



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

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

Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

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

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Copie modifiée du public de permis

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
21 aout 2017	2017_619550_0004 (A2)	O-013528-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC.
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

RÉSIDENCE SAINT-LOUIS
875, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA ON K1C2Z6

Inspectrice(s)

JOANNE HENRIE (550) – (A2)

Résumé de l'inspection modifié



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

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

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

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

La date de conformité a été changée du 31 août 2017 au 13 octobre 2017 selon la demande du licencié.

Date de délivrance : 21 août 2017 (A2)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices





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

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

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

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

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

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

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

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

Copie modifiée du public de permis

Date(s) du rapport 21 août 2017	Numéro d'inspection 2017_619550_0004 (A2)	N° de registre 013528-16	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 875, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA ON K1C2Z6			
Nom des inspectrices JOANNE HENRIE (550) – (A2)			
Résumé de l'inspection modifié			

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

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21 et 22 décembre 2016.

Cette inspection de la qualité des services aux personnes résidentes incluait également six registres relatifs à des incidents critiques que le foyer avait signalés concernant des cas allégués de mauvais traitements de personnes résidentes, des erreurs d'administration de médicaments, et une chute qui s'est traduite par une fracture.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : directrice générale du foyer (D.G.), administratrice/responsable clinique, directrice des soins (DDS), diététiste, gestionnaire de la nutrition, plusieurs aides-diététistes, superviseure des services auxiliaires, coordonnateur des services auxiliaires, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), personnel de l'entretien ménager, coordonnatrice administrative, commise de salle commune, adjointe administrative, présidente du conseil des familles, présidente du conseil des résidents, plusieurs membres des familles et plusieurs personnes résidentes.

De plus, les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques relatives à la prévention des mauvais traitements et à l'administration des médicaments, des procès-verbaux du conseil des familles et du conseil des résidents. Les inspectrices ont également observé les soins et services aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et les 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
Qualité des aliments
Hospitalisation et changement d'état de santé
Prévention et contrôle des infections
Médicaments
Recours minimal à la contention
Soins alimentaires et hydratation
Services de soutien personnel
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Activités récréatives et sociales
Rapports et plaintes
Conseil des résidents
Comportements réactifs
Foyer sûr et sécuritaire
Soins de la peau et des plaies
Observation des collations

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

19 AE
8 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 du Règlement de l'Ontario 79/10. Côtés de lit.

En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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. 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'il pose pour la personne résidente;
 - b) des mesures sont prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;
 - c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité.

Le 21 août 2012, un avis a été émis, par la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'intention des administratrices et administrateurs de foyers de soins de longue durée, faisant mention d'un document produit par Santé Canada (SC) intitulé « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » 2008 (ligne directrice de SC). L'avis mentionnait que l'on s'attendait à ce que cette ligne directrice de SC soit utilisée « comme un document de pratiques exemplaires ». Elle comportait le titre de deux autres documents d'accompagnement publiés par le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA) aux États-Unis. Ces documents d'accompagnement, cités dans la ligne directrice de SC, sont qualifiés de « ressources utiles » et mentionnent les pratiques en vigueur concernant l'utilisation des côtés de lit.

Les pratiques en vigueur sont des pratiques prédominantes, généralement admises et répandues que l'on utilise comme fondement des prises de décision cliniques. L'un des documents d'accompagnement est intitulé « Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities and Home Care Settings, 2003 » (FDA américain). Ce document fournit une orientation nécessaire quand on effectue une évaluation clinique si l'on utilise des côtés de lit. Dans ce document, on recommande de prendre toute décision concernant les côtés de lit dans le contexte d'une évaluation personnalisée de la personne résidente, pour évaluer le risque relatif que représente, pour chaque personne résidente, l'utilisation des côtés de lit comparé à leur non-utilisation. Cette marche à suivre implique de faire une comparaison entre l'éventualité de blessure ou de décès en cas d'utilisation ou de non-utilisation de côtés de lit, et les avantages pour la personne résidente. L'évaluation doit être effectuée par une équipe interdisciplinaire en tenant compte de nombreux facteurs, dont les besoins médicaux de la personne résidente, ses habitudes et sa structure de sommeil, l'environnement dans lequel elle dort, son confort au lit, et les risques éventuels en matière de sécurité que constitue l'utilisation d'un ou de plusieurs côtés de lit. Le document indique que si les interventions cliniques et environnementales se sont avérées infructueuses pour répondre aux besoins évalués de la personne résidente, ou si l'on a déterminé que le risque d'utilisation des côtés de lit est moindre que celui de faire des interventions ou de s'abstenir d'utiliser des côtés de lit, on peut en utiliser. Le document indique de plus que l'évaluation du rapport risque-avantage, qui définit la raison pour laquelle d'autres interventions en matière de soins ne sont pas pertinentes ni efficaces, doit être documentée dans le dossier médical de la personne résidente. La décision d'utiliser des côtés de lit doit être approuvée par l'équipe interdisciplinaire, et l'on doit revoir régulièrement leur efficacité.

