilisation d'un coussin, d'appliquer une crème protectrice, et de tourner la personne résidente dans le lit toutes les deux heures. Les notes indiquaient également que l'on devait effectuer une évaluation initiale des soins de la peau et des plaies pour la personne résidente n° 026.

À la même date déterminée, les notes d'évolution indiquaient de tourner la personne résidente dans son lit toutes les deux heures, de réévaluer le coussin de son fauteuil roulant et d'inclure de la poudre de protéine dans son régime alimentaire.

Un examen de l'« évaluation des soins de la peau et des plaies » à une date déterminée de 2017 révélait que la personne résidente avait développé de multiples lésions de pression de stade 3 situées à un endroit identifié, et de multiples lésions à deux autres endroits identifiés.

Le lendemain, les notes d'évolution indiquaient qu'on avait fait un suivi avec l'ergothérapeute qui avait recommandé d'incliner le fauteuil roulant de la personne résidente de 30 degrés toutes les deux heures au lieu de mettre un coussin Roho.

Treize jours après, les notes d'évolution indiquaient que la/le diététiste agréé avait vu la personne résidente et prescrit d'ajouter de la protéine en poudre Beneprotein à son régime alimentaire trois fois par jour.

**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***

D'après les documents des notes d'évolution pendant trois jours déterminés, la plaie identifiée avait reçu un traitement, on avait changé un pansement identifié tous les trois jours, et la plaie identifiée de la personne résidente était guérie. À une autre date déterminée, les notes d'évolution révélaient que l'on avait effectué l'« évaluation de la peau et des plaies » des escarres de décubitus aux endroits identifiés et que tous étaient fermés.

Lors d'une entrevue le 21 avril 2017, la/le PSSP n° 120 a déclaré que l'on changeait de position la personne résidente toutes les deux heures au lit et dans le fauteuil roulant.

Lors d'une entrevue le 21 avril 2017, l'IA n° 104 a déclaré que la personne résidente avait développé une lésion de pression de stade 1 à un certain endroit du corps à une date déterminée de 2016. Quatre mois plus tard, on avait adressé la personne résidente à l'infirmière/l'infirmier praticien aux fins de consultation, qui avait trouvé que les plaies à deux endroits identifiés du corps étaient des lésions de pression de stade 3. Deux jours plus tard, la consultation de l'infirmière/l'infirmier praticien révélait que la personne résidente avait développé de multiples petites blessures de stade 3 aux deux endroits identifiés. L'IA n° 104 a déclaré que l'infirmière/l'infirmier praticien avait fait un aiguillage à la/au diététiste agréé et à l'ergothérapeute ce jour-là. On avait commencé à la date déterminée un traitement identifié des lésions par pansements. On avait informé le personnel de changer de position la personne résidente toutes les deux heures dans son lit et dans son fauteuil roulant. On avait inclus la Beneprotein dans le régime alimentaire de la personne résidente trois fois par jour quand la/le diététiste agréé l'avait vue. L'IA n° 104 a révélé que l'infirmière/l'infirmier avait indiqué vingt jours plus tard dans le dossier d'administration des traitements que les plaies étaient guéries à une date déterminée.

Le 21 avril 2017, des entrevues avec l'IA n° 104, infirmière/infirmier praticien (IP), et la directrice/le directeur des soins (DDS) indiquaient que l'évaluation initiale à l'aide de l'outil « Weekly Wound Care Assessment » (évaluation hebdomadaire des soins des plaies) figurant à la section « Task » (tâche) avait été effectuée à deux dates déterminées. L'IP et la/le DDS ont indiqué que l'outil d'évaluation hebdomadaire des soins des plaies aurait dû être rempli aux autres dates déterminées. L'IP et la/le DDS ont indiqué que le personnel n'avait peut-être pas rempli l'outil d'évaluation hebdomadaire des soins des plaies, car le foyer n'a pas à l'heure actuelle de politique relative aux soins de la peau et des plaies. L'IP et la/le DDS ont indiqué que le comité interdisciplinaire des « soins de la peau et des plaies » s'était réuni à une date déterminée pour élaborer une politique relative aux soins de la peau et des plaies.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'on avait défini à une date déterminée qu'une lésion de pression à des endroits identifiés du corps de la personne résidente était de stade 3, à ce que l'on utilise l'outil « Weekly Wound Care Assessment » (évaluation hebdomadaire des soins des plaies) à deux dates déterminées. De plus, la ou le titulaire de permis n'a pas veillé à s'assurer que l'on élabore et mette en œuvre dans le foyer une « politique relative aux soins de la peau et des plaies ».

[Disposition 30 (1)1]

2. Lors d'une observation de la personne résidente n° 034 à une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a remarqué qu'elle avait deux grosses ecchymoses violacées à un endroit identifié du corps. Lors d'une observation ultérieure, deux jours plus tard, l'inspectrice/l'inspecteur a remarqué que les deux ecchymoses à un endroit identifié du corps de la

**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***

personne résidente n'étaient désormais plus qu'une grande ecchymose et qu'elle s'étendait à une autre partie de son corps. On remarquait que l'ecchymose était violette, noire et rouge. La personne résidente a indiqué que les ecchymoses de cet endroit du corps étaient maintenant douloureuses.

L'inspectrice/l'inspecteur a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 034 sur une période d'un mois. Elle avait été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. Elle se déplace à l'aide d'un ambulateur. L'inspectrice/l'inspecteur a été incapable de trouver de la documentation concernant l'ecchymose de la personne résidente. Il n'y avait pas de document indiquant qu'elle avait fait l'objet d'une évaluation de la peau au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, qu'elle avait fait l'objet d'un traitement et d'interventions immédiats pour faire diminuer ou alléger la douleur, promouvoir la guérison et prévenir une infection, et qu'elle avait fait l'objet d'une réévaluation hebdomadaire par un membre du personnel infirmier autorisé.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le PSSP n° 124 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur avoir remarqué la veille l'ecchymose de la personne résidente à l'endroit identifié de son corps, à son retour au travail après une journée de congé, et ne pas l'avoir mentionnée à l'infirmière/l'infirmier. Le/la PSSP a indiqué qu'il n'y avait pas d'endroit pour qu'il/elle documente la nouvelle ecchymose dans l'interface Point of Care (POC) et qu'il/elle aurait fait rapport à l'infirmière ou à l'infirmier.

L'inspectrice/l'inspecteur a interrogé l'IAA n° 127 qui était l'IAA permanente de jour dans l'unité à une date déterminée. L'IAA a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur être au courant des ecchymoses à un endroit du corps identifié de la personne résidente n° 034, mais ne pas savoir comment la personne résidente avait subi cette blessure. L'IAA a indiqué que quand une personne résidente a une nouvelle ecchymose, les membres du personnel infirmier autorisé sont tenus de documenter et d'évaluer l'ecchymose dans les notes d'évolution. Ils ne sont pas tenus de faire une évaluation de la peau, car elles ont lieu tous les trimestres. L'IA n° 125 a indiqué qu'on ne l'avait pas mis(e) au courant de l'ecchymose sur une partie du corps identifiée de la personne résidente n° 034. L'IA a examiné la documentation figurant dans Point of Care et PointClickCare, et a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur être incapable de trouver un document concernant l'ecchymose de la personne résidente, et que les PSSP doivent documenter tout problème de peau dans Point of Care et alerter le personnel infirmier autorisé.

Lors d'une entrevue avec la directrice/le directeur des soins et la directrice/le directeur général à une date déterminée, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que le foyer n'a pas à l'heure actuelle de programme et de politiques écrits relativement à la peau et aux plaies. La/le DDS a indiqué qu'ils avaient eu des politiques qui ne sont plus en place et qu'ils travaillent actuellement à mettre sur pied un programme, mais qu'il n'est pas encore mis en œuvre. Il/elle s'attend à ce que l'on signale les nouveaux problèmes de peau au personnel infirmier autorisé aux fins de documentation et d'évaluation. L'inspectrice/l'inspecteur a indiqué que la/le PSSP n'avait pas été capable de documenter l'ecchymose dans l'interface POC, car il n'y avait pas de place pour le faire. La/le DDS et la directrice/le directeur général ont indiqué que si une/un PSSP ne sait pas où documenter le problème de peau, il/elle a toujours l'option de créer une alerte dans l'interface POC pour informer le personnel infirmier enregistré de l'existence de nouveaux problèmes de peau. La/le DDS a indiqué que l'ecchymose de la personne résidente aurait dû être signalée au personnel infirmier autorisé aux fins d'évaluation et de documentation. [Disposition 30 (1)1]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé d'une part au respect de la disposition 30 (1)2 du Règl. de l'Ont. 79/10 à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement, et d'autre part à ce que si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne une personne résidente, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides soient appropriés pour la personne résidente compte tenu de son état.

Aux termes de l'alinéa 9 (1)b) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, CHAPITRE 8, la ou le titulaire de permis est tenu de mettre en place un programme interdisciplinaire structuré axé sur les soins de rétablissement qui vise :

- a) d'une part, à promouvoir et à maximiser l'autonomie;
- b) d'autre part, si les besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins le justifient, comprenne notamment la physiothérapie et d'autres services de thérapie que le titulaire de permis peut soit organiser, soit fournir.

Le registre n° 007057 concerne des préoccupations à l'égard du fait qu'une personne résidente était assise dans un fauteuil roulant qui n'était pas adapté à ses besoins.

À une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué que la personne résidente n° 073 était assise dans un fauteuil roulant dans la salle à manger.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, une personne identifiée a indiqué qu'à une date déterminée la personne résidente était assise dans un fauteuil roulant trop grand. La personne identifiée a déclaré qu'une infirmière ou un infirmier avait apporté deux oreillers pour soutenir la partie identifiée du corps de la personne résidente afin de faire diminuer l'enflure puisque le fauteuil roulant n'était pas adapté à ses besoins. La personne identifiée a indiqué que les membres du personnel ne discutaient jamais avec elle de la raison pour laquelle ils utilisaient occasionnellement un fauteuil roulant pour la personne résidente. Elle a indiqué que si elle avait su que la personne résidente avait besoin d'un fauteuil roulant pour raisons médicales, elle aurait dit au personnel de commander un fauteuil roulant adapté aux besoins de la personne résidente. La personne identifiée a indiqué que l'on avait commandé un fauteuil roulant adéquat après le retour de l'hôpital de la personne résidente à une date déterminée.

Lors d'une entrevue le 2 mai 2017, l'IAA n° 166 a indiqué que la personne résidente n° 073 avait éprouvé de la difficulté à marcher au cours des deux derniers mois. L'IAA n° 166 a révélé que le fauteuil roulant donné à la personne résidente n'était pas adapté à ses besoins, car la partie du corps de la personne résidente n'était pas soutenue correctement.

Lors d'une entrevue le 2 mai 2017, l'IAA n° 132 a indiqué que la personne résidente marchait avec un ambulateur avant d'être envoyée à l'hôpital à une date déterminée. Toutefois, on utilisait souvent un fauteuil roulant appartenant au foyer quand la personne résidente était fatiguée.

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 le 5 mai 2017, l'administratrice/l'administrateur a indiqué que la personne identifiée s'inquiétait de ce qu'on ne l'avait pas contactée pour effectuer une évaluation de fauteuil roulant pour la personne résidente. L'administratrice/l'administrateur a déclaré que l'on aurait dû discuter avec la personne identifiée du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) pour obtenir un fauteuil roulant adéquat, et puis faire l'objet d'un aiguillage quand le personnel a commencé d'utiliser un fauteuil roulant du foyer qui n'était pas adapté aux besoins de la personne résidente.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé, si dans le cadre du programme, le personnel utilisait un fauteuil roulant, à ce qu'il fût adéquat pour la personne résidente n° 073 en fonction de son état de santé, et à veiller au respect des règles à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement. [Disposition 30 (1)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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à se conformer à l'exigence selon laquelle est consignée par écrit une description de son programme des soins de la peau et des plaies qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les personnes résidentes vers des ressources spécialisées au besoin,

- et de veiller au respect de la disposition 30 (1)2 du Règl. 79/10 à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement; et à ce que si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne une personne résidente, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides soient appropriés pour la personne résidente compte tenu de son état. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 14 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 31 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Contention au moyen d'appareils mécaniques

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 31 (1) Un résident peut être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique visé à la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si son programme de soins le prévoit. 2007, chap. 8, par. 31 (1).

Par. 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 :

1. Le résident ou une autre personne courrait un risque considérable de subir un préjudice physique grave si le résident n'était pas maîtrisé. 2007, chap. 8, par. 31 (2).

Par. 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 :

2. Des solutions de rechange à la contention du résident ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis, d'éliminer le risque visé à la disposition 1. 2007, chap. 8, par. 31 (2).

Par. 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. 2007, chap. 8, par. 31 (2).

Par. 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 :

5. Le résident a consenti à être maîtrisé ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement a consenti à ce qu'il le soit. 2007, chap. 8, par. 31 (2).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la contention de la personne résidente n° 003 au moyen d'un appareil mécanique sous forme de ceinture de siège figure dans son programme de soins.

La personne résidente n° 003 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, notamment une déficience cognitive.

Pendant trois jours déterminés, on a remarqué que la personne résidente n° 003 portait un appareil identifié quand elle était assise dans un fauteuil roulant manuel. Elle n'était pas capable de suivre des instructions pour ouvrir ou enlever l'appareil identifié qui était installé, et elle a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 qu'elle n'aimait pas le porter.

Lors d'une date déterminée, l'IAA n° 107 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que la personne résidente n'avait besoin d'aucun appareil quand elle était assise dans le fauteuil roulant et qu'on avait dû le lui mettre par erreur.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 003. On remarquait qu'elle avait fait une chute à une date déterminée de 2016 et que l'ergothérapeute du foyer l'avait évaluée à une autre date déterminée de 2016. L'ergothérapeute avait évalué le fauteuil roulant prêté à la personne résidente n° 003. La plus récente évaluation effectuée par l'IA n° 125 à une date déterminée indiquait que la personne résidente utilise un fauteuil roulant pour se déplacer dans l'unité. Son programme de soins actuel ne mentionne pas de nécessité de mettre l'appareil identifié à la personne résidente à titre d'appareil d'aide personnelle ou de moyen de contention quand elle est en fauteuil roulant. On avait automatiquement recours à l'appareil à titre d'appareil d'aide personnelle. [Paragraphe 31 (1)]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la contention de la personne résidente n° 005 par un appareil mécanique fût mentionnée dans son programme de soins.

La personne résidente n° 005 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, notamment une déficience cognitive. Les dossiers médicaux de la personne résidente comportaient des ordres documentés de la ou du médecin à une date déterminée de 2015 pour mettre une certaine housse sur l'appareil à titre de moyen de contention pour empêcher la personne résidente de sortir de son fauteuil roulant par ses propres moyens.

L'inspectrice/l'inspecteur a observé, au cours de cette inspection, la personne résidente n° 005 assise dans un fauteuil roulant avec un appareil identifié en place et remarqué qu'il n'avait pas de housse.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la/le PSSP n° 115 et l'IAA n° 106 qui sont responsables des soins de la personne résidente, et qui ont indiqué que la housse doit être mise sur l'appareil identifié à titre de moyen de contention, mais qu'on l'avait peut-être envoyée à la buanderie, car la personne résidente n'en avait qu'une. On a découvert la housse sous le siège de la personne résidente du côté droit du coussin du siège, et la/le PSSP n° 115 a indiqué qu'on aurait dû la mettre à l'appareil identifié de la personne résidente. L'IAA n° 106 et la/le PSSP n° 115 ont indiqué qu'ils/elles le savaient, car le programme de soins de la personne résidente le mentionnait.