La Résidence Saint-Louis est un foyer de 198 lits.

Le 6 décembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que le matelas de la personne résidente n° 021 était plus court que la plateforme du cadre de lit, et qu'il y avait de l'espace entre le matelas et le pied du lit. L'inspectrice n° 211 a informé la directrice générale que l'IAA n° 102 a confirmé que le lit de la personne résidente comportait une possibilité de coincement (zone 7) entre l'extrémité du matelas et le pied du lit. Le 6 décembre 2016, l'inspectrice n° 551 a remarqué qu'il y avait des espaces entre l'extrémité du matelas et la tête du lit des personnes résidentes n° 008, 011, 018, et des espaces entre le matelas et le pied du lit des personnes résidentes n° 009, 014, 021, 036 et 040. La personne résidente n° 014 a informé l'inspectrice n° 551 que son matelas glissait jusqu'à ce qu'elle place des traversins maison entre l'extrémité du matelas et le pied du lit.

Le 7 décembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que le matelas de la personne résidente n° 021 s'ajustait à la plateforme du cadre du lit et qu'il n'y avait pas d'espace entre le matelas et le pied du lit.

L'inspectrice n° 211 a remarqué qu'un revêtement de plastique recouvrait les deux demi-côtés de lit gauche. L'inspectrice n° 211 a été informée par le coordinateur des services auxiliaires que l'on avait changé le matelas et le cadre de lit de la personne résidente n° 021 le 6 décembre 2016.

Le 7 décembre 2016, l'inspectrice n° 551 a fourni à l'administratrice/responsable clinique la liste des noms de personnes résidentes pour lesquelles on avait trouvé, le 6 décembre 2016, des espaces entre l'extrémité du matelas et/ou la tête ou le pied du lit.

Le 7 décembre 2016, un courriel envoyé par l'administratrice à la directrice générale et à la DDS indiquait que l'administratrice avait vérifié les six matelas mentionnés par l'inspectrice n° 551 comme étant trop courts pour le cadre de lit des personnes résidentes, et qu'elle reconnaissait que les matelas des personnes résidentes suivantes étaient trop courts :

- Le matelas de la personne résidente n° 008 a un espace de 4 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 036 a un espace de 3 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 009 a un espace de 4 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 014 a un espace de 4 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 040 a un espace de 3 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 018 a un espace de 3 pouces

Le 13 décembre 2016, le coordinateur des services auxiliaires a fourni à l'inspectrice n° 550 la liste de l'audit des lits effectué à l'automne 2015. Le document indiquait que tous les systèmes de lit avaient été évalués et qu'on leur avait donné une note insuffisante, car une ou plusieurs des zones présentant un risque potentiel de coincement avaient échoué le test des limites dimensionnelles, et constituaient par conséquent des risques de coincement. La vérification indiquait que les lits identifiés n'avaient pas satisfait aux critères dans différentes zones identifiées, dans les zones 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, respectivement.

**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 document de Santé Canada (SC) intitulé « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » 2008 (ligne directrice de SC) mentionnait les différentes zones de coincement comme suit :

- Zone 1 – Coincement entre les barreaux du côté de lit
- Zone 2 – Coincement sous le côté de lit, entre les montants du côté de lit ou à côté d'un seul montant du côté de lit
- Zone 3 – Coincement entre le côté de lit et le matelas
- Zone 4 – Coincement sous le côté de lit, à l'extrémité du côté de lit
- Zone 5 – Coincement entre les demi-côtés de lit
- Zone 6 – Coincement entre l'extrémité du côté de lit et le côté de la tête ou du pied de lit
- Zone 7 – Coincement entre la tête et le pied de lit et l'extrémité du matelas

Le 16 décembre 2016, la superviseure des services auxiliaires a fourni une liste de suivi (révisée le 16 décembre 2016). La liste indique que le foyer utilise cinq types de lits différents : électrique Hill Rom, électrique Bertec, électrique DMI, MC Healthcare, à profil bas Arjo. La liste mentionnait également cinq types différents de côtés de lit actuellement utilisés dans le foyer.

L'audit 2015 du foyer et le suivi des systèmes de lit, révisés le 16 décembre 2016, mentionnaient que les zones de coincement pour les personnes résidentes étaient les suivantes :

- Lit de la personne résidente n° 008 – échec pour les zones 2, 3, 6 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 009 – échec pour les zones 1 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 011 – échec pour les zones 4, 5 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 014 – échec pour les zones 6 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 018 – échec pour les zones 4 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 021 – échec pour les zones 2, 3, 4, 5, 6 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 036 – échec pour les zones 1 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 040 – échec pour les zones 2, 3 et 6.