Lors de l'examen du programme de soins de la personne résidente, il n'y avait aucune indication concernant l'utilisation de la housse de l'appareil. Après examen des dossiers médicaux de la personne résidente, de la documentation électronique dans l'interface Point of Care, et dans le dossier d'administration des médicaments (MAR), on ne trouvait aucune information relativement à un ordre, un consentement et une utilisation de l'appareil à titre de mesure de contention. [Paragraphe 31 (1)]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente puisse être maîtrisée par un appareil mécanique selon la description de la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si la contention de la personne résidente figure dans son programme de soins.

Cette inspection concerne la prévention des chutes.

À une date déterminée, on a soumis un rapport d'incident critique au directeur faisant rapport d'une chute subie par la personne résidente n° 069 à une date déterminée de 2016 pendant le poste de nuit. Par suite de la chute, la personne résidente avait été transférée à l'hôpital ou elle avait fait l'objet d'une intervention pour la blessure.

La personne résidente n° 069 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet de diagnostics multiples, notamment de déficience cognitive.

À une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur a remarqué la personne résidente assise dans la salle à manger dans un fauteuil roulant avec un appareil attaché. Le lendemain, il/elle a remarqué la personne résidente assise dans un fauteuil roulant dans sa chambre avec un appareil identifié attaché. L'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a demandé à la personne résidente si elle était capable d'enlever l'appareil, et a remarqué que la personne résidente en était incapable, même quand on l'invitait à le

faire. De nouveau un autre jour, en présence de l'IA n° 103, la personne résidente a été incapable d'enlever l'appareil attaché quand on le lui demandait et qu'on l'invitait à le faire.

Lors d'un examen du programme de soins de la personne résidente, l'inspectrice/l'inspecteur a remarqué qu'il n'y avait pas de document indiquant que la personne résidente était maîtrisée par un appareil mécanique.

À une date identifiée, lors d'une entrevue l'IA n° 103 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'il n'y avait pas de document indiquant que la personne résidente était maîtrisée par un appareil, car l'IA ne pensait pas que l'on considérerait qu'il s'agissait d'un dispositif de contention. L'IA a indiqué que, parce que l'ergothérapeute avait mentionné l'appareil comme étant une aide à la mobilité, il/elle avait pensé qu'il s'agissait d'une aide à la mobilité. L'IA a de plus indiqué être au courant que la personne résidente était cognitivement incapable d'enlever l'appareil toute seule.

Comme le montre ce qui précède, maîtriser la personne résidente n° 069 ne figure pas dans son programme de soins. [Paragraphe 31 (1)]

4. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins relatif à la contention de la personne résidente comporte le consentement de celle-ci ou, si elle en est incapable, celui de sa mandataire ou de son mandataire spécial.

À une date déterminée, l'IA n° 142, éducatrice/éducateur clinique du foyer, a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que toutes les mesures de contention nécessitent des ordres de médecin, et que les consentements doivent être documentés dans le dossier médical des personnes résidentes.

La personne résidente n° 048 identifiée dans l'AE n° 25 [disposition du règlement 110 (2)1] avait un ordre de médecin pour l'appareil de contention identifié avec housse quand elle était dans son fauteuil roulant à une date déterminée de 2015. Lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 048, aucun consentement n'était documenté pour le recours à l'appareil de contention identifié avec housse quand elle était en fauteuil roulant. [Disposition 31 (2)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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit :

- ***veiller, lorsqu'une personne résidente est maîtrisée par un appareil mécanique tel que décrit à la disposition 3 du paragraphe 30 (1), à ce que la contention de la personne résidente figure dans son programme de soins,***
- ***veiller à ce que le programme de soins comporte le consentement de la personne résidente au recours à la contention ou, si elle en est incapable, celui de la ou du MS. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

AE n° 15 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 33 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 33 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (1) ne soit utilisé pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de ce dernier. 2007, chap. 8, par. 33 (3).

Par. 33 (4) L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle aux termes du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

- 1. Des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie. 2007, chap. 8, par. 33 (4).**
- 2. L'utilisation de l'appareil est raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental du résident et de ses antécédents, et l'appareil est le moins restrictif parmi les appareils raisonnables de ce genre qui permettraient d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie. 2007, chap. 8, par. 33 (4).**
- 3. L'utilisation de l'appareil a été approuvée par l'une des personnes suivantes :**
 - i. un médecin,**
 - ii. une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé,**
 - iii. une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé,**
 - iv. un membre de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario,**
 - v. un membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario,**
 - vi. toute autre personne que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 33 (4).**
- 4. Le résident a consenti à l'utilisation de l'appareil ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement y a consenti. 2007, chap. 8, par. 33 (4).**
- 5. Le programme de soins prévoit tout ce qui est exigé aux termes du paragraphe (5). 2007, chap. 8, par. 33 (4).**

Faits saillants :

- 1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on n'ait recours à des appareils d'aide personnelle pour aider les personnes résidentes n^{os} 046 et 038 relativement à une activité courante de la vie que si leur utilisation est prévue dans le programme de soins de ces dernières.**

L'appareil d'aide personnelle est décrit au paragraphe (2) comme étant un appareil d'aide personnelle, utilisé pour aider une personne relativement à une activité courante de la vie.

**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***

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué, à une date déterminée, que la personne résidente n° 046 avait un appareil identifié quand elle était assise dans un fauteuil roulant basculé. Il/elle a remarqué que la personne résidente n° 046 était agitée et balançait les pieds, car ses jambes étaient suspendues et qu'elle remuait dans le fauteuil roulant. L'appareil de la personne résidente n'était pas serré, laissant un espace permettant de mettre deux poings entre l'appareil et l'abdomen de la personne résidente. Cette dernière était incapable de suivre des instructions pour enlever ou détacher l'appareil.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 046 à une date déterminée.

La personne résidente a été admise au foyer à une date déterminée de 2016 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, notamment une déficience cognitive.

Le programme de soins de la personne résidente n° 046 indiquait qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes, avait fait l'objet de plusieurs interventions notamment pour veiller à ce qu'elle utilise des appareils d'aide personnelle et pour faire l'objet d'une vérification toutes les heures afin d'assurer sa sécurité. L'intervention en matière d'appareil d'aide personnelle documentée à une date déterminée de 2016 mentionnait que la personne résidente n° 046 devait demeurer en sécurité et à l'aise quand l'appareil est en place, et qu'on doit la contrôler toutes les deux heures quand on utilise l'appareil d'aide personnelle lorsqu'elle est assise dans son fauteuil roulant. Son programme de soins écrit ne précisait pas quels appareils fonctionnels ou appareils d'aide personnelle étaient utilisés.

Le 24 avril 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 qu'il devrait toujours y avoir une évaluation pour toutes les personnes résidentes qui nécessitent un appareil d'aide personnelle comme l'appareil identifié, ou qui nécessitent que l'on incline leur fauteuil roulant quand elles l'occupent.

L'IA n° 125, responsable de l'unité de la personne résidente a indiqué qu'après examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 046, on avait remarqué que l'évaluation de son utilisation d'un fauteuil roulant avec un appareil assurant sa sécurité ou en position inclinée à titre d'appareil d'aide personnelle n'était pas documentée, et que la personne résidente était assise dans un fauteuil roulant emprunté au foyer.

La politique et marche à suivre du foyer n° CLIN CARE 34, révisée pour la dernière fois en novembre 2013 et fournie à l'inspectrice/l'inspecteur par l'administratrice/l'administrateur du foyer, mentionnait que les appareils d'aide personnelle doivent être prévus dans le programme de soins de la personne résidente avec pour objectif principal de favoriser ou d'améliorer le confort en position assise, ou bien pour permettre ou améliorer l'aptitude d'une personne à accomplir une fonction de manière autonome ou avec une assistance moindre.

Le programme de soins de la personne résidente n° 046 mentionne l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle quand elle est en fauteuil roulant. On ne précise pas quel type d'appareil d'aide personnelle doit être utilisé sur ce fauteuil roulant emprunté, ni pour quelle activité de la vie.
[Paragraphe 33 (3)]

2. Lors de trois jours déterminés, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué que la personne résidente n° 038 avait quatre côtés de lit de demi-longueur en position élevée quand elle était au lit.

La personne résidente n° 038 a été admise au foyer à une date déterminée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de multiples problèmes de santé.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle présente un risque de faire des chutes. Les interventions consistaient à contrôler la personne résidente toutes les heures, à mettre le lit à la position la plus basse et à élever les deux côtés de lit pour l'empêcher de tomber du lit. Le programme de soins actuel indiquait de tourner la personne résidente et de la changer de position toutes les deux heures.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la personne résidente n° 038 a indiqué qu'elle préfère pour une question de sécurité avoir les quatre côtés de lit en position élevée quand elle est allongée.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le PSSP n° 134 a déclaré que les quatre côtés de lit de la personne résidente en position élevée n'étaient pas une mesure de contention, mais visaient à lui donner un sentiment de sécurité. La/le PSSP n° 134 a révélé que la politique du foyer indiquait que, si une personne résidente ne pouvait pas bouger de façon autonome dans son lit et que les deux côtés de lit étaient en position élevée, on ne considérait pas qu'il s'agissait d'une mesure de contention.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IAA n° 106 a déclaré que la personne résidente n° 038 était cognitivement capable de prendre des décisions, et qu'elle avait demandé d'avoir les quatre côtés de lit en position élevée pour lui donner un sentiment de sécurité. L'IAA n° 106 a indiqué que la personne résidente était incapable par elle-même de changer de position dans son lit en utilisant les côtés de lit en raison de sa mobilité limitée. L'IAA n° 106 a révélé d'une part que l'utilisation des côtés de lit pour la personne résidente ne constituait pas une mesure de contention, et d'autre part ne pas savoir s'il s'agissait d'un appareil d'aide personnelle.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IA n° 103 a déclaré que la personne résidente avait des mouvements corporels incontrôlables, en particulier quand on la changeait de position. Le recours aux quatre côtés de lit en position élevée visait à prévenir une chute si la personne résidente avait un mouvement corporel incontrôlable. Elle était incapable de saisir les côtés de lit pour changer de position. L'IA n° 103 a révélé que le programme de soins de la personne résidente n'indique pas que l'utilisation des côtés de lit constitue un recours à un appareil d'aide personnelle.

Un examen de la politique du foyer n° CLIN CARE 34 intitulée « Restraint Minimization » (réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention) datée de novembre 2013, indiquait que les appareils d'aide personnelle sont des appareils habilitants utilisés pour fournir une aide dans les activités courantes de la vie quotidienne, comme les côtés de lit qui ne sont pas destinés à contrôler un comportement ou un mouvement. De tels appareils fonctionnels ou de changement de position ne sont pas considérés comme des appareils de contention, même si la personne résidente ne peut pas les enlever elle-même.

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 le 26 avril 2017, l'éducatrice/l'éducateur clinique a déclaré que la personne résidente n° 038 était apte à prendre ses propres décisions et à donner son consentement pour garder les côtés de lit en position élevée quand elle est au lit. L'éducatrice/l'éducateur clinique a révélé que l'utilisation des côtés de lit pour la personne résidente n° 038 constitue un recours à un appareil d'aide personnelle étant donné que cela lui donne un sentiment de sécurité et l'aide donc relativement à une activité courante de la vie quotidienne. L'éducateur/l'éducatrice clinique indiquée que l'appareil d'aide personnelle aurait dû être inclus dans le programme de soins écrit de la personne résidente.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle fût incluse dans le programme de soins de la personne résidente n° 038. [Paragraphe 33 (3)]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle aux termes du paragraphe (3) pour aider une personne résidente relativement à une activité courante de la vie ne puisse être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :
- Des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis d'aider la personne résidente relativement à une activité courante de la vie.
 - L'utilisation de l'appareil a été approuvée par l'une des personnes suivantes :
 - i. une ou un médecin,
 - ii. une infirmière ou un infirmier autorisé,
 - iii. une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé,
 - iv. un membre de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario,
 - v. un membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario,
 - vi. toute autre personne que prévoient les règlements.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'éducatrice/l'éducateur clinique a déclaré, après un examen du dossier médical de la personne résidente pour les 13 derniers mois, qu'il n'y avait pas d'indication que l'on avait pris en considération et essayé des solutions de rechange à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle. De plus, il n'y avait pas d'indication que l'utilisation de l'appareil avait été approuvée par les professionnels de la santé susmentionnés. [Disposition 33 (4)1]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle :

- ***il veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (3) ne soit utilisé pour aider une personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de cette dernière,***
- ***il veille à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle aux termes du paragraphe (3) pour aider une personne résidente relativement à une activité courante de la vie ne puisse être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :***
 - ***des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis d'aider la personne résidente relativement à une activité courante de la vie ;***
 - ***l'utilisation de l'appareil a été approuvée par l'une des personnes suivantes :***

- *i. une ou un médecin,*
- *ii. une infirmière ou un infirmier autorisé,*
- *iii. une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé,*
- *iv. un membre de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario,*
- *v. un membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario,*
- *vi. toute autre personne que prévoient les règlements. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.*

AE n° 16 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 37 du Règlement de l'Ontario 79/10. Effets personnels et aides personnelles

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 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; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).

b) nettoyés au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives, étiquetés dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Pendant toute la durée de cette inspection, on a remarqué que plusieurs effets personnels de personnes résidentes n'étaient pas étiquetés.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé la salle de bains et de douches située au quatrième étage de l'unité C :

Au bas d'une étagère, il y avait un urinoir blanc non étiqueté souillé par une matière jaunâtre. Dans la partie où se trouve la douche, il y avait sur une étagère un contenant de déodorant pour homme non étiqueté.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a également remarqué ce qui suit dans la salle de bains et de douches située dans la salle de bains B305 :

Sur une étagère à droite de la salle où se trouvait la baignoire, il y avait une corbeille verte non identifiée contenant un bâton déodorant utilisé, un déodorant à bille et un rasoir bleu jetable utilisé. Dans la corbeille rose, il y avait un bâton déodorant pour homme utilisé, et un rasoir bleu jetable utilisé. Tous ces articles n'étaient pas étiquetés. Sur un module de rangement métallique, il y avait

**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***

deux bâtons déodorants pour homme utilisés, deux coupe-ongles utilisés et une brosse à dents électrique sale. Tous ces articles n'étaient pas étiquetés.

Dans le tiroir, il y avait plusieurs articles, notamment plusieurs bâtons déodorants utilisés, une paire de lunettes de vue à monture rouge avec de la gelée de pétrole étalée sur l'un des verres.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué ce qui suit dans la salle de bains et de douches située au deuxième étage de l'unité B :

Cinq brosses à cheveux non étiquetées et avec plusieurs mèches de cheveux, dans la salle de bains 205(4). Il/elle a également remarqué cinq déodorants à bille utilisés et non étiquetés, laissés sur le comptoir à côté de la baignoire.

Un rasoir jetable bleu utilisé et deux brosses à cheveux avec plusieurs mèches de cheveux et un peigne de femme, non étiquetés dans la salle de la baignoire (211-1).