Lors d'une entrevue le 14 décembre 2016, la superviseure des services auxiliaires a reconnu que l'on n'avait pas pris de mesures pour prévenir le coincement de la personne résidente dont il est fait mention dans l'audit de l'automne 2015.

Lors d'une entrevue le 14 décembre 2016, la DDS a déclaré que l'équipe de coordination des services auxiliaires du foyer avait reçu à l'automne 2015 une formation relative aux incidents de coincement donnée par la compagnie Cardinal Health. La compagnie leur avait dit que son enseignement se fondait sur la ligne directrice canadienne en matière de coincement.

Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, le coordonnateur des services auxiliaires a indiqué que la superviseuse de l'équipe des services auxiliaires avait fait une évaluation des zones de coincement de tous les lits du foyer. L'outil pour mesurer les zones de coincement avait été emprunté à la compagnie Cardinal Health et lui avait été renvoyé après l'évaluation des lits. L'audit des coincements a été terminé en novembre 2015, et il indiquait que tous les lits du foyer avaient échoué à l'essai d'une ou de plusieurs zones de coincement. Le foyer avait commandé 108 nouveaux matelas le 17 décembre 2015, et les avait reçus entre le 19 janvier et le 3 février 2016. Les 108 nouveaux matelas avaient servi à remplacer les vieux matelas qui avaient échoué à l'essai de zone de

**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***

coincement. Le foyer avait commandé un second lot de 90 matelas le 1^{er} décembre 2016 et les avait reçus le 6 décembre 2016. Un troisième lot de sept matelas neufs avait été commandé le 12 décembre et reçu le 14. Le coordonnateur des services auxiliaires a expliqué que l'on n'avait pas évalué les systèmes de lit après avoir remplacé les vieux matelas par des matelas neufs afin de minimiser le risque de coincement, étant donné que le foyer n'a pas de trousse d'instruments de mesure pour évaluer les zones de coincement.

Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, le coordonnateur des services auxiliaires a déclaré que le titulaire de permis avait utilisé un cadre de lit désigné comme modèle et un des nouveaux matelas reçus en 2016, pour faire l'évaluation et pour veiller à résoudre les problèmes de zone 2 définie comme étant l'une des zones présentant la plus grande possibilité de coincement. Le coordonnateur des services auxiliaires a reconnu que le modèle susmentionné n'était pas suffisant pour évaluer le risque que présentaient les zones de coincement, étant donné que le foyer avait différents types de cadres de lit et que les matelas reçus de janvier au 14 décembre 2016 avaient des longueurs différentes.

Le 14 décembre 2016, un examen des dossiers médicaux des personnes résidentes suivantes indiquait ce qui suit :

La personne résidente n° 008 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 008 était relevé, et elle n'était pas dans le lit. Des entrevues avec le PSSP n° 123 et l'IA n° 122, le 15 décembre 2016, indiquaient que la personne résidente n° 008 était en mesure de sortir de son lit par ses propres moyens, et que le côté de lit de pleine longueur gauche placé du côté du mur de la chambre de la personne résidente visait à l'empêcher de tomber entre le lit et le mur.

La personne résidente n° 009 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 008 était relevé alors qu'elle était au lit. Une entrevue avec la personne résidente n° 009 le 16 décembre 2016 indiquait qu'elle avait demandé à avoir le côté de lit de pleine longueur gauche relevé pour sa sécurité. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, la PSSP n° 119 a déclaré que le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 009 était relevé, mais qu'habituellement il ne l'est pas. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, l'IA n° 124 a déclaré que le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 009 était relevé pour sa sécurité et pour prévenir une chute. L'IA n° 124 a indiqué que ce côté de lit aurait dû figurer dans le programme de soins actuel de la personne résidente.

La personne résidente n° 011 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel indiquait qu'elle utilisait deux côtés de lit d'une demi-longueur pour l'aider à se repositionner. Les données du MDS sur la résidente indiquaient, à une date précise de 2016, qu'elle utilisait des côtés de lit de pleine longueur tous les jours. Le 16 décembre 2016, la personne résidente n° 011 avait les deux côtés de lit supérieurs d'un quart de longueur relevés. Elle n'était pas

**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***

dans le lit. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, la PSSP n° 119 a déclaré que les deux côtés de lit supérieurs d'un quart de longueur du lit de la personne résidente n° 011 étaient relevés pendant la nuit et lorsqu'elle était allongée dans son lit. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, l'IA n° 124 a déclaré que la personne résidente n° 011 utilisait les deux côtés de lit d'un quart de longueur pour se repositionner quand elle était dans le lit.

La personne résidente n° 014 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 16 décembre 2016, la personne résidente n° 014 avait le côté de lit de pleine longueur droit relevé alors qu'elle était dans le lit. Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, elle a indiqué qu'elle a besoin que le côté de lit de pleine longueur droit soit relevé quand elle est dans le lit. Lors d'entrevues le 16 décembre 2016, la PSSP n° 119 et l'IA n° 124 ont déclaré que le côté de lit de pleine longueur droit est relevé à la demande de la personne résidente n° 014 pour des motifs personnels.