Il/elle a également remarqué cinq déodorants à bille utilisés, non étiquetés dans un contenant rose à côté de la baignoire.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a observé la salle de bains et de douches située au premier étage de l'unité C :

Il/elle a remarqué cinq déodorants à bille utilisés, et une brosse à cheveux avec plusieurs mèches de cheveux, non étiquetés.

Lors d'une entrevue le 20 avril 2017, les PSSP n^{os} 109 et 112 ont indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 que les effets personnels de chaque personne résidente étaient gardés dans une corbeille en plastique dans la chambre de la personne résidente. Les PSSP ont de plus indiqué que l'on amène chaque personne résidente à la salle de bains ou à la salle de douches avec sa corbeille personnelle que l'on ramène à sa chambre une fois le bain terminé. Quand l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a montré aux PSSP les articles restants qu'il/elle avait remarqué le 19 avril 2017, non étiquetés dans la salle de bains, les deux PSSP ont dit à l'inspectrice/l'inspecteur que souvent les PSSP oublièrent de ramener les effets personnels des personnes résidentes une fois le bain terminé.

Lors d'une entrevue, le 20 avril 2017, l'IAA n° 110 a indiqué qu'il y avait un processus en place pour que chaque personne résidente ait ses effets personnels étiquetés lors de son admission au foyer. L'IAA a de plus indiqué que la personne préposée à l'unité était chargée de faire les étiquettes personnelles pour chaque personne résidente. L'IAA a de plus indiqué qu'on laissait des étiquettes supplémentaires dans les dossiers des personnes résidentes pour que les PSSP les utilisent quand les personnes résidentes font l'acquisition de nouveaux effets personnels.

Lors d'une entrevue, le 21 avril 2017, l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a déclaré à l'inspectrice/l'inspecteur que le foyer avait une procédure pour l'étiquetage de chacun des effets personnels des personnes résidentes. L'IAA a de plus indiqué que l'on donnait des étiquettes à chaque membre de la famille lors de l'admission d'une nouvelle personne résidente et qu'on laissait un marqueur dans chaque unité pour que les membres du personnel veillent à ce que les nouveaux effets personnels acquis soient identifiés. Il/elle a dit de plus à l'inspectrice/l'inspecteur que tous les effets personnels qui se trouvaient dans la salle de bains et dans la salle de douches n'étaient pas censés y

être, et que chacun d'eux aurait dû être étiqueté afin d'être identifié pour chaque personne résidente.
[Alinéa 37 (1)a)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle chaque personne résidente du foyer a ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives, étiquetés dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 17 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 129 du Règlement de l'Ontario 79/10. Entreposage sécuritaire des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

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

(ii) il est sûr et verrouillé,

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

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

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

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

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les médicaments soient entreposés dans un endroit ou dans un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

Le 19 avril 2017, lors de la première visite du foyer, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a remarqué, dans une salle de bains identifiée d'une unité identifiée, un tube de crème médicamentée sur une étagère, dans une corbeille contenant divers objets. Une crème médicamentée était étiquetée au nom de la personne résidente n° 066. Le 1^{er} mai 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 126 a remarqué, dans une salle de bains identifiée d'une unité identifiée un tube de crème médicamentée étiquetée au nom de la personne résidente n° 066 avec une date de péremption en 2016.

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*

L'inspectrice/l'inspecteur n° 126 a interrogé l'IAA n° 159 qui a indiqué que l'on devrait ramener la crème médicamentée à l'infirmière ou l'infirmier après chaque bain, pour la mettre dans le chariot à médicaments. L'IAA a indiqué que l'on ne mettait plus la crème médicamentée identifiée à la personne résidente n° 066.

À une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a remarqué dans le tiroir d'une armoire métallique d'une autre salle de bains identifiée un flacon de produit médicamenté étiqueté au nom de la personne résidente n° 067. À la date déterminée, la/le PSSP n° 161 a aidé l'inspectrice/l'inspecteur n° 126 à ouvrir la porte de la salle de bains identifiée. En y entrant, l'inspectrice/l'inspecteur n° 126 a remarqué le flacon de produit médicamenté étiqueté au nom de la personne résidente n° 067. La/le PSSP n° 161 l'a pris et a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 126 que l'on ne devrait pas laisser ce flacon dans la salle de bains, et qu'on aurait dû le ramener après le bain de la personne résidente n° 067 au personnel infirmier autorisé pour le placer dans un endroit verrouillé. La/le PSSP n° 161 a indiqué que le bain de la personne résidente n° 067 a généralement lieu pendant le poste de travail du soir.

Le 24 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué dans l'unité 3AB, un flacon de médicament identifié sur le dessus du chariot à médicaments verrouillé. Le chariot était laissé sans surveillance dans la petite salle à manger de cette unité. L'IAA n° 129 est revenue du corridor de l'aire des soins des personnes résidentes au chariot, en indiquant que le médicament identifié aurait dû être placé dans le chariot à médicaments verrouillé avant qu'il/elle parte pour aller dans le hall.

Le 28 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué dans une unité identifiée du foyer que le chariot à médicaments était verrouillé et laissé sans surveillance. Il/elle a remarqué que sur le côté du chariot à médicaments, il y avait des plaques alvéolées de médicaments. L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 les a examinées et a remarqué un narcotique identifié qui restait dans la plaque alvéolée étiquetée au nom de la personne résidente n° 068. L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 est resté auprès du chariot, et l'administratrice/l'administrateur est entré au poste infirmier cinq minutes plus tard et a salué la personne résidente n° 066 assise à l'une des entrées de porte près du chariot à médicaments. L'administratrice/l'administrateur a indiqué que les médicaments, et en particulier ce narcotique, auraient dû être verrouillés dans le chariot à médicaments. L'IAA n° 159 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 ne pas être la personne qui avait administré le narcotique identifié ce matin-là et qui l'avait laissé sur le dessus du chariot. [Alinéa 129 (1)a)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle tous les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 18 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 229 du Règlement de l'Ontario 79/10. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

Les 18, 19 et 20 avril 2017, les inspectrices/inspecteurs n^{os} 592 et 550 ont observé les lits situés dans les salles de bains et de douches de trois étages identifiés. Certains lits avaient un drap qui couvrait le matelas et certains lits n'en avaient pas et laissaient à nu le matelas.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a remarqué dans la salle de bain et de douches identifiée d'une unité d'un étage identifiée, un lit situé à côté de la baignoire dont les côtés de lit étaient souillés.

Lors d'une entrevue le 20 avril 2017, la/le PSSP n° 109 qui est affecté(e) à une autre unité a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 que l'on utilisait les lits pour les personnes résidentes qui nécessitaient des bains complets au lit. Il/elle a dit à l'inspectrice/l'inspecteur qu'il y avait plusieurs personnes résidentes dans l'unité qui utilisaient les lits, et que le personnel mettait un drap sur le lit avec une serviette d'incontinence et un oreiller que l'on changeait après chaque utilisation. La/le PSSP n° 109 a de plus indiqué qu'il n'était pas nécessaire de nettoyer ni de désinfecter les cadres de lits ni les matelas.

Lors d'une entrevue le 20 avril 2017, la/le PSSP n° 112 qui est affecté à une autre unité a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 que l'utilisation de lits dans la salle de bains ou dans la salle de douches visait à aider à sécher les personnes résidentes à leur sortie de la baignoire. La/le PSSP n° 112 a indiqué de plus que l'on utilisait un drap et qu'on le changeait après chaque utilisation entre les personnes résidentes. Il/elle a dit de plus à l'inspectrice/l'inspecteur qu'il incombait au personnel des services d'entretien ménager de nettoyer et de désinfecter les matelas et les cadres de lit une fois que les bains étaient terminés dans la soirée.

Lors d'une entrevue le 21 avril 2017, les deux aide-ménagères n^{os} 117 et 118 ont indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 qu'il leur incombait de nettoyer et de désinfecter les salles de bains et les salles de douches une fois que les PSSP avaient terminé de donner des bains aux personnes résidentes, mais que les aide-ménagères n'étaient pas les personnes assignées au nettoyage et à la désinfection des matelas et des cadres des lits des salles de bains et des salles de douches.

**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***

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné la politique de la/du titulaire de permis intitulée « Infection Control 01 » (contrôle des infections 01), révisée pour la dernière fois en mai 2014. Cette politique mentionnait, à la rubrique « Environnement et matériel » que tout le matériel utilisé par plus d'une personne résidente doit être nettoyé entre les personnes résidentes.

Lors d'une entrevue le 21 avril 2017, l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 que les lits situés dans les salles de bains et les salles de douches servaient à aider à essuyer les personnes résidentes à leur sortie du bain, et que les lits étaient également utilisés pour raisons de sécurité quand on effectuait le transfert des personnes résidentes. Il/elle a dit de plus que les matelas des lits devaient être désinfectés entre les personnes résidentes avec le même désinfectant que celui que les PSSP utilisaient pour les baignoires dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections du foyer.

2. Pendant toute la durée de cette inspection, on a remarqué plusieurs pains de savon non identifiés dans les salles de bains et les salles de douches.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a remarqué ce qui suit dans la salle de bains et de douches située dans une unité déterminée :

Sur une étagère, il y avait une corbeille remplie de divers articles, dont deux porte-savons sales non identifiés.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a également remarqué ce qui suit dans la salle de bains et de douches identifiée d'une autre unité :

Sur une étagère, dans la salle de bains à droite, il y avait une corbeille non identifiée contenant un pain de savon utilisé. Sur la baignoire, il y avait un deuxième pain de savon blanc utilisé.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué dans la salle de bains et de douches située dans une unité identifiée d'une autre unité :

Deux pains de savon utilisés non étiquetés, laissés sur la table à côté de la baignoire. Il/elle a également remarqué un contenant en plastique à côté de la baignoire avec un pain de savon non identifié utilisé.

Lors d'une entrevue le 20 avril 2017, la/le PSSP n° 116 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 en réponse à la question concernant les pains de savon non identifiés utilisés qui se trouvaient dans les salles de bains et de douches, qu'ils servaient à laver les personnes résidentes dans la baignoire. Quand on lui a demandé si l'on utilisait un pain de savon différent pour des personnes résidentes différentes, il/elle a dit utiliser le même pain de savon pour laver toutes les personnes résidentes dans le cadre de sa méthode de travail actuelle.

Lors d'une entrevue le 20 avril 2017, la/le PSSP n° 112 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 en réponse à la question concernant le pain de savon non identifié utilisé qui se trouvait dans les salles de bains et de douches, que les PSSP utilisaient et se partageaient le pain de savon pour se laver les mains après avoir fini de s'occuper des personnes résidentes.

Lors d'une entrevue le 20 avril 2017, l'IAA n° 106 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 que chaque personne résidente devrait avoir son propre pain de savon identifié pour son propre usage, mais qu'il/elle était au courant d'une pratique actuelle des membres du personnel consistant à utiliser le même pain de savon pour laver toutes les personnes résidentes.

Lors d'une entrevue le 21 avril 2017, l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique et la/le DDS ont indiqué que chaque personne résidente devrait avoir son propre pain de savon identifié pour son propre usage aux fins de prévention des infections. Les deux ont indiqué que l'on ne devrait laisser dans la salle de bains et de douches aucun pain de savon utilisé et non identifié.

Lors d'une entrevue le 21 avril 2017 l'infirmière/l'infirmier responsable du contrôle des infections a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 qu'aux fins de contrôle des infections aucun pain de savon ne devrait être utilisé ni partagé par plusieurs personnes résidentes. Il/elle a indiqué de plus que l'on s'attend à ce que les membres du personnel se lavent les mains à l'eau et au savon en utilisant l'évier qui se trouve dans la salle de bains et de douches ou en utilisant du désinfectant pour les mains qui se trouve également dans la salle de bains et de douches dans le cadre de leur programme de prévention et de contrôle des infections. [Paragraphe 229 (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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 19 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 du Règlement de l'Ontario 79/10. Côtés de lit

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

Faits saillants :

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

Il convient de remarquer qu'un ordre de conformité modifié en application du paragraphe 15 (1) du Règl. de l'Ont. a été émis de nouveau le 27 février 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017_619 550_004 avec une date de conformité au 31 août 2017. Les présentes constatations sont une preuve supplémentaire que l'ordre demeure non exécuté.

Lors de trois dates déterminées, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué la personne résidente n° 038 avec quatre demi-côtés de lit en position élevée alors qu'elle était allongée dans son lit.

Un examen du programme de soins actuel indiquait de relever les deux côtés de lit pour empêcher la personne résidente de tomber du lit.

La personne résidente n° 038 a été admise au foyer à une date déterminée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait plusieurs problèmes de santé.

Une entrevue avec la personne résidente n° 038 à une date déterminée indiquait qu'elle préférait avoir les quatre côtés de lit en position élevée quand elle était au lit pour des raisons de sécurité.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IAA n° 106 a indiqué que la personne résidente était incapable de changer elle-même de position dans le lit en utilisant les côtés de lit en raison de sa mobilité limitée.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IA n° 103 a déclaré que la personne résidente avait des mouvements corporels incontrôlables, en particulier quand on la changeait de position. Le recours aux quatre côtés de lit en position élevée visait à prévenir une chute si la personne résidente avait des mouvements corporels incontrôlables. La personne résidente était incapable de saisir les côtés de lit pour changer de position.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la directrice/le directeur des soins de longue durée a indiqué que l'on n'avait pas évalué, pour l'utilisation des quatre côtés de lit, la personne résidente n° 038 ni son lit, afin de minimiser les risques qu'il présente pour la personne résidente.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit évaluée, et son lit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente [Alinéa 15 (1)a]

2. Lors de deux jours déterminés, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué la personne résidente n° 073 avec deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée alors qu'elle était allongée dans son lit.

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*

Il convient de remarquer qu'un ordre de conformité modifié en application du paragraphe 15 (1) du Règl. de l'Ont. a été émis de nouveau le 27 février 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017_619550_004 avec date de conformité au 31 août 2017. Les présentes constatations sont une preuve supplémentaire que l'ordre demeure non exécuté.

La personne résidente n° 073 a été admise au foyer à une date déterminée, et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une déficience cognitive et d'autres problèmes de santé. Son dossier médical indiquait qu'elle avait fait une chute le matin d'une date déterminée. Elle avait été transférée à l'hôpital dans la soirée et était revenue au foyer dix-sept jours plus tard.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas qu'elle avait besoin d'avoir les deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée quand elle était allongée dans le lit.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le PSSP n° 136 a déclaré que la personne résidente n° 073 utilisait les deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée quand on la mettait au lit afin de prévenir une chute. La/le PSSP n° 136 a indiqué que le côté de lit droit de la personne résidente n'était pas en position élevée avant sa chute, et avoir remarqué que les deux côtés de lit de la personne résidente étaient placés en position élevée après que la personne résidente fut revenue d'un congé. La/le PSSP n° 136 a indiqué que quand une personne résidente nécessite d'avoir des côtés de lit en position élevée, un pictogramme sur le mur au-dessus de son lit indique combien de côtés de lit il faut relever. Cependant, la personne résidente n° 073 n'a pas de pictogramme indiquant qu'elle nécessite des côtés de lit.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IA n° 103 a déclaré que les deux côtés de lit de pleine longueur sont en position élevée comme l'a demandé une personne identifiée lorsque la personne résidente est revenue de son congé. L'IA n° 103 a déclaré avoir demandé à la/au physiothérapeute d'évaluer les côtés de lit de la personne résidente. L'IA n° 103 a confirmé que ni le programme de soins écrit de la personne résidente ni un pictogramme au-dessus de son lit n'indiquaient d'utiliser les deux côtés de lit de pleine longueur quand elle était au lit.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le physiothérapeute n° 175 a indiqué ne pas avoir évalué l'utilisation des côtés de lit de la personne résidente ni son lit.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé, si des côtés de lit étaient utilisés pour la personne résidente n° 073, à ce que cette dernière fût évaluée et son lit évalué afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente. [Alinéa 15 (1)a]

AE n° 20 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 26 du Règlement de l'Ontario 79/10. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 26 (4) Le titulaire de permis veille à ce qu'un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer :

a) d'une part, effectue une évaluation nutritionnelle pour tous les résidents au moment de leur admission et chaque fois qu'un changement important se produit dans l'état de santé d'un résident; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 26 (4).

b) d'autre part, effectuée une évaluation portant sur les questions visées aux dispositions 13 et 14 du paragraphe (3). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 26 (4).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une ou un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer effectue une évaluation nutritionnelle pour toutes les personnes résidentes au moment de leur admission, et chaque fois qu'un changement important se produit dans l'état de santé d'une personne résidente.

L'inspectrice/l'inspecteur des foyers de soins de longue durée n° 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 019 à une date déterminée.

La personne résidente n° 019 a été admise au foyer à une date déterminée de 2016 en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics.

Le dossier médical indiquait que la/le diététiste agréé avait inscrit une mention dans les notes d'évolution à une date déterminée de 2016 en indiquant avoir rendu visite à la personne résidente pendant le déjeuner et que celle-ci aurait une évaluation de suivi la semaine suivante.

Le dossier médical indiquait de plus qu'à une date déterminée de 2017 on avait envoyé la personne résidente n° 019 à l'hôpital, qu'elle en était revenue le lendemain avec un diagnostic déterminé, et qu'elle nécessitait des interventions médicales.

Un examen plus poussé du dossier médical, d'après l'évaluation du MDS (minimum de données standardisées), indiquait qu'il s'était produit un changement important dans l'état de santé de la personne résidente n° 019 à une date déterminée de 2017.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné le MDS et noté que les rubriques « Déshydratation/Fluid Maintenance » (déshydratation/maintien de la consommation des liquides) et « Nutritional Status » (état nutritionnel) incitaient à une évaluation plus poussée à l'aide des guides d'analyse par domaine d'intervention (Resident Assessment Protocols – RAP) et que ces guides d'analyse ont été remplis par une infirmière/un infirmier auxiliaire autorisé et par la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI. Le guide d'analyse pour l'état nutritionnel indiquait également que l'on avait envoyé un aiguillage à la/au diététiste.

L'inspectrice/l'inspecteur des soins de longue durée n° 592 a parlé à la/au diététiste agréé du foyer le 25 avril 2017 au sujet du processus pour effectuer l'évaluation nutritionnelle. Il/elle a déclaré que la première évaluation nutritionnelle doit être effectuée lors de l'admission de la personne résidente, puis tous les trimestres en remplissant la section K du MDS (minimum de données standardisées). Il/elle a de plus indiqué que si une intervention était nécessaire, il/elle rédigerait une note nutritionnelle dans les dossiers médicaux de la personne résidente en indiquant les changements particuliers et les nouvelles interventions.

La/le diététiste agréé a de plus indiqué que l'on effectue également l'évaluation nutritionnelle chaque fois qu'il se produit un changement important dans l'état de santé d'une personne résidente.

De plus, il/elle a indiqué que, lorsqu'une personne résidente revient de l'hôpital, la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI et le personnel infirmier autorisé l'en informent afin qu'il/elle fasse une évaluation nutritionnelle. La/le diététiste agréé a dit lire quotidiennement le rapport de communication de 24 heures pour veiller à ce que l'on fasse un suivi de toute personne résidente qui revient de l'hôpital.

Quand l'inspectrice/l'inspecteur a demandé des renseignements sur la personne résidente n° 019, la/le diététiste agréé a examiné le dossier médical et indiqué ne pas avoir été mis au courant du changement important de l'état de santé de la personne résidente n° 019, car ce n'était pas lui/elle qui avait rempli la section K (état nutritionnel) à la date déterminée. En lisant les notes du guide d'analyse, la/le diététiste a remarqué qu'une infirmière ou un infirmier autorisé avait demandé un aiguillage pour que la/le diététiste agréé fasse une évaluation de la personne résidente n° 019. La/le diététiste agréé a indiqué ne pas être au courant que l'on avait fait un aiguillage pour qu'il/qu'elle évalue la personne résidente n° 019 car il s'était produit un changement important dans son état de santé.

L'inspectrice/l'inspecteur a poursuivi l'examen du dossier médical de la personne résidente n° 019 et a remarqué que cette dernière n'avait pas été évaluée par la/le diététiste agréé depuis une date déterminée quand l'évaluation initiale avait eu lieu. [Alinéas 26 (4)a) et b)]

AE n° 21 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 35 du Règlement de l'Ontario 79/10. Soins des pieds et des ongles

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 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).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 003 reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci.

À une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué que les ongles des mains de la personne résidente n° 003 étaient longs et souillés, avec des débris bruns dans le lit des ongles des deux mains. Lors de trois autres jours, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a remarqué que les ongles des mains de la personne résidente n° 003 avaient une matière brune incrustée dans le lit des ongles d'une main identifiée. Il/elle a remarqué de plus que la personne résidente avait des ongles cassés, pointus et ébréchés à une main identifiée.

À une date déterminée, la/le PSSP n° 151 a indiqué que l'on donne un bain deux fois par semaine à la personne résidente et qu'on lui fait des soins pour les ongles à ce moment-là. Après examen du calendrier des bains, on constatait que la personne résidente devait avoir un bain lors de deux soirs déterminés au cours de la semaine.

Dix jours plus tard, on a observé la personne résidente après le petit déjeuner dans la salle à manger, et remarqué que ses ongles des deux mains avaient une matière brune dans leur lit, et qu'elle avait aussi des ongles cassés et pointus à la main identifiée.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a examiné la documentation des soins fournis à la personne résidente qui sont consignés dans l'interface Point of Care. On y indiquait que les ongles des mains de la personne résidente avaient été coupés à une date déterminée. On indiquait que ses ongles avaient été nettoyés la veille au soir pendant un bain, néanmoins elle continuait d'avoir une matière brune incrustée dans le lit des ongles des deux mains.

L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a indiqué que le foyer s'attendait à ce que les ongles des mains de la personne résidente soient gardés propres et bien coupés en tout temps quand le personnel remarque que c'est nécessaire, et pas seulement au moment des bains pour l'hygiène des mains. [Paragraphe 35 (2)]

AE n° 22 : La ou 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 concernant les 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. La ou 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, reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

La personne résidente n° 038 a été admise au foyer à une date déterminée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait plusieurs problèmes de santé.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle avait une lésion de pression à une partie identifiée du corps.

Un examen du dossier d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente pour un mois déterminé de 2017 indiquait d'administrer un traitement identifié à la plaie lors de jours précis.

Les notes d'évolution de la personne résidente à une date déterminée indiquaient qu'une ou un PSSP identifié et l'IA n° 149 avaient remarqué, au début du poste de travail du soir, que la moitié du pansement de la personne résidente était souillé de selles, et avaient trouvé un gant collé sous une partie du pansement. La plaie avait été nettoyée et le pansement changé comme on l'indiquait dans le MAR de la personne résidente.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IA n° 149 a déclaré que le pansement de la personne résidente devait être changé à une date déterminée pendant le poste de travail du soir. Une/un PSSP identifié avait informé l'IA au début du poste de travail du soir d'examiner le pansement de la personne résidente, et l'IA l'avait trouvé en mauvais état. L'IA n° 149 a révélé avoir remarqué que la moitié du pansement de la personne résidente était souillé de selles et que l'on avait trouvé un gant collé sous la moitié du pansement. L'IA n° 149 a indiqué être immédiatement intervenu(e) en prenant une photo de l'endroit, en envoyant un courriel à la/au DDS, en documentant son observation et en changeant le pansement.

Des entrevues avec les PSSP n°s 134 et 139 le 27 avril 2017 indiquaient qu'à la date déterminée en fin de matinée, on avait trouvé la personne résidente n° 038 souillée par des selles. On l'avait complètement lavée, on avait changé sa culotte d'incontinence et son linge, et on l'avait transférée dans le fauteuil roulant. Les PSSP n°s 134 et 139 ont indiqué que le dessus du pansement de la personne résidente était souillé et avait été nettoyé à ce moment-là. Les PSSP n°s 134 et 139 ont reconnu avoir remarqué à ce moment-là qu'une partie du pansement de la personne résidente n'adhérait plus à la peau. Les PSSP susmentionnés ont indiqué avoir remis la personne résidente au lit pendant l'après-midi, l'avoir changé de position au lit et avoir remarqué que sa culotte d'incontinence était propre.

Lors d'une entrevue le 27 avril 2017, la/le PSSP n° 134 a indiqué avoir informé ce jour-là les infirmières/infirmiers que le pansement de la personne résidente était légèrement desserré.

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 le 27 avril 2017, la/le PSSP n° 139 a déclaré ne pas avoir informé les infirmières ou infirmiers de jour que le pansement de la personne résidente était desserré, parce que cette dernière lui avait dit qu'il n'était pas nécessaire de les informer, car il était prévu de changer le pansement ce soir-là. La/le PSSP n° 139 a reconnu qu'il/elle aurait dû informer immédiatement les infirmières ou les infirmiers quand il/elle avait vu l'état du pansement de la personne résidente.

Lors d'une entrevue le 27 avril 2017, l'IAA n° 106 a indiqué que l'IA n° 103 et elle-même/lui-même n'avaient pas été informés de l'état du pansement de la personne résidente par les PSSP qui s'occupaient de la personne résidente pendant le poste de travail de jour à la date déterminée.

Lors d'une entrevue le 27 avril 2017, l'administratrice/l'administrateur a indiqué que l'on avait entrepris une enquête interne à une date déterminée. L'administratrice/l'administrateur a reconnu que les PSSP n°s 134 et 139 auraient dû avertir immédiatement le personnel infirmier quand ils/elles ont trouvé que le pansement de la personne résidente était souillé.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 038 reçoive un traitement et fasse l'objet d'interventions immédiatement pour favoriser la guérison et prévenir l'infection lorsque les PSSP identifiés ont remarqué qu'une partie du pansement de la personne résidente n'adhérait plus à la peau à une date déterminée. [Disposition 50 (2)b)iii]

AE n° 23 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 59 du Règlement de l'Ontario 79/10. Services de thérapeutique

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient organisés à l'intention des résidents du foyer ou fournis à ceux-ci, en application de l'article 9 de la Loi, des services de thérapeutique qui comprennent ce qui suit :

- a) la physiothérapie fournie sur les lieux aux résidents sur une base individuelle ou en groupe, compte tenu de leurs besoins évalués en matière de soins;**
- b) l'ergothérapie et des services d'orthophonie. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 59.**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient organisés à l'intention des personnes résidentes du foyer ou fournis à celles-ci, en application de l'article 9 de la Loi, des services de thérapeutique qui comprennent de l'ergothérapie et de l'orthophonie.

À une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué que la personne résidente n° 024 avait de la difficulté à communiquer verbalement et manifestait de la frustration quand elle était incapable de s'exprimer verbalement. L'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué qu'il n'y avait pas dans la chambre de la personne résidente des pictogrammes ou un autre type de dispositif pour communiquer avec elle.

La personne résidente n° 024 a été admise à une date déterminée, et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait plusieurs problèmes de santé.

Un examen à une date déterminée du « Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set » (RAI-MDS) [instrument d'évaluation des personnes résidentes – minimum de données standardisées (RAI-MDS)] indiquait que la mémoire à court terme et la mémoire à long terme de la personne résidente étaient adéquates. La parole est son mode de communication pour s'exprimer. Elle a des difficultés à trouver des mots ou à achever des pensées. Elle a un trouble d'élocution et marmonne. La personne résidente est capable de comprendre les autres personnes. Elle n'a pas d'appareil ni de techniques de communication.

Le programme de soins écrit actuel de la personne résidente indiquait qu'elle a une capacité réduite de parler, et qu'il faut la rassurer et faire preuve de patience quand on communique avec elle.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la personne résidente n° 024 a déclaré que cela l'aiderait d'avoir des images pour communiquer avec d'autres personnes.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, une personne identifiée a indiqué que la personne résidente éprouvait de la difficulté à communiquer avec le personnel, les visiteurs et sa famille. La personne identifiée a déclaré que le personnel du foyer ne discute jamais avec eux de la possibilité d'adresser la personne résidente à une ou un spécialiste pour l'aider à communiquer.

Lors d'entrevues à une date déterminée, la/le PSSP n° 128, l'IAA n° 129 et l'IA n° 104 ont indiqué que les membres du personnel permanent étaient capables de comprendre la personne résidente, car ils connaissaient ses besoins fondamentaux et ses activités courantes. Toutefois, quand elle a de la difficulté à communiquer, elle devient plus agitée et son trouble d'élocution augmente. La/le PSSP n° 128 et l'IA n° 104 ont révélé que la famille avait fait savoir qu'elle avait de la difficulté à comprendre la personne résidente n° 024.

Lors d'entrevues le 26 avril 2017, l'IAA n° 129 et l'IA n° 104 ont déclaré que depuis son admission au foyer on n'avait jamais évalué la personne résidente ni adressée à une ou un orthophoniste ou à l'ergothérapeute concernant sa difficulté d'élocution. Qui plus est, elle n'a aucun appareil ou autre article pour l'aider à communiquer.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient organisés ou fournis des services de thérapeutique à l'intention de la personne résidente n° 024 en application de l'article 9 de la Loi, notamment de l'ergothérapie et de l'orthophonie. [Alinéa 59*b*]

AE n° 24 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 72 du Règlement de l'Ontario 79/10. Préparation alimentaire

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 79 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :
f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel;

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à communiquer les substitutions de menu aux personnes résidentes et au personnel.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le menu planifié du déjeuner d'une unité identifiée (3^e semaine, 16^e jour); il se lisait comme suit :

salade verte
soupe aux nouilles et tomates
tourtière/pâté à la viande
hamburger au poulet
maïs
haricots verts
purée de pommes de terre
frites
carrés à la noix de coco
poires coupées en dés

les choix de dessert proposés aux personnes résidentes étaient les suivants :

jello rouge
gâteau blanc
gâteau au chocolat
poires coupées en dés
fruits mélangés coupés en dés
fruits mélangés en purée

Les substitutions de menu pour les poires en purée ou le gâteau à la noix de coco ne figuraient pas sur le menu planifié.

Le 24 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le menu planifié d'une autre unité; il se lisait comme suit :

soupe d'orge/de légumes
poulet teriyaki
pâté chinois
carottes
haricots jaunes
purée de pommes de terre
roulé à la fraise
pêches coupées en dés

L'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé l'aide-diététiste n° 145 qui a dit qu'ils n'avaient pas les haricots jaunes comme l'indique le menu pour les régimes à texture ordinaire, mais qu'ils les avaient effectivement pour les régimes composés d'aliments en purée. Cette substitution ne figurait pas au menu de l'unité identifiée ni au menu hebdomadaire des personnes résidentes.