La personne résidente n° 018 a été admise au foyer en 2010 avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel indiquait qu'il faut la tourner et la repositionner toutes les deux heures en raison de la diminution de sa mobilité. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle utilisait des côtés de lit de pleine longueur tous les jours. Le 15 décembre 2016, le côté de lit gauche d'un quart de longueur de la personne résidente n° 018 était relevé du côté du mur de la chambre sans que la personne résidente soit dans le lit. Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, la PSSP n° 130 a indiqué que la personne résidente n° 018 utilisait le côté de lit gauche d'un quart de longueur du côté du mur de sa chambre pour se repositionner quand elle était dans le lit.

La personne résidente n° 021 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, la personne résidente n° 021 avait les deux côtés de lit gauche d'un quart de longueur relevés et couverts d'un parechoc en plastique. Lors d'entrevues le 16 décembre 2016, la PSSP n° 131 et l'IAA n° 105 ont déclaré que les quatre côtés de lit d'un quart de longueur de chaque côté du lit de la personne résidente étaient relevés pendant la nuit pour l'empêcher de faire une chute. La PSSP n° 131 a indiqué que les deux côtés de lit gauche d'un quart de longueur étaient abaissés après qu'elle eût transféré la personne résidente du lit au fauteuil roulant. Le parechoc des deux côtés de lit gauche d'un quart de longueur visait à empêcher la personne résidente de se heurter les jambes sur les côtés de lit gauche.

La personne résidente n° 036 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision annuelle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, la personne résidente n° 036 avait le côté de lit gauche d'une longueur d'un quart relevé sans qu'elle soit dans le lit. Lors d'entrevues le 15 décembre 2016, le PSSP n° 123 et l'IAA n° 122 ont déclaré que la personne résidente n° 036 était en mesure de sortir de son lit par ses propres moyens et que le côté de lit gauche d'un quart de

**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***

longueur était relevé du côté du mur de la chambre de la personne résidente pour l'empêcher de tomber entre le lit et le mur.

La personne résidente n° 040 a été admise avec un diagnostic de démence et d'autres problèmes de santé. Son programme de soins actuel indiquait qu'elle utilise ses côtés de lit et que le personnel doit l'encourager pour qu'elle se repositionne. L'évaluation trimestrielle de la personne résidente dans le MDS le 22 novembre 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, la personne résidente n° 040 avait le côté de lit de pleine longueur gauche relevé du côté du mur de sa chambre alors qu'elle était dans le lit. Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, le PSSP n° 125 a déclaré que la personne résidente n° 040 utilisait les deux côtés de lit de pleine longueur pour l'empêcher de faire une chute quand elle était au lit.

L'observation et l'examen des dossiers médicaux des personnes résidentes susmentionnées, de leur programme de soins actuel, et de leur plus récente évaluation trimestrielle (MDS) indiquaient qu'il y avait des renseignements contradictoires concernant l'utilisation des côtés de lit.

Un examen de la liste du 19 décembre 2016 de la superviseuse des services auxiliaires indiquait que l'on avait changé des lits ou des matelas aux dates suivantes :

- Les matelas des personnes résidentes n° 008, 009, 036 et 040 ont été remplacés entre les 7, 8 et 9 décembre 2016.
- Le matelas de la personne résidente n° 11 a été remplacé le 15 décembre 2016.
- Le cadre de lit et un matelas de 84 pouces de la personne résidente n° 014 ont été remplacés le 14 décembre 2016.
- Le matelas de 84 pouces de la personne résidente n° 018 a été remplacé le 15 décembre 2016.
- Le matelas de la personne résidente n° 021 a été remplacé le 6 décembre 2016, et le cadre de lit a été remplacé le 7 décembre 2016 parce que le matelas était trop court.

Le 14 décembre 2016, l'administratrice/responsable clinique et la superviseuse des services auxiliaires ont révélé qu'après avoir effectué des changements aux systèmes de lit susmentionnés, on n'avait pris aucune mesure pour évaluer les nouveaux systèmes de lit. On ne l'avait pas fait parce que le foyer ne possédait pas de trousse d'instruments de mesure pour évaluer les zones de coincement. La directrice générale a indiqué que le foyer commandait actuellement la trousse d'instruments de mesure pour évaluer tous les lits du foyer.

Au cours de l'inspection et d'une entrevue avec le coordonnateur des services auxiliaires le 15 décembre 2016, on a déterminé qu'après l'audit de 2015, quand on a apporté des changements aux systèmes de lit des personnes résidentes, comme un changement de matelas ou de côtés de lit, de janvier au 14 décembre 2016, le foyer n'avait pas de marche à suivre en place pour veiller à ce que le nouveau système de lit résultant des changements fût évalué conformément à des pratiques fondées sur des données probantes, étant donné que le foyer n'avait pas l'outil pour évaluer le coincement afin de minimiser le risque pour les 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*

Lors d'une entrevue le 19 décembre 2016, la superviseure des services auxiliaires a confirmé que le système de liste de suivi examiné le 16 décembre 2016 ne mentionne pas la date à laquelle on avait échangé un vieux matelas contre un nouveau pour chacun des lits pendant la période de janvier à décembre 2016, à l'exclusion des lits récents qui ont été reçus du 7 au 15 décembre 2016. Le système de suivi ne mentionne pas les dates des modifications apportées aux côtés de lit. La marche à suivre ne garde pas de trace des transferts internes de personnes résidentes et si les systèmes de lit ont été changés.

Le 19 décembre 2016, la DDS et la directrice générale ont reconnu que le titulaire de permis n'a pas de marche à suivre pour :

- évaluer le système de lit d'une personne résidente si l'on utilise des côtés de lit pour minimiser le risque pour la personne résidente,
- enseigner au personnel la façon d'évaluer le système de lit de la personne résidente si l'on utilise des côtés de lit pour minimiser le risque pour la personne résidente,
- fournir, à l'intention du personnel, des familles et des personnes résidentes, des trousseaux d'information mentionnant les règlements et les pratiques couramment admises qui régissent les lits d'hôpitaux pour adultes en Ontario, les risques inhérents à l'utilisation des côtés de lit, si les lits réussissent l'essai des zones présentant un risque de coincement ou s'ils y échouent, le rôle du mandataire spécial et du titulaire de permis concernant l'évaluation de la personne résidente et tous les autres mythes et réalités pertinents concernant les systèmes de lit et l'utilisation des côtés de lit.

On a déterminé que la gravité du préjudice découlant de l'évaluation du lit d'une personne résidente et du risque de possibilités de coincement constituait un « risque potentiel de préjudice réel ». On a défini que la portée en était « vaste », car les personnes résidentes qui utilisent des côtés de lit n'ont pas été évaluées, que les systèmes de lit ne l'ont pas été non plus, et que l'on n'avait pas pris en considération des mesures pour prévenir le coincement des personnes résidentes.

[Paragraphe 15 (1)]

Autres mesures requises :

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

(A2) Les ordres suivants ont été modifiés: CO # 001

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

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

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

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

Par. 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

- 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

Faits saillants :

1. 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° 019 réside au foyer depuis 2009, elle est alerte et orientée et a des problèmes médicaux précis.

Le 5 décembre 2016, on a remarqué que deux côtés de lit d'une demi-longueur étaient en position relevée. Lors d'observations ultérieures on a remarqué que le lit de la personne résidente avait quatre demi-côtés de lit qui étaient relevés de façon à former un rail de pleine longueur de chaque côté du lit. La personne résidente a déclaré que l'on avait mis en place ces quatre demi-côtés de lit depuis son admission et qu'ils n'avaient pas changé. La personne résidente n° 019 a déclaré à leur sujet qu'elle n'avait pas eu de choix, « le lit et là, et les côtés de lit aussi ». La personne résidente a déclaré qu'elle les voulait pour sa sécurité, que le personnel oublie souvent de relever un demi-côté de lit au pied du lit, et qu'elle leur rappelle de le faire.

Selon les documents de l'interface Point of Care pour le mois de décembre 2016, la personne résidente nécessite une assistance qui va de limitée à considérable et qui peut atteindre le degré de dépendance totale pour la mobilité au lit.

D'après le programme de soins écrit, la personne résidente utilise deux demi-côtés de lit supérieurs pour se positionner.

L'IAA n° 105 a déclaré que les personnes résidentes qui ont des côtés de lit relevés font l'objet d'une surveillance, mais la surveillance n'est mentionnée nulle part.

Le programme de soins écrit n'établit pas de directives claires concernant l'utilisation des quatre demi-côtés de lit sur le lit de la personne résidente n° 019. [Alinéa 6 (1)c]

2. 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.

La personne résidente n° 049 a fait l'objet de plusieurs diagnostics. Lors d'un examen de son dossier médical, on remarquait une perte de poids graduelle sur une période identifiée de six mois en 2016. On faisait mention que la personne résidente avait perdu 6,8 kg au cours de cette période identifiée.

L'inspectrice n° 148 a observé la personne résidente lors de trois services de repas. Lors du déjeuner du 5 décembre 2016, elle a remarqué que la personne résidente avait une soupe et ne se nourrissait pas. Elle semblait distraite et tapait sur la table et sur ses genoux. À un certain moment au cours du service, on a enlevé la soupe dont la personne résidente n'avait rien consommé. À 12 h 40, on lui a servi le plat principal, de nouveau on a observé qu'elle était distraite et ne faisait aucune tentative pour s'alimenter. À 12 h 45, une PSSP s'est approchée de la personne résidente et l'a encouragée verbalement, quand cela s'est avéré infructueux, le même membre du personnel a alors fourni une

**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***

aide physique pour alimenter la personne résidente. La personne résidente a accepté cette aide et a mangé plus de 75 % du repas.