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 personne résidente n° 047 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 qu'on ne lui avait jamais dit qu'ils allaient avoir des haricots verts, qu'elle ne les aimait pas et préférait les jaunes. La personne résidente n° 047 n'a mangé aucun de ses haricots verts pour ce repas.

Le 26 avril 2017, les substitutions de menu n'ont pas été communiquées aux personnes résidentes ni au personnel d'une unité identifiée. Ces substitutions figuraient à l'extérieur de l'unité identifiée et étaient jointes aux menus hebdomadaires affichés dans le corridor à l'extérieur de l'unité. Les personnes résidentes de l'unité identifiée ne sont pas en mesure de quitter l'unité sans surveillance et n'étaient pas mises au courant des changements apportés au repas du déjeuner.

Le 26 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a vu l'aide-diététiste n° 147 afficher la substitution de menu sur la boîte du menu hebdomadaire, et il/elle a indiqué que ces substitutions sont données par la cuisine aux aides-diététistes, pour les afficher sur les menus quotidiens pour les unités dont les aides-diététistes s'occupent, afin de montrer au personnel et aux personnes résidentes les changements apportés au menu, car ils sont surlignés.

Le 28 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a parlé à l'aide-diététiste n° 148 concernant l'endroit où il/elle avait affiché les substitutions de menu dans l'unité identifiée, et il/elle a indiqué les avoir affichés à l'intérieur de l'office, car les substitutions de menu lui sont destinées pour les connaître avant de servir. L'aide-diététiste n° 148 a indiqué qu'on ne lui fournissait aucun menu comportant des substitutions pour l'afficher à l'intention des personnes résidentes et des familles de cette unité.

La/le chef du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les substitutions d'aliments pour les personnes résidentes devraient figurer dans chaque unité. Il/elle a indiqué que l'on devrait également identifier pour chaque repas les personnes résidentes qui reçoivent des substitutions concernant différentes textures, tel que requis. La/le chef et l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 ont examiné l'unité identifiée et n'ont trouvé aucun menu mentionnant les substitutions fournies aux personnes résidentes dans l'unité identifiée pendant cette inspection. On a remarqué que les substitutions étaient affichées à trois dates déterminées en 2017. [Alinéa 72 (2)f)]

AE n° 25 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 110 du Règlement de l'Ontario 79/10. Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 110 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 ou 36 de la Loi :

1. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (1).

Par. 110 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 ou 36 de la Loi :

3. L'appareil mécanique n'est pas modifié si ce n'est pour les réglages de routine prévus dans les instructions du fabricant. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (1).

Par. 110 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi :

1. Le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (2).

Par. 110 (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. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

2. Les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

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. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

4. Le consentement. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

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. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

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).

Par. 110 (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 :

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. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

Par. 110 (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 :

6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

Par. 110 (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 :

7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

Par. 110 (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 :

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).

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique des personnes résidentes n^{os} 003 et 048 qui a été ordonné ou approuvé par un médecin ou encore par une infirmière ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure.

On a remarqué, comme on l'indiquait dans l'AE n^o 14 [paragraphe 31 (1)] que la personne résidente n^o 003 devait porter un appareil identifié quand elle était assise dans un fauteuil roulant, et qu'elle n'était pas capable d'enlever cet appareil.

L'inspectrice/l'inspecteur n^o 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente n^o 003, et il n'y avait aucun ordre de contention au moyen d'un appareil émanant d'un médecin ou du personnel infirmier autorisé de la catégorie supérieure.

L'IA n^o 125 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n^o 547 que la personne résidente n^o 003 n'a pas besoin de l'appareil identifié quand elle est dans le fauteuil roulant, car il n'y avait pas d'ordre concernant un quelconque appareil. [Disposition 110 (2)1]

2. L'examen du dossier médical de la personne résidente n^o 048 indiquait que l'on avait ordonné que l'appareil mécanique utilisé pour la contention soit recouvert d'une housse quand la personne résidente est dans le fauteuil roulant. La mention de la housse pour recouvrir l'appareil identifié figure également sur le dessus du dossier d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente.

L'inspectrice/l'inspecteur a observé pendant la durée de cette inspection que la personne résidente n^o 048 était assise dans un fauteuil roulant manuel avec un appareil mécanique identifié qu'elle n'était pas capable de dégager. Cet appareil mécanique n'était pas recouvert d'une housse comme l'indiquait l'ordre de recours à la contention. Au cours de cette inspection, on a remarqué que la personne résidente était assise dans un fauteuil roulant étiqueté au nom de la personne résidente n^o 049. Quand on attiré l'attention de l'IAA n^o 107 sur ce point, il/elle a indiqué que le personnel avait décidé d'échanger les fauteuils roulants des personnes résidentes n^{os} 048 et 049, car celui de la personne

résidente n° 049 était meilleur, et que cette dernière ne l'utilisait pas. L'IAA n° 107 ne savait pas exactement qui avait évalué la personne résidente pour déterminer la nécessité d'utiliser une housse sur l'appareil mécanique identifié de la personne résidente.

Le 28 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la directrice/le directeur des soins concernant l'appareil mécanique de contention identifié de la personne résidente n° 048, et il/elle a indiqué que la personne résidente avait un ordre pour cette housse d'appareil de contention et que l'on devait y avoir recours. On assiéra également la personne résidente dans son propre fauteuil roulant à compter d'aujourd'hui, car elle n'a pas été évaluée pour utiliser le fauteuil roulant de la personne résidente n° 049.

Cinq jours plus tard, on a observé la personne résidente assise dans son propre fauteuil roulant avec l'appareil mécanique identifié en place, mais pas de housse. [Disposition 110 (2)1]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser une personne résidente en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il/elle n'a pas veillé 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 de la personne résidente.
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.

En application du paragraphe 31 (1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chapitre 8, la Loi indiquait qu'une personne résidente peut être maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique visé à la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si son programme de soins le prévoit.

Lors de deux dates déterminées, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué que la personne résidente n° 073 avait deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée pendant qu'elle était allongée dans le lit.

La personne résidente n° 073 a été admise au foyer à une date déterminée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une déficience cognitive et d'autres problèmes de santé. Son dossier médical indiquait qu'elle avait fait une chute le matin d'une date déterminée. Elle avait été transférée à l'hôpital le même jour que la chute et était revenue au foyer dix-sept jours plus tard.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente n'indiquait pas qu'elle nécessitait d'avoir les deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée quand elle était allongée dans le lit.

**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***

Un examen de l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS) de la personne résidente n° 073 à une date déterminée indiquait qu'elle nécessitait quotidiennement des côtés de lit de pleine longueur sur tous les côtés ouverts du lit.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le PSSP n° 136 a déclaré que la personne résidente utilisait les deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée quand elle était placée dans le lit afin de prévenir des chutes. La/le PSSP n° 136 a indiqué que le côté de lit droit de la personne résidente n'était pas en position élevée avant sa chute à la date déterminée, et avoir remarqué que l'on avait utilisé les deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée après le retour de l'hôpital de la personne résidente à la date déterminée. La/le PSSP n° 136 a indiqué que quand une personne résidente nécessite d'avoir des côtés de lit en position élevée, un pictogramme sur le mur au-dessus de son lit indiquera combien de côtés de lit il faut relever. Cependant, la personne résidente n° 073 n'a pas de pictogramme indiquant qu'elle nécessite des côtés de lit.

Lors d'une entrevue le 9 mai 2017, la/le PSSP n° 174 a indiqué que si les deux côtés de lit n'étaient pas en position élevée, la personne résidente pouvait essayer de se lever du lit. La/le PSSP n° 174 a déclaré surveiller la personne résidente toutes les heures quand elle était allongée au lit avec les deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée, mais la surveillance n'est pas documentée.

Lors d'une entrevue les 8 et 9 mai 2017, l'IA n° 103 a déclaré que l'on avait mis en position élevée les deux côtés de lit de pleine longueur depuis que la personne résidente était revenue de l'hôpital, comme l'avait demandé un mandataire ou un mandataire spécial (MS) identifié. Toutefois, l'IA n° 103 n'avait pas documenté que la ou le MS consentait à avoir les deux côtés de lit en position élevée, ni les circonstances qui ont entraîné le recours aux côtés de lit. L'IA n° 103 a reconnu que le recours aux côtés de lit de pleine longueur de la personne résidente n'avait pas été approuvé par la ou le médecin. Également, l'IA n° 103 a confirmé que le programme de soins écrit de la personne résidente n'indiquait pas que les côtés de lit étaient utilisés à titre d'intervention pour prévenir les chutes. Qui plus est, on n'avait pas placé de pictogramme au-dessus du lit de la personne résidente pour indiquer qu'elle nécessitait deux côtés de lit de pleine longueur en position élevée quand elle était au lit.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil mécanique constitué de deux côtés de lit de pleine longueur pour maîtriser la personne résidente n° 073 en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et à ce que, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il/elle 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 de la personne résidente.
7. Tout dégageement 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.

**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***

En outre, il/elle n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, à ce que sa contention soit prévue dans le programme de soins de la personne résidente comme l'indique le paragraphe 31 (1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chapitre 8.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la documentation comporte ce qui suit relativement à l'appareil mécanique de la personne résidente n° 005 :

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 de la personne résidente.
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/l'inspecteur n° 547 a remarqué, pendant la durée de cette inspection, que la personne résidente n° 005 portait un appareil mécanique identifié pour la maîtriser quand elle était assise dans son fauteuil roulant.

Les dossiers médicaux de la personne résidente n° 005 qui ont été examinés, y compris l'interface Point of Care et le dossier d'administration des médicaments (MAR), ne comportaient aucune mention de ce qui suit :

- Tout moment auquel on a eu recours à la housse de l'appareil mécanique identifié de la personne résidente n° 005 quand elle était assise quotidiennement dans son fauteuil roulant.
- Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente n° 005 à la housse de son appareil mécanique de contention identifié quand elle est assise quotidiennement dans son fauteuil roulant.
- Tout retrait de la housse de l'appareil mécanique identifié de la personne résidente n° 005 pendant qu'elle est assise dans son fauteuil roulant ou les soins fournis par la suite.

L'IAA n° 107 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les membres du personnel des services de soutien à la personne surveillent les appareils de contention de la personne résidente, et sont censés documenter, dans le système de documentation électronique du foyer Point of Care (POC) quand ils ont recours à la contention par ceinture de siège et quand ils l'enlèvent. L'IAA n° 107 a de plus indiqué qu'il n'incombe pas au personnel infirmier autorisé de documenter la surveillance des appareils de contention de la personne résidente.

Le 3 mai 2017, l'IA n° 142, éducatrice/éducateur clinique du foyer, a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les membres du personnel des services de soutien à la personne devraient consigner, dans le POC, la surveillance horaire des personnes résidentes lors du recours à des appareils de contention. L'IA n° 142 a de plus indiqué être au courant que le personnel infirmier autorisé ne documentait pas l'évaluation, la réévaluation et la surveillance des appareils de contention des personnes résidentes tels que requis. L'IA n° 142 a indiqué que le foyer révisé à l'heure actuelle la politique et marche à suivre relatives à la contention et qu'il mettra en œuvre en 2017 une nouvelle politique et marche à suivre.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la documentation comporte ce qui suit relativement à l'appareil mécanique pour la personne résidente n° 048 :

**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***

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 de la personne résidente.
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.

La personne résidente n° 048 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, notamment une déficience cognitive. Ses dossiers médicaux indiquaient qu'elle avait un ordre relatif à un moyen de contention consistant en un appareil identifié doté d'une housse quand elle était assise en fauteuil roulant.

L'IAA n° 107 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que le moyen de contention de la personne résidente figurait dans le POC aux fins de surveillance, et que c'était le seul endroit où le personnel documentait le recours à ces moyens de contention. C'est également l'endroit où les PSSP documentent le changement de position des personnes résidentes.

L'IAA n° 107 a indiqué que le personnel infirmier autorisé n'a aucune documentation relativement aux moyens de contention utilisés pour la personne résidente. L'IAA n° 107 a indiqué que le moyen de contention de la personne résidente devait être documenté dans le système de documentation électronique Point of Care (POC) du foyer pour les services de soutien à la personne. Le POC serait le seul endroit où les membres du personnel des services de soutien à la personne documentent le recours à ces appareils mécaniques de contention et leur retrait. L'IAA n° 107 a indiqué ne pas être au courant que l'on mentionnait dans le POC tout soin fourni par la suite.

Le 3 mai 2017, l'IA n° 142 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les personnes résidentes pour lesquelles on a recours à un moyen de contention, nécessitent une surveillance de ce moyen de contention et de documenter cette surveillance toutes les heures dans le système de documentation électronique Point of Care (POC) du foyer. Lors d'un examen avec l'IA n° 142, on a remarqué qu'aucune intervention relativement au moyen de contention utilisé pour cette personne résidente ne figurait dans le programme de soins de façon à déclencher une intervention du personnel des services de soutien à la personne dans le POC. L'IA n° 142 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les personnes résidentes qui avaient un appareil de contention nécessitaient une évaluation, une réévaluation et une surveillance de cet appareil, et qu'il fallait documenter la surveillance toutes les heures dans le système de documentation électronique Point of Care (POC) du foyer. L'IA n° 142 a indiqué qu'ils savent que le personnel infirmier autorisé ne documente aucune évaluation, réévaluation ou surveillance de l'utilisation des moyens de contention de la personne résidente au foyer à l'heure actuelle selon ce qui est nécessaire. L'IA n° 142 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les personnes résidentes du foyer qui ont un appareil de contention nécessitent que l'on effectue un dégagement de l'appareil et de les changer de position au moins toutes les deux heures. Ce dégagement et ce changement de position devraient être documentés dans le POC par les PSSP. L'IA n° 142 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les personnes résidentes qui ont un appareil de contention nécessitent une surveillance de cet appareil et que l'on doit documenter cette surveillance toutes les heures dans le POC, ce qui inclut d'indiquer le retrait de l'appareil mécanique de contention et l'heure de ce retrait. [Paragraphe 110 (7)]

4. Plus particulièrement, la ou le titulaire de permis n'a pas veillé à documenter ce qui suit pour la personne résidente n° 069 :

Cette constatation concerne le registre n° 032808-16.

À une date déterminée, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour faire rapport d'une chute de la personne résidente n° 069 survenue à une date déterminée durant le poste de travail de nuit.

La personne résidente n° 069 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet de diagnostics multiples, notamment de déficience cognitive.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente n° 069 pendant cinq mois environ, et a remarqué que l'on indiquait qu'elle était tombée plusieurs fois après la chute qui avait eu lieu à une date déterminée.

À une date déterminée, l'inspectrice/l'inspecteur a observé la personne résidente assise à la salle à manger dans un fauteuil roulant avec un appareil mécanique identifié attaché. Le lendemain, l'inspectrice/l'inspecteur a observé la personne résidente assise dans son fauteuil roulant dans sa chambre avec l'appareil mécanique identifié attaché. L'inspectrice/l'inspecteur a demandé à la personne résidente si elle était capable d'enlever l'appareil mécanique, et a remarqué que la personne résidente était cognitivement incapable d'enlever l'appareil, même lorsqu'on l'y invitait. Cinq jours plus tard, en présence de l'IA n° 103, la personne résidente était incapable d'enlever l'appareil mécanique identifié – une ceinture de siège attachée – quand on le lui demandait et quand on l'invitait à le faire.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le PSSP n° 165 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que la personne résidente n° 069 avait eu un fauteuil roulant avec un appareil mécanique identifié pendant les deux à trois derniers mois pour l'empêcher de tomber, et qu'on la surveillait toutes les deux heures pendant le recours à l'appareil mécanique. L'IAA n° 137 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que la personne résidente était mise dans un fauteuil roulant avec l'appareil mécanique identifié, car elle tombait souvent, et que cette mesure était efficace, car la personne résidente n'était pas tombée depuis l'utilisation du fauteuil roulant avec l'appareil mécanique identifié.