Le 13 décembre 2016, au petit déjeuner vers 8 h 55, la personne résidente n° 049 était assise à une table avec des céréales et une assiette contenant des aliments. On lui a fourni des encouragements verbaux à deux reprises entre 8 h 55 et 9 h 7, toutefois elle n'a consommé aucune céréale ni nourriture. À 9 h 8, et de nouveau vers 9 h 12, l'IA sur les lieux s'est approchée de la personne résidente et lui a fourni une aide physique qu'elle a bien prise. Aucune autre assistance physique n'a été fournie et l'on a enlevé les céréales à 9 h 15. On a prodigué des encouragements verbaux à la personne résidente à deux reprises entre 9 h 15 et 9 h 21, sans autre assistance physique. La personne résidente n'a mangé qu'une moitié de la rôti qu'on lui avait servie.

Le programme de soins indique que la personne résidente n° 049 nécessite de l'encouragement mais pas d'assistance physique. Le programme de soins n'est pas fondé sur les besoins de la personne résidente, car on a observé que la personne résidente nécessitait une assistance physique ou que des encouragements seuls n'étaient pas suffisants pour l'aider à se nourrir. [Paragraphe 6 (2)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur une évaluation de la personne résidente et de ses besoins et préférences.

La personne résidente n° 011 a des antécédents de chutes, dont la plupart ont eu lieu dans sa salle de bains ou à côté de son lit. En examinant le dossier médical et en parlant à l'IA n° 103, on constate que de nombreuses chutes découlaient du besoin d'élimination de la personne résidente et de ses tentatives pour se transférer par ses propres moyens. La plus récente évaluation du MDS, effectuée à une date précise de 2016, décrit la personne résidente n° 011 comme faisant de l'incontinence urinaire et intestinale, et indique qu'elle doit utiliser des produits d'incontinence. L'évaluation mentionne également que la personne résidente nécessite une assistance totale d'un membre du personnel pour l'élimination.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° 119, membre du personnel permanent qui était chargée des soins le 20 décembre 2016, a indiqué que l'élimination de la personne résidente a lieu avec de l'assistance toutes les deux heures pendant le quart de travail de jour. La PSSP n° 119 a également indiqué que la personne résidente utilise des culottes en raison de son incontinence.

Le programme de soins de la personne résidente n° 011, examiné le matin du 20 décembre 2016, ne comportait pas la nécessité de mesures régulières d'élimination pour la personne résidente, ni le degré d'assistance requis, et le programme n'indiquait pas non plus les besoins ou les préférences de la personne résidente en matière d'utilisation de produits d'incontinence. On a remarqué qu'après que l'inspectrice eut parlé à l'IA n° 103, on avait ajouté l'élimination au programme de soins ainsi que le degré d'assistance requis, ce qui comprenait la nécessité d'avoir deux membres du personnel pour ce faire. Néanmoins, le programme de soins ne comportait pas le programme d'élimination ni la préférence concernant les produits d'incontinence. (Registre n° 015156-16) [Paragraphe 6 (2)]

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

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

Lors d'une entrevue effectuée par l'inspectrice n° 211 le 6 décembre 2016, et à nouveau le 15 décembre 2016 par l'inspectrice n° 550, la personne résidente n° 006 a indiqué qu'elle ne pouvait pas manger certains aliments, car elle a des problèmes de déglutition causés par un diagnostic précis. Elle a indiqué qu'elle était censée avoir des liquides avec les repas, conformément à la recommandation du médecin pour l'aider à déglutir, mais qu'elle n'en recevait pas.

L'inspectrice n° 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente. Elle a été admise au foyer en 2014. L'évaluation du MDS effectuée par la coordonnatrice des placements, datée d'une date spécifique de 2014, mentionnait un problème de déglutition et un diagnostic d'œsophagite au moment considéré. L'inspectrice a examiné la dernière évaluation de la personne résidente du MDS datée d'une date précise de 2016, et elle a remarqué que l'évaluation indiquait que la personne résidente n'avait pas de problèmes de déglutition. Le programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle a un régime alimentaire comportant des aliments à texture normale, sans sel. Le programme de soins ne mentionnait pas de préoccupations concernant la déglutition de la personne résidente, et il n'indiquait pas d'interventions pour y remédier.

Lors d'une entrevue les 15 et 20 décembre 2016, la diététiste a indiqué à l'inspectrice qu'elle n'était pas au courant que la personne résidente n° 006 avait des problèmes de déglutition. Elle a mentionné que lorsqu'elle effectue une évaluation pour une personne résidente, elle ne lui parle pas toujours, en particulier si elle la connaît; elle se fie à la documentation figurant dans les notes d'évolution et dans l'interface Point of Care. Elle a de plus ajouté qu'elle avait parlé à la personne résidente le 16 décembre après s'être entretenue avec l'inspectrice, et qu'elle avait ajouté des interventions précises au programme de soins de la personne résidente pour l'aider à déglutir.

Comme le prouve ce qui précède, la personne résidente n° 006 n'a pas eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre de son programme de soins. [Paragraphe 6 (5)]

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

La personne résidente n° 032 a fait l'objet de diagnostics précis. Un examen des antécédents relatifs au poids de la personne résidente indiquait qu'elle avait subi une perte de poids graduelle depuis septembre 2016; on a remarqué qu'elle avait perdu neuf kilos en trois mois.

Lors d'une révision du dossier médical de la personne résidente on a ordonné de lui fournir un supplément nutritionnel au besoin quand elle refuse les repas ou en consomme moins de 50 %; ce point a été confirmé par la plus récente évaluation du MDS et par le programme de soins en version électronique. L'inspectrice n° 148, en compagnie de la diététiste du foyer, a examiné les dossiers récents des ingesta de la personne résidente, et remarqué plusieurs cas de refus de se nourrir ou de consommation d'aliments inférieure 50 %. L'inspectrice a également observé la personne résidente

pendant le service du déjeuner les 5 et 13 décembre 2016, et a remarqué qu'elle refusait le plat principal.

Un examen des dossiers d'administration des médicaments, dans lesquels on inscrit l'administration de suppléments nutritionnels prouvait, pendant une période précise de décembre, qu'on avait administré une fois le supplément nutritionnel.

Le programme de soins, pour ce qui concerne l'administration d'un supplément nutritionnel, indique qu'il n'a pas été fourni à la personne résidente n° 032 tel que prévu dans le programme de soins.

L'inspectrice n° 148 a observé la personne résidente n° 049 lors du service du déjeuner du 13 décembre 2016. Un examen du dossier médical de la personne résidente mentionne une perte de poids graduelle pendant six mois spécifiques de 2016. Le programme de soins de la personne résidente, à la rubrique « nourriture » indique qu'elle nécessite de l'encouragement pour consommer 100 % du repas.

On a servi de la soupe à la personne résidente à 12 h 29 et elle a commencé à la consommer toute seule, puis après un certain temps elle est devenue distraite et a cessé de tenter de s'alimenter. À 12 h 40, un membre du personnel a servi le plat principal et a enlevé le bol de soupe dont la personne résidente avait consommé moins de 50 %. Pendant que la soupe était servie, aucun membre du personnel ne s'est adressé à la personne résidente pour lui prodiguer de l'encouragement. Après que le plat principal a été servi, la personne résidente a commencé de manger toute seule, au bout de quelques minutes elle est devenue distraite et a cessé de tenter de s'alimenter. À 12 h 50, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente n'avait pas fait d'autres tentatives pour s'alimenter, et qu'aucun membre du personnel ne s'était adressé à la personne résidente pour lui prodiguer de l'encouragement. À 12 h 53 la personne résidente a commencé à manger toute seule; à 13 h 6, on a enlevé l'assiette de la personne résidente et on lui a servi le dessert alors qu'elle avait consommé environ 50 % du plat principal. Au cours de ce service de repas, on a remarqué que l'on n'avait pas prodigué des encouragements à la personne résidente comme le prévoit le programme de soins.

La personne résidente n° 046 a un diagnostic précis. L'inspectrice n° 148 a observé la personne résidente pendant le service du petit déjeuner du 13 décembre 2016. À 8 h 44, elle a observé que la personne résidente avait une assiette avec une rôtie, du bacon et des œufs, accompagnée d'un petit contenant de mandarines. L'inspectrice a remarqué que la personne résidente remuait sa cuillère autour de l'extérieur du contenant de mandarines sans tenter de s'alimenter. Elle a ensuite versé le contenant de mandarines sur le napperon en les vidant toutes, et en commençant de verser le liquide, à l'aide d'une cuillère, sur la rôtie dans l'assiette. Au même moment, l'inspectrice a remarqué qu'une autre personne résidente assise à la table tirait à elle l'assiette de la personne résidente n° 046 et consommait la totalité du bacon de la personne résidente. À 8 h 45, ayant observé l'autre personne résidente manger la nourriture de la personne résidente n° 046, l'aide-diététiste a enlevé l'assiette à l'autre personne résidente. À 8 h 49, l'IAA n° 105 s'est approchée de la table des personnes résidentes pour ramasser les mandarines renversées et les a jetées à la poubelle. Au cours des quelques minutes qui ont suivi, on a remarqué que l'autre personne résidente consommait environ 50 % de la rôtie sur l'assiette de la personne résidente n° 046 pendant que celle-ci consommait de la rôtie et des morceaux d'œuf. Quand l'IAA l'a remarqué, elle a commencé à éloigner l'autre personne résidente de la table. À 8 h 57, l'IAA a enlevé l'assiette; la personne résidente n° 46 n'avait consommé