L'inspectrice/l'inspecteur a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 069, notamment la documentation figurant dans l'interface Point of Care et dans les feuilles du dossier d'administration des médicaments (MAR). Il/elle a remarqué que l'on n'indiquait pas le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné, les instructions ayant trait à l'ordre, le consentement, 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 de la personne résidente, tout dégagement 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.

Au cours d'une entrevue lors d'une date déterminée, l'IA n° 103 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que cette personne résidente faisait souvent des chutes et que l'on avait décidé de la mettre dans un fauteuil roulant avec un appareil mécanique identifié pour l'empêcher de tomber. L'IA a dit être au courant que la personne résidente n'était pas cognitivement capable d'enlever l'appareil mécanique toute seule la plupart du temps; mais l'IA pensait, parce que l'ergothérapeute avait indiqué dans les notes d'évolution que l'appareil mécanique identifié était un appareil d'aide personnelle utilisé pour changer de position, que l'on considérerait qu'il s'agissait d'un appareil d'aide personnelle et pas d'un

moyen de contention, même si le but premier de l'appareil mécanique identifié était d'empêcher la personne résidente de tomber. [Paragraphe 110 (7)]

AE n° 26 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 113 du Règlement de l'Ontario 79/10. Évaluation

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Art. 113 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) il est procédé, une fois par mois, à une analyse de l'utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser les résidents en vertu de l'article 31 de la Loi ou conformément au devoir de common law visé à l'article 36 de celle-ci;**
- b) il est procédé, au moins une fois par année civile, à une évaluation qui permet de déterminer l'efficacité de la politique du titulaire de permis, prévue à l'article 29 de la Loi, et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent pour minimiser le recours à la contention et pour veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement;**
- c) les résultats de l'analyse effectuée en vertu de l'alinéa a) sont pris en considération dans le cadre de l'évaluation;**
- d) les modifications ou améliorations qui s'imposent en vertu de l'alinéa b) sont mises en œuvre promptement;**
- e) sont consignés promptement dans un dossier tout ce que prévoient les alinéas a), b) et d), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé et la date à laquelle les modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 113.**

Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il soit procédé, une fois par mois, à une analyse de la contention des personnes résidentes n^{os} 048 et 005 à l'aide d'un appareil mécanique.

La personne résidente n^o 005 a un ordre et un consentement relativement à l'utilisation d'une housse d'appareil mécanique pour couvrir la partie identifiée du dispositif mécanique identifié pendant qu'elle est assise dans son fauteuil roulant.

La politique et marche à suivre du foyer n^o CLIN CARE 34 intitulée « Restraint Minimization » (réduction au minimum de l'utilisation de la contention), indiquait à la rubrique 5.0 de la page 3 de 7 qu'un suivi et une analyse sont requis pour les appareils mécaniques. Ce suivi des appareils de contention mécanique est requis dans la base de données de gestion des risques du foyer, quand on les ordonne ou qu'on en cesse l'utilisation. Le service de la qualité et de la gestion des risques et de la sécurité pour les patients envoie, aux fins d'examen, des rapports mensuels sur l'utilisation des appareils de contention aux responsables cliniques et aux directeurs/directrices de programmes.

Le 5 mai 2017, l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique du foyer a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n^o 547 que le foyer n'avait pas effectué une fois par mois l'analyse de la contention des personnes résidentes par recours à un appareil mécanique pour l'unité identifiée. La

politique du foyer est principalement créée pour les personnes résidentes à l'hôpital, et la politique du foyer va être mise à jour et sera en place au foyer d'ici l'été 2017. L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a fourni une copie de l'analyse des données pour trois mois consécutifs de 2017, et a fait remarquer que la personne résidente n° 005 figure dans le rapport mensuel du foyer, néanmoins on n'indique pas qu'elle utilisait un quelconque appareil de contention dans la colonne RES01. [Disposition 113a)]

2. On mentionnait dans l'AE n° 14 que la personne résidente n° 048 [aux termes de la disposition 31 (2)5] faisait l'objet d'un ordre pour le recours à un appareil de contention physique avec housse quand elle était assise dans son fauteuil roulant.

L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547, après examen du rapport mensuel sur les données brutes de l'indicateur de la qualité pour l'unité identifiée pendant trois mois consécutifs de 2017, que la personne résidente n° 048 n'était pas mentionnée comme utilisant un appareil de contention. L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique a indiqué que cette analyse des données provenant du rapport mensuel sur les données brutes de l'indicateur de la qualité devrait être révisée. [Disposition 113a)]

Émis le 18 juillet 2017.

Signature de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs

Original du rapport signé par l'inspectrice ou l'inspecteur.



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

**Long-Term Care Division
Long-Term Care Inspections Branch
Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie modifiée destinée au public

Nom de l'inspectrice (n°) : JOELLE TAILLEFER (211) - (A1)

N° de l'inspection : 2017_618211_0008 (A1)

Registre n° : 0005946-17 (A1)

Genre d'inspection : Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Date(s) du rapport : 18 juillet 2017; (A1)

Titulaire de permis : SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC.
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de SLD : RÉSIDENCE SAINT-LOUIS
879, CHEMIN PARC HIAWATHA
OTTAWA ON K1C 2Z6

Nom de l'administratrice : Chantale Cameron

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

À l'intention de SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC., vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Ordre n° : 001 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a

Aux termes du :

paragraphe 10 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès aux aires dont l'accès leur est interdit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 10 (1).

Ordre :

La ou le titulaire de permis doit veiller à ce que :

1. L'ascenseur C soit équipé de façon à empêcher que les personnes résidentes aient accès au sous-sol qui est une aire non résidentielle.
2. Entre-temps, la ou le titulaire de permis doit immédiatement mettre en œuvre des mesures pour assurer la sécurité des personnes résidentes, relativement à l'éventualité d'avoir un accès non surveillé à cette aire non résidentielle.

Motifs :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les personnes résidentes aient accès au sous-sol qui est considéré comme une aire non résidentielle du foyer.

Le 18 avril 2017 à 8 h 20, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 était au rez-de-chaussée du foyer et a appuyé sur le bouton pour que l'ascenseur C se rende au sous-sol. Il/elle a remarqué qu'il y avait une note affichée dans l'ascenseur indiquant « veuillez noter que seuls les employés et les bénévoles qui ont une carte d'accès peuvent se rendre au sous-sol avec cet ascenseur ». L'ascenseur est descendu, et les portes se sont ouvertes au sous-sol. L'ascenseur n'était pas équipé pour empêcher que les personnes résidentes aient accès à cette aire.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que les ascenseurs A et B avaient la même note de service affichée indiquant « veuillez noter que seuls les employés et les bénévoles qui ont une carte d'accès peuvent se rendre au sous-sol avec cet ascenseur ». Il/elle a remarqué qu'il y avait un lecteur de carte dans les deux ascenseurs. L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a appuyé sur le bouton pour que les deux ascenseurs se rendent au sous-sol dont l'accès lui a été refusé.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Le 20 avril 2017, lors d'une entrevue avec l'inspectrice/l'inspecteur n° 592, l'administratrice/l'administrateur a révélé que l'on considérait que le sous-sol était une aire non résidentielle du foyer, et a de plus indiqué être au courant que l'un des trois ascenseurs n'était pas équipé d'un système de lecteur de carte empêchant les personnes résidentes de descendre au sous-sol. Par conséquent, un ascenseur demeurait accessible aux personnes résidentes et n'était pas équipé pour les empêcher de se rendre au niveau du sous-sol. [Paragraphe 10 (1)]

La gravité concernant le fait que l'ascenseur identifié n'était pas équipé de façon à empêcher l'accès des personnes résidentes a été déterminée comme étant une « possibilité de préjudice réel ». Sa portée a été définie comme étant « généralisée », car l'un des élévateurs demeurait accessible aux personnes résidentes qui habitent au foyer pour avoir accès au sous-sol. (592)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 septembre 2017

Ordre n° : 002 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes du :

paragraphe 71 (4) du Règlement de l'Ontario 79/10, 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).

Ordre :

1. La ou le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel des services infirmiers et de diététique soit au courant que l'on doit offrir et présenter à chaque personne résidente deux choix indiqués au menu planifié à chaque repas ou collation. La ou le titulaire de permis doit de plus veiller à ce que les choix offerts soient comparables aux choix indiqués au menu planifié qu'a approuvé la ou le diététiste agréé du foyer pour les besoins nutritionnels de la personne résidente.
2. La ou le titulaire de permis doit veiller à ce que tous les choix indiqués au menu planifié ou les substitutions de menu identifiés sur les menus soient mis à la disposition de chaque personne résidente lors de chaque repas et collation.
3. La ou le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel soit au courant des méthodes de communication verbale et non verbale des personnes résidentes pour faire connaître leurs choix. Le personnel doit de plus être au courant, quand une personne résidente ne peut pas faire un choix après que le personnel lui en ait proposé deux, qu'il doit consulter le programme de soins individuel de la personne résidente qui mentionne les préférences et aversions de celle-ci en matière d'aliments et de boissons.

Motifs :

1. La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 71 (4) du règlement, car le foyer n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le déjeuner d'une unité identifiée. D'après la troisième semaine du menu automne 2016/hiver 2017, les choix du menu pour le dessert du 16^e jour consistaient en « carrés à la noix de coco ou pouding à la noix de coco, poires coupées en dés ou en purée ». On a offert aux personnes résidentes de l'unité identifiée du jello rouge, du gâteau blanc, du gâteau au chocolat, des poires coupées en dés, des fruits mélangés coupés en dés; le menu pour les aliments en purée ne comportait que des fruits mélangés selon l'aide-diététiste n° 148. On n'avait pas offert des poires en purée ni du pouding à la noix de coco aux personnes résidentes qui nécessitaient ou désiraient ces choix à texture modifiée figurant au menu planifié.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Le 24 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le déjeuner d'une autre unité déterminée. Cette unité a une salle à manger plus petite dans l'aire du salon où huit personnes résidentes étaient assises. On a montré à l'une des huit personnes résidentes les choix du menu pour ce repas du déjeuner, notamment salade, soupe, plat principal et dessert figurant parmi les choix indiqués au menu planifié. On a apporté de la nourriture aux sept autres personnes résidentes en se basant sur le choix de la/du PSSP. La/le PSSP n° 154 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 qu'ils n'offrent pas ces choix aux personnes résidentes, car les PSSP suivent leur programme de soins. On n'a pas montré aux personnes résidentes n°s 061, 064 et 065 les choix figurant au menu pour le repas du déjeuner; l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a examiné les programmes de soins qui ne mentionnaient pas les personnes résidentes auxquelles on ne devait pas montrer les choix de menu.

Le 25 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le déjeuner dans une unité identifiée et a remarqué que l'on offrait un dessert de fraises en purée aux personnes résidentes qui devaient avoir un menu d'aliments en purée, néanmoins ce choix ne figurait pas au menu du 2^e jour de la 1^{re} semaine du menu automne 2016/hiver 2017. On n'a pas offert un mélange de fruits en purée ou du yogourt conformément au menu planifié. On remarquait que le dessert de fraises en purée figurait au menu pendant un jour déterminé d'avril 2017, qui était le 1^{er} jour de la 1^{re} semaine de ce même menu.

Le 27 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la/le PSSP n° 141 qui travaillait dans une autre unité, et qui a indiqué que leur salle à manger avait plusieurs personnes résidentes qui avaient une déficience cognitive et nécessitaient de l'aide pour manger leur repas, et que leurs préférences figuraient dans leur programme de soins. La/le PSSP n° 141 a indiqué de plus que les PSSP doivent toujours montrer à toutes les personnes résidentes tous les choix figurant au menu. Souvent, les personnes résidentes s'attendent à ce que les PSSP connaissent leurs boissons préférées habituelles, toutefois les PSSP doivent quand même leur donner une occasion de changer d'avis si elles veulent quelque chose de différent. La/le PSSP a indiqué que certaines personnes résidentes réagissent verbalement, et d'autres le font avec les yeux ou les mains, mais qu'on montre toujours à toutes les personnes résidentes les choix figurant au menu à chaque repas et collation.

L'administratrice/l'administrateur et responsable clinique (admin./RC) a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 s'attendre à ce que l'on offre à chaque personne résidente les choix d'aliments et de boissons indiqués au menu planifié pour chaque service de repas ou de collation, peu importe la texture des aliments que les personnes résidentes doivent recevoir, car chacune d'elles devrait pouvoir choisir ce qu'elle mange ou ce qu'elle boit. [Paragraphe 71 (4)]

Le présent ordre de conformité est justifié en raison du type de pratique du foyer relativement aux exigences concernant les personnes résidentes qui ont besoin d'assistance pour s'alimenter ou les choix d'aliments à texture modifiée indiqués au menu. Le foyer a de plus des antécédents de non-respect de l'article 71 du règlement comme l'indique ce qui suit :

1. L'inspection 2014 de la qualité des services aux personnes résidentes qui avait débuté le 24 novembre 2014 – inspection n° 2014_198117_0031 – avait émis un avis écrit (AE) à la ou au titulaire de permis concernant la disposition 71 (1)a) et le paragraphe 71 (5) du Règl. de l'Ont. 79/10.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

2. L'inspection 2015 de la qualité des services aux personnes résidentes qui avait débuté le 30 novembre 2015 – inspection n° 2015_289550_0027 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant le paragraphe 71 (4) du Règl. de l'Ont. 79/10.
3. Une inspection concernant une plainte qui avait débuté le 20 juin 2016 – inspection n° 2016_289550_0023 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant le paragraphe 71 (4) du Règl. de l'Ont. 79/10.
4. L'inspection 2016 de la qualité des services aux personnes résidentes qui avait commencé le 5 décembre 2016 – inspection n° 2017_619550_0004 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant le paragraphe 71 (4) du Règl. de l'Ont. 79/10.
5. Une inspection concernant une plainte qui avait débuté le 7 février 2017 – inspection n° 2017_619550_0003 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant le paragraphe 71 (4) du Règl. de l'Ont. 79/10.

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 septembre 2017

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Ordre n° : 003 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes du :

paragraphe 29 (1) de la LFSD, 2007, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) est adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements;
- b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29 (1).

Ordre :

(A1)

La ou le titulaire de permis doit veiller à ce que la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes garantit que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements; et garantit que la politique est respectée, notamment que la ou le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

Fournir à tous les membres du personnel chargés des soins directs un enseignement sur la politique et la marche à suivre du ou de la titulaire de permis pour la réduction au minimum du recours aux moyens de contention. Cet enseignement doit comporter des démonstrations pratiques à l'intention du personnel infirmier qui est responsable de l'application de la marche à suivre. Cet enseignement doit être documenté.

Évaluer chaque personne résidente qui a recours à tout moyen de contention ou appareil d'aide personnelle pour veiller à ce que les personnes résidentes aient été évaluées pour cet appareil mécanique en fonction de leurs besoins individuels.

Élaborer un processus pour veiller à ce que le suivi et l'analyse des données concernant les moyens de contention et les appareils d'aide personnelle soient précis et effectués à l'aide de la méthode dont on a décidé pour recueillir cette information pour les rapports mensuels du foyer sur l'utilisation des moyens de contention.

Motifs :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à l'alinéa 29 (1)b) de la LFSLD 2007 relativement à la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes, lorsque la Loi exige que la ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fasse

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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

conformément à la présente Loi et aux règlements et que la ou le titulaire de permis est tenu de veiller au respect de la politique, car le foyer n'a pas veillé au respect de la politique suivante.

Cette constatation s'ajoute aux constatations décrites dans l'AE n° 25 relativement aux exigences concernant la contention au moyen d'appareils mécaniques visés aux paragraphes 110 (2) et 110 (7) du Règl. de l'Ont. 79/10.

L'administrateur/l'administratrice a fourni aux fins d'examen à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 une copie de la politique et marche à suivre du foyer n° CLIN CARE 34 intitulée « Restraint Minimization » (réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention), révisée pour la dernière fois en novembre 2013, qui s'applique à l'heure actuelle au foyer de soins, et qui énonçait ce qui suit :

1.2 Indiquait les moyens de contention qui font appel à l'utilisation de tout dispositif physique ou mécanique pour maîtriser involontairement le mouvement de tout ou partie du corps d'une personne résidente comme moyen pour contrôler son activité.

1.3 Indiquait que les côtés de lit ne constituent pas un moyen de contention quand la personne résidente n'est pas fonctionnellement capable de mouvement volontaire, et quand ils sont utilisés comme des dispositifs fonctionnels ou de changement de position, ou lorsque la personne résidente peut encore sortir du lit.

1.4 Indiquait que les appareils d'aide personnelle utilisés pour aider à accomplir les activités de routine de la vie quotidienne ne visent pas à contrôler un comportement ou un mouvement.

Les appareils d'aide personnelle doivent figurer dans le programme de soins de la personne résidente, doivent être approuvés par l'une des personnes suivantes : médecin, infirmière ou infirmier, ergothérapeute ou physiothérapeute, et la personne résidente ou bien la mandataire ou le mandataire spécial qui en autorise l'utilisation doivent en comprendre le but.

2.0 La politique indiquait ce qui suit :

2.1. Toutes les autres solutions de rechange en matière d'intervention doivent être envisagées avant de recourir à un moyen de contention, et l'on devrait utiliser la forme de mesure de contention la moins contraignante, pendant la plus courte durée, et retirer l'appareil de contention dès qu'il n'est plus nécessaire.

2.2 Un ordre de médecin propre à la personne résidente et à la situation est nécessaire pour ordonner, renouveler ou abandonner le recours à un moyen de contention. Les ordres doivent porter sur une période de 30 jours au maximum. Une infirmière ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure peut également donner de tels ordres.

2.3 Tous les dispositifs de contention doivent être de fabrication commerciale et être utilisés conformément aux spécifications du fabricant – aucune adaptation n'est autorisée.

2.4 Tous les moyens de contention doivent faire l'objet d'une surveillance et être documentés de façon constante pendant toute la durée de leur utilisation.

2.5 Tous les moyens de contention utilisés doivent suivre un programme de soins auquel le patient/la patiente ou bien la mandataire ou le mandataire spécial a donné son consentement, et être documentés par le médecin et tout autre professionnel de la santé concerné.

2.6 On doit fournir de la formation à tous les nouveaux membres du personnel chargés des soins directs, ainsi qu'une formation continue sur une base annuelle, fournie par leur programme ou leur unité.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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

2.7 Le service de gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques veillera d'une part à ce que l'on effectue des vérifications en permanence afin d'analyser le recours aux moyens de contention et les solutions de rechange, et d'autre part à évaluer tous les ans la politique et les pratiques à l'égard des personnes résidentes dans le but de réduire le recours aux moyens de contention.

3.0 Ordonner le recours à des moyens de contention

3.1 Quand une ou un médecin a effectué une évaluation et décidé, en consultation avec l'équipe de traitement, qu'un moyen de contention est nécessaire, la ou le médecin ou bien sa représentante ou son représentant en discute avec la personne résidente ou bien avec sa mandataire ou son mandataire spécial, en indiquant les risques et les avantages, et obtient un consentement verbal, en documentant l'entretien et la décision à l'aide des formulaires suivants :

- Assessment and Reassessment forte Use of Restraints when Alternatives Unsuccessful (H210050) (évaluation et réévaluation du recours aux dispositifs de contention quand les solutions de rechange ont été vaines) (H210050)

- Initial Restraint Monitoring (H210051) (surveillance initiale de la contention) (H210051)

- Ongoing Restraint Monitoring (H210061) (surveillance continue de la contention) (H210061)

3.2 La ou le médecin remplit le Physician's order for physical restraint (H600032) (ordre du médecin relatif à un moyen de contention) (H600032) avec les commentaires de l'infirmière, de l'infirmier ou de l'ergothérapeute pour mettre en place, ordonner de nouveau ou cesser le recours à un moyen de contention. Dans les soins de longue durée (SLD) : la pharmacie externe entre dans la feuille du dossier d'administration des médicaments (MAR) les moyens de contention utilisés.

4.0 Surveillance et réévaluation de la personne résidente

4.1 Quand on a recours à un moyen de contention, on surveille la personne résidente et on documente les faits sur le formulaire Initial Restraint Monitoring (H210051) (surveillance initiale de la contention) (H210051) au moins toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis toutes les trente minutes pendant les deux heures suivantes ou pendant plus longtemps si nécessaire, jusqu'à ce que le comportement de la personne résidente se stabilise. La surveillance s'effectue alors toutes les heures et est mentionnée sur le formulaire Ongoing Restraint Monitoring (H210061) (surveillance continue de la contention) (H210061).

4.2 Quand la personne résidente est confiée aux soins d'autres professionnels de la santé, on s'attend à ce que les professionnels de la santé en question exercent une surveillance horaire de tout moyen de contention et la consigne sur le formulaire Ongoing Restraint Monitoring (H210061) (surveillance continue de la contention) (H210061) et à ce qu'ils documentent dans les notes d'évolution toute réaction imprévue.

L'éducatrice/l'éducateur clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent désormais documenter cette surveillance horaire dans l'interface Point of Care du système de documentation électronique du foyer.

4.3 Quand on a recours à un moyen de contention, on dégage et repositionne la personne résidente au moins toutes les deux heures, et au besoin.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

L'éducatrice/l'éducateur clinique a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 que ce point est également précisé quand on documente les faits dans l'interface Point of Care.

4.4 Une ou un médecin ou bien une infirmière ou un infirmier réévalue l'état de la personne résidente et sa réaction à la contention ainsi que l'efficacité du moyen de contention toutes les huit heures, et au besoin, et ils documentent les faits dans les notes d'évolution.

4.5 On réévalue les moyens de contention [à l'aide du formulaire Assessment and Reassessment forte Use of Restraints when Alternatives Unsuccessful (H210050) (évaluation et réévaluation du recours aux dispositifs de contention quand les solutions de rechange ont été vaines) (H210050)] et l'équipe documente leur utilisation dans les 24 heures du premier recours à ces moyens de contention et au moins tous les 30 jours par la suite à l'aide du Physician's order for physical restraint (H600032) (ordre du médecin relatif à un moyen de contention) (H600032).

5.0. Suivi et analyse

5.1 Quand on ordonne ou cesse le recours à un moyen de contention, l'infirmière ou l'infirmier envoie une copie de l'ordre de la ou du médecin relatif aux moyens de contention à l'adjointe ou à l'adjoint administratif de l'unité qui, dans les 24 heures, entre les données dans la base de données de gestion des risques.

5.2 Le service de gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques envoie aux fins d'examen des rapports mensuels sur l'utilisation des moyens de contention aux responsables cliniques et aux directrices ou directeurs de programme.

Au cours de cette inspection, l'équipe d'inspection a déterminé que l'on utilisait dans le foyer des ceintures de siège et des côtés de lits de pleine longueur comme moyens de contention.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins des personnes résidentes relativement aux moyens de contention et à la station assise en fauteuil roulant prévus dans le programme de soins, soient fournis à ces personnes résidentes selon ce que précise leur programme de soins conformément à ce qui figure dans l'AE n° 7 [par. 6 (7)] pour les personnes résidentes n^{os} 048 et 049].

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente puisse être maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique visé à la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si son programme de soins le prévoit, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 14 (Article 31).

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle qui a pour effet de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement d'une personne résidente qui n'a pas la capacité, soit physique soit cognitive, de s'en dégager par elle-même, ne soit utilisé pour aider la personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de cette dernière, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 15.

(Article 33)

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes : a) la personne résidente est évaluée et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'ils posent pour la personne résidente, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 19. [Paragraphe 15 (1)]

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences en matière de contention au moyen d'un appareil mécanique soient respectées lorsqu'une personne résidente est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, conformément à ce qui figure dans l'AE n° 25. (Article 110)

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le recours minimal à la contention sur les personnes résidentes du foyer soit évalué conformément à ce qui figure dans l'AE n° 26. (Article 113) [Alinéa 29 (1)b]

Le non-respect suivant a été identifié dans les antécédents du foyer relativement aux mêmes problèmes dans le présent ordre :

Un non-respect a été précédemment identifié aux termes des articles 6, 31 et 33 de la LFSLD, 2007, et 15 du Règl. de l'Ont. en tant que plans de redressement volontaire au cours d'une inspection qui avait débuté le 24 novembre 2014 (n° d'inspection 2014_198117_0031).

Un non-respect a été précédemment identifié aux termes des articles 6 et 110 de la LFSLD, 2007 en tant que plans de redressement volontaire, et aux termes de l'article 31 en tant qu'avis écrit au cours d'une inspection qui avait débuté le 30 novembre 2015 (n° d'inspection 2015_289550_0027).

Un non-respect a été précédemment identifié aux termes des articles 6 et 31 de la LFSLD, 2007 en tant que plans de redressement volontaire, et aux termes de l'article 15 en tant qu'ordre de conformité n° 001 signifié au cours d'une inspection qui avait débuté le 5 décembre 2016 (n° d'inspection 2017_619550_0004).

Tous les points identifiés dans le présent rapport concernant les moyens de contention étaient documentés dans la politique n° CLIN CARE 34 intitulée Restraint Minimization (réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention) identifiée dans le présent rapport, et que le personnel du foyer n'a pas respectée. La gravité, le champ d'application et les antécédents identifiés de ces non-respects concernant l'utilisation des moyens de contention et des appareils d'aide personnelle dans le foyer indiquaient que le présent ordre était justifié. (547)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 septembre 2017

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Ordre n° : 004 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes de :

l'article 71 de la LFSLD, 2007, directeur des soins infirmiers et des soins personnels.

Ordre :

Il est ordonné à la ou au titulaire de permis de prendre immédiatement les mesures suivantes :

La directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels doit être une infirmière ou un infirmier autorisé.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels doit superviser et diriger le personnel infirmier et le personnel des soins personnels du foyer de soins de longue durée, ainsi que les soins infirmiers et personnels qu'ils fournissent.

Motifs :

1.1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels soit une infirmière ou un infirmier autorisé, et à ce qu'il ou elle supervise et dirige le personnel infirmier et le personnel des soins personnels du foyer de soins de longue durée, ainsi que les soins infirmiers et personnels qu'ils fournissent.

Le 18 avril 2017, au début de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, la directrice/le directeur général des soins de longue durée (DGSLD) a informé l'équipe d'inspecteurs/d'inspectrices (n^{os} 211, 550 et 592) que la Résidence Saint-Louis n'avait pas de directrice ou de directeur des soins infirmiers et des soins personnels spécifique, mais que la Résidence avait plutôt une directrice/un directeur des soins (DDS) qui supervise le personnel infirmier autorisé, et une administratrice/administrateur et responsable clinique (ARC) qui supervise le personnel infirmier chargé des soins personnels. La/le DGSLD a indiqué que la/le DDS est responsable des unités 1C, 2C, 3C et que l'ARC est responsable des unités 2AB, 3AB et 4AB/C.

Au cours de cette inspection, plusieurs membres du personnel infirmier du foyer ont fait part aux inspectrices/inspecteurs de plusieurs préoccupations relatives aux limites de la structure organisationnelle et de la communication concernant la supervision du personnel infirmier autorisé et du personnel des services de soutien à la personne :

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Le 21 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a interrogé la/le DDS pour discuter des soins et des services offerts à la personne résidente n° 026, et on lui a immédiatement fait savoir qu'elle était sous la surveillance de l'ARC, car elle résidait dans une unité identifiée supervisée par l'ARC. Le même jour, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a interrogé l'ARC qui a indiqué être responsable de l'unité identifiée, mais que la/le DDS était en charge des soins de la peau et des plaies de la personne résidente.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, l'IA n° 103 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 qu'une personne identifiée l'avait mis(e) au courant d'une fourniture de soins identifiée pour la personne résidente n° 014. L'IA n° 103 a indiqué que la personne identifiée l'avait de nouveau mis(e) au courant la veille que les PSSP ne fournissaient pas les soins identifiés à la personne résidente n° 014. L'IA n° 103 a dit rappeler quotidiennement aux PSSP de fournir les soins identifiés à la personne résidente n° 014, et que parce que ce n'est pas fait, l'IA le faisait lui-même/elle-même. L'IA n° 103 a indiqué ne pas avoir signalé aux responsables ces refus des PSSP. Les PSSP ne reçoivent pas de directives du personnel autorisé, seulement de l'ARC.

Le 26 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la/le DDS concernant le contrôle des infections et les exigences à l'égard de l'hygiène des mains pour les personnes résidentes. La/le DDS a dit avoir enseigné à l'ensemble des PSSP que l'on devrait laver les mains des personnes résidentes avant et après chaque repas, ainsi qu'au moment des soins du matin et du soir. La/le DDS a dit avoir fait une formation de suivi à l'égard de l'hygiène des mains des personnes résidentes, toutefois les PSSP lui avaient dit qu'il/qu'elle n'était pas leur responsable, et qu'ils n'écoutaient que leur ARC. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'il faudrait discuter avec l'ARC de l'hygiène des mains des personnes résidentes. Le lendemain, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé l'ARC qui a indiqué que la/le DDS était responsable de la formation des PSSP pour le programme de contrôle des infections.

Le 26 avril 2017, la/le DDS a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 lors d'une entrevue ne pas pouvoir l'informer des résultats d'une enquête sur un incident concernant des allégations de mauvais traitement d'une personne résidente de la part du personnel. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur ne pas être responsable de la gestion des PSSP, et donc ne pas avoir été en mesure de les interroger. Le reste de l'enquête avait ensuite été confié à l'administratrice/l'administrateur et responsable clinique, car c'est la personne qui gère les personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP).

Lors d'une entrevue le 1^{er} mai 2017, l'IA n° 149 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 126 qu'au cours d'un mois identifié de 2016, il y avait eu un cas où il/elle avait demandé à un/une PSSP du poste du soir de rester jusqu'à l'arrivée du/de la PSSP du poste de nuit pour assurer la sécurité des personnes résidentes. La/le PSSP du soir avait contacté son/sa responsable (ARC) pour l'informer qu'il/elle était contrainte de rester dans l'unité jusqu'à l'arrivée du membre du personnel du soir. L'IA n° 149 a indiqué avoir reçu après l'incident un courriel du/de la DDS avec des directives claires sur la façon de gérer ces situations. Ce même courriel comportait la mention par l'ARC que l'IA n° 149 avait obligé un/une PSSP du poste du soir de rester pour parer à la situation, que cela se faisait par ordre d'ancienneté et que les responsables devaient discuter de cette question. L'IA n° 149 est sous la responsabilité du/de la DDS, et la/le PSSP sous celle de l'ARC. L'IA a indiqué que la structure de

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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

supervision du foyer complique les choses pour avoir une discussion ouverte entre le personnel infirmier autorisé et le personnel infirmier non autorisé, car il/elle a discuté de l'incident avec la/le DSS, et que la/le PSSP l'avait fait avec l'ARC.

Le 1^{er} mai 2017, l'équipe des inspecteurs/inspectrices (n^{os} 126, 211, 547, 550 et 592) a discuté avec la/le DGSLD et l'ARC concernant divers commentaires faits par le personnel infirmier relativement à la supervision par la/le DDS et l'ARC et à la supervision des étages par le personnel des soins infirmiers et le personnel des soins des services de soutien à la personne. Les qualifications de l'ARC ont été examinées et l'on a remarqué qu'il ne s'agissait pas d'une infirmière ni d'un infirmier autorisé.

Le 2 mai 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n^o 126 a examiné la description du poste d'administratrice/administrateur et responsable clinique des SLD (poste de cadre) datée du 30 janvier 2015. On remarquait qu'à la section 11 « fonctions de supervision ou de direction », on indiquait « assure la supervision directe des personnes préposées aux soins personnels (PSP) à la Résidence Saint-Louis ».

L'ARC n'est pas une infirmière ou un infirmier autorisé, et assure effectivement la supervision du personnel des soins personnels, par conséquent, la ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel des soins personnels soit supervisé par une infirmière ou un infirmier autorisé. [Article 71]

La gravité de la constatation du fait que la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels devrait être une infirmière ou un infirmier autorisé pour superviser le personnel infirmier et le personnel des soins des services de soutien à la personne du foyer de soins de longue durée qui fournissent des soins directs a été déterminée comme étant un « risque de préjudice réel ». L'étendue du non-respect a été identifiée comme étant « généralisée », car la structure de supervision altère la discussion ouverte entre le personnel infirmier autorisé et le personnel infirmier non autorisé. (126)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 septembre 2017

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Ordre n° : 005 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a

Aux termes du :

paragraphe 24 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10, le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.
2. Les risques qu'il peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer.
3. Le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.
4. Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.
5. Les médicaments et traitements dont il a besoin.
6. Les maladies connues, notamment les allergies et autres maladies, dont il souffre et dont le titulaire de permis devrait prendre connaissance dès son admission, y compris les interventions en la matière.
7. L'état de sa peau, y compris les interventions en la matière.
8. Les directives données concernant le régime alimentaire, notamment en ce qui a trait à la texture des aliments, la consistance des liquides et les restrictions alimentaires. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 24 (2).

Ordre :

1. La ou le titulaire de permis doit immédiatement élaborer un programme de soins qui doit identifier au minimum ce qui suit relativement à la personne résidente :

- Tout comportement réactif et les interventions liées à ces comportements pour atténuer les risques.
- Le type et le niveau d'aide dont la personne résidente a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, notamment pour ce qui concerne l'élimination et la propreté, les transferts, les appareils d'aide à la mobilité et les besoins en physiothérapie.
- La routine des soins quotidiens et les besoins en matière de confort comme le changement de position et la gestion de la douleur.
- Les maladies connues et autres maladies dont la personne résidente souffre et dont la ou le titulaire de permis devrait prendre connaissance dès son admission, y compris les interventions en la matière.

Motifs :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins identifie la personne résidente, et comprenne au minimum les besoins en soins définis aux termes des dispositions 24 (2)1. 2. 3. 4 et 6 du Règl. de l'Ont. 79/10.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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

- Les risques qu'elle peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.
- Les risques qu'elle peut faire courir aux autres, notamment ses comportements déclencheurs éventuels, ainsi que les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer.
- Le type et le niveau d'aide dont elle a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne.
- Sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort.
- Les maladies connues, notamment les allergies et autres maladies, dont elle souffre et dont la ou le titulaire de permis devrait prendre connaissance dès son admission, y compris les interventions en la matière.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée à une date déterminée pour un cas allégué de mauvais traitement envers la personne résidente n° 050 de la part du personnel.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a effectué un examen du dossier médical de la personne résidente n° 050. Il indiquait qu'elle avait été admise à une unité identifiée à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. Le dossier médical de la personne résidente indiquait de plus qu'elle ressentait de la douleur et avait des comportements réactifs.

Lors d'un examen du dossier médical de la personne résidente n° 050, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que son programme de soins avait été créé à une date déterminée avec deux problèmes identifiés importants concernant le bain et l'intégrité épidermique. Il n'y avait pas de mention de la douleur et des comportements réactifs de la personne résidente; aucun autre problème important n'était identifié.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné le cas de deux autres personnes résidentes admises dans l'unité identifiée.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 071. Il indiquait qu'elle avait été admise à l'unité identifiée à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics.

Lors d'un examen du dossier médical de la personne résidente n° 071, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que son programme de soins avait été créé à une date déterminée avec un problème identifié important concernant le risque de chutes. Aucun autre problème important n'était identifié.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 070. Il indiquait qu'elle avait été admise à l'unité identifiée à une date déterminée en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. Lors d'un examen du dossier médical de la personne résidente n° 070, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a remarqué que son programme de soins avait été créé à une date déterminée avec un problème identifié important concernant le risque de chutes; aucun autre problème important n'était identifié.

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Le 2 mai 2017, lors d'une entrevue la/le PSSP n° 132 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que quand une personne résidente est admise à l'unité identifiée, l'ergothérapeute et l'infirmière ou l'infirmier évaluent la personne résidente et laissent des directives pour les transferts, mais qu'il n'y avait pas d'autres problèmes concernant les soins. Il/elle a de plus indiqué que l'information concernant les transferts figurera sur le tableau blanc situé dans la salle des rapports, qu'aucun autre soin planifié n'était documenté, car il/elle communiquait bien avec la personne résidente tous les jours afin de s'assurer de satisfaire à ses besoins, et que par conséquent il/elle avait le sentiment que le programme de soins n'était pas nécessaire.

Le 3 mai 2017, lors d'une entrevue, la/le PSSP n° 164 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'au moment de l'admission, l'infirmière ou l'infirmier et la ou le physiothérapeute évaluent la personne résidente à l'égard des transferts et laissent des directives sur le tableau blanc. Il/elle a de plus indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur qu'il n'y avait pas de documentation ni de directives de soins autres que les instructions fournies par le rapport de 24 heures donné par l'infirmière ou l'infirmier. La/le PSSP n° 164 a dit à l'inspectrice/l'inspecteur que l'infirmière ou l'infirmier lui fera savoir si la personne résidente a un problème particulier. On ne donnait pas d'autres renseignements au personnel, par exemple concernant les comportements réactifs.

Le 28 avril 2017, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur lors d'une entrevue que les personnes résidentes qui étaient admises au foyer dans l'unité de soins identifiée devaient avoir un programme de soins individuel écrit qui est le même que celui des personnes résidentes de l'autre unité de soins de longue durée. Il/elle a de plus indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur, après examen du programme de soins écrit de la personne résidente n° 050, qu'il/elle réalisait qu'il n'y avait que deux problèmes importants mentionnés pour celle-ci. La/le DDS a indiqué que l'infirmière ou l'infirmier responsable aurait probablement plus d'information, car il incombe à l'IA de mettre tous les jours manuellement à jour le programme de soins pour toutes les personnes résidentes en raison des changements fréquents qui surviennent dans leur état physique.

Le 2 mai 2017, lors d'une entrevue, l'infirmière/l'infirmier responsable n° 104 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que, depuis l'introduction de la version électronique des dossiers médicaux des personnes résidentes, il y a environ un an, la/le DDS lui avait dit de ne plus mettre à jour manuellement le programme de soins, car tous les programmes de soins devaient être faits électroniquement. Il/elle a indiqué que le seul outil utilisé pour communiquer les besoins en soins des personnes résidentes est le tableau blanc situé dans la salle des rapports; il sert pour des interventions particulières comme les transferts et le changement de position des personnes résidentes. L'infirmière/l'infirmier responsable n° 104 a également indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur que l'on n'élaborait pas de programme de soins écrit pour les personnes résidentes de l'unité de soins identifiée. [Paragraphe 24 (2)]



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

La gravité relativement au fait que le programme de soins doit identifier la personne résidente qui réside dans l'unité identifiée, et doit comprendre au minimum les besoins en soins identifiés visés aux dispositions 24 (2)1. 2. 3. 4. et 6 du Règl. de l'Ont. 79/10, a été déterminée comme étant une « possibilité de préjudice réel ». Sa portée a été définie comme étant « généralisée » parce qu'elle affecte toutes les personnes résidentes de l'unité identifiée. (211)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 août 2017 (A1)

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Ordre n° : 006 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a

Aux termes du :

paragraphe 73 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10, la ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) nul ne doit aider en même temps plus de deux résidents qui ont besoin d'une aide totale pour manger ou boire;
- 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).

Ordre :

La ou le titulaire de permis doit veiller à ce qu'aucun repas ne soit servi à une personne résidente qui a besoin d'aide avant que quelqu'un ne soit disponible pour aider la personne résidente à manger son repas.

Motifs :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à une personne résidente qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Le 18 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé l'aide-diététiste n° 148 dans l'unité identifiée qui servait des soupes aux personnes résidentes à 12 h 9, cependant les PSSP étaient encore en train d'amener des personnes résidentes dans la salle à manger. La personne résidente n° 058 était assise seule à une table et on lui avait servi de la salade, de la soupe et un plat principal à 12 h 18, toutefois on en lui avait pas fourni d'assistance avant 12 h 30. Le programme de soins de la personne résidente n° 058 indiquait qu'elle avait besoin d'un membre du personnel pour lui offrir du soutien pratique. La personne résidente n° 048 a commencé à manger sa soupe 10 minutes après qu'on la lui avait servie devant elle dans la salle à manger. La personne résidente n° 048 nécessite une assistance totale pour manger son repas.

Le 25 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé l'aide-diététiste n° 148 dans une autre unité qui servait les petits déjeuners à 8 h 49 à des personnes résidentes qui n'étaient pas présentes comme suit :

On a servi à la personne résidente n° 053 un bol de flocons de maïs secs, une banane, un verre de lait, un verre de jus de pomme, un verre d'eau et deux yogourts. Un/une PSSP a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 que la personne résidente n° 053 n'était pas encore sortie du lit.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

La personne résidente n° 060 est une personne qui prend le petit déjeuner dans cette salle à manger, et l'aide-diététiste lui avait servi un bol de flocons de maïs secs, une banane, un verre de lait, un verre de jus de pomme, un verre d'eau et deux yogourts. Un/une PSSP a dit à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 que la personne résidente n° 060 n'était pas encore levée, ni dans la salle à manger.

On a servi à la personne résidente n° 061 un yogourt, un verre de jus de pomme, un verre d'eau, du pain et un œuf en purée, un bol de gruau et une rôtie coupée avec de la confiture, cependant la personne résidente n'était pas encore dans la salle à manger.

On a servi à la personne résidente n° 062 un yogourt, un verre de jus d'orange, une rôtie coupée avec de la confiture, cependant la personne résidente n'était pas encore dans la salle à manger.

On a servi à la personne résidente n° 026 un verre de jus de pomme, un verre d'eau, un yogourt, du gruau avec du pain aux bananes en purée servis dans la même tasse, une rôtie coupée avec de la confiture, et une omelette avant que la personne résidente arrive dans la salle à manger.

Le 25 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé l'aide-diététiste n° 146, qui a indiqué qu'ils peuvent servir les repas aux tables des personnes résidentes dès que ces dernières arrivent dans la salle à manger avec le personnel.

Le 28 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a observé le repas du déjeuner dans l'unité identifiée à 12 h 5. L'aide-diététiste n° 148 a servi aux personnes résidentes plusieurs plats en même temps et a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 ne pas être censé(e) quitter l'office, mais qu'il n'y avait pas de PSSP dans la salle à manger. L'aide-diététiste a indiqué qu'il/elle place la nourriture sur les tables et laisse aux PSSP le soin d'assister les personnes résidentes, même quand les PSSP ne sont pas prêt(e)s. L'aide-diététiste a indiqué qu'elle doit veiller au bon déroulement du repas, car elle doit quitter l'unité identifiée pour aller faire la vaisselle pour tout le foyer, et puis partir à son domicile vers 14 heures.

Le 27 avril 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 547 a interrogé la/le chef du service d'alimentation qui a indiqué que les aides-diététistes peuvent commencer à servir le repas aux personnes résidentes seulement lorsque des membres du personnel infirmier sont disponibles pour aider ces dernières. Il/elle a indiqué de plus que les aides-diététistes ne devraient pas se dépêcher pour finir de servir le repas à une certaine heure, en particulier pour ces unités identifiées qui ont des personnes résidentes avec une déficience cognitive, car elles nécessitent plus de temps. [Alinéa 73 (2)b]

Le foyer a de plus des antécédents de non-respect de l'article 73 du règlement comme l'indique ce qui suit :

1. L'inspection 2015 de la qualité des services aux personnes résidentes qui avait débuté le 30 novembre 2015 – inspection n° 2015_289550_0027 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant les dispositions 73 (1)1, 73 (1)8 et l'alinéa 73 (2)b) du Règl. de l'Ont. 79/10.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

2. Une inspection concernant une plainte qui avait débuté le 20 juin 2016 – inspection n° 2016_289550_0023 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant l'alinéa 73 (2)b) du Règl. de l'Ont. 79/10.
3. L'inspection 2015 de la qualité des services aux personnes résidentes qui avait débuté le 5 décembre 2016 – inspection n° 2017_619550_0004 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant la disposition 73 (1)8 et l'alinéa 73 (2)b) du Règl. de l'Ont. 79/10.
4. Une inspection concernant une plainte qui avait débuté le 7 février 2017 – inspection n° 2017_619550_0003 – avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant la disposition 73 (1)7 du Règl. de l'Ont. 79/10.
5. Une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes qui avait débuté le 18 avril 2017, identifiée dans le présent rapport, avait émis un plan de redressement volontaire (PRV) à la ou au titulaire de permis concernant les dispositions 73 (1)1 et 73 (1)8 du Règl. de l'Ont. 79/10. (211)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 septembre 2017 (A1)

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL**PRENDRE AVIS**

En vertu de l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donnés et d'en suspendre l'exécution.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au :

Directeur
a/s du coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S-2B1
Télécopieur : 416 327-7603

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel, auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé, de la décision rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire
Commission d'appel et de révision
des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur
a/s du coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue
durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue
durée 1075, rue Bay, 11^e étage
Ontario ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

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

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au www.hsarb.on.ca.

Émis le 18 juillet 2017 (A1)

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

Nom de l'inspectrice ou de l'inspecteur : JOELLE TAILLEFER – (A1)

Bureau régional de services : Ottawa