**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**

aucune mandarine et pas de bacon, seulement des morceaux de rôti et d'œuf, parce que l'autre personne résidente avait consommé sa nourriture, et parce que la personne résidente n° 046 était incapable de se nourrir elle-même. Lors d'une discussion avec l'IAA n° 105 en présence de l'IA n° 117, l'IAA a indiqué que la personne résidente avait mangé environ 25 % du repas, et remarqué que quand elle ne mange pas un bon petit déjeuner elle mange un bon déjeuner. L'inspectrice n° 148 était présente au service du déjeuner du 13 décembre 2016, et elle a remarqué que la personne résidente n° 046 consommait moins de 25 % du plat principal.

Le programme de soins de la personne résidente n° 046 indique qu'elle nécessite de l'aide pour s'installer et un membre du personnel pour lui prodiguer un soutien pratique pour manger quand elle est plus fatiguée. On a observé que l'IAA s'approchait de la personne résidente n° 046 quand elle avait de la difficulté à s'alimenter, néanmoins, aucune mesure n'a été prise pour veiller à ce qu'on lui fournisse de l'assistance pour se nourrir, et l'on n'a pas pris non plus de mesures pour remplacer les aliments perdus lorsque la personne résidente tentait de s'alimenter, ni la nourriture consommée par l'autre personne résidente. [Paragraphe 6 (7)]

6. La personne résidente n° 054 a été admise au foyer en 2015 avec de multiples diagnostics. Elle avait des antécédents connus de comportement spécifique envers des personnes résidentes du foyer quand on ne la surveillait pas.

À une date précise de 2016, la garde qui devait assurer la garde individuelle de la personne résidente n° 054 pour le quart de travail de jour est arrivée à 7 h 20. À son arrivée, la PSSP n° 103, qui assurait la surveillance individuelle de la personne jusqu'à l'arrivée de la garde, est partie et a informé le personnel qu'elle partait maintenant. L'IAA n° 114 a pris la garde à part dans la salle des rapports, qui se trouve de l'autre côté du corridor en diagonale par rapport à la chambre de la personne résidente n° 054, pour faire un bref rapport à cette garde étant donné qu'elle n'avait jamais travaillé auparavant avec la personne résidente n° 054. Alors qu'elle commençait à faire son rapport à la garde, elles ont entendu la personne résidente n° 057 qui hurlait dans la salle à manger. Quand les membres du personnel sont arrivés dans la salle à manger, ils ont trouvé la personne résidente n° 054 nue, devant la table des personnes résidentes n° 057 et 011, qui leur demandait si elles voulaient l'embrasser.

Un examen du programme de soins de la personne résidente indiquait ce qui suit :

- Surveillance constante – la personne résidente a une surveillance individuelle le jour, le soir et la nuit. Quand vous prenez votre période de repos, informez une ou un collègue de travail pour veiller à ce que la personne résidente soit dans sa chambre et surveillée. Veillez à ce que le motif de la surveillance individuelle soit communiqué à tout le personnel de chaque quart de travail.
- Veillez à ce que la personne résidente ne se trouve pas à côté du lit de personnes résidentes spécifiées dans des aires non surveillées. Quand la personne résidente est à la messe ou dans la salle à manger, assurez une surveillance.

Une note concernant la personne résidente figurait dans le cartable des communications; elle était datée du 2 novembre 2016, s'intitulait « directives importantes à l'intention des PSSP qui interviennent auprès de la personne résidente n° 054 », et indiquait :

- surveillance étroite en tout temps – ne pas laisser la personne seule sans avoir quelqu'un d'autre qui la surveille;

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

- veuillez discuter de vos heures de période de repos avec le personnel autorisé pour qu'il s'assure que c'est le bon moment pour vous en aller, afin d'assurer que la personne résidente sera surveillée pendant votre absence.

Au cours d'une entrevue, l'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait pris la garde à part dans la salle des rapports pour lui faire un rapport, et que la personne résidente avait été laissée seule dans sa chambre. Elle a indiqué de plus qu'elle était au courant que la personne résidente nécessitait une surveillance constante, mais qu'elle ne s'y était pas conformée quand elle avait pris la garde à part. [Paragraphe 6 (7)]

7. Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.

Au cours de l'entrevue des familles, un membre de la famille de la personne résidente n° 021 a indiqué à l'inspectrice que l'on ne donnait pas deux bains par semaine à la personne résidente.

Un examen du programme de soins écrit actuel indiquait que le bain de la personne résidente n° 021 est prévu le lundi matin et le jeudi matin.

Le dossier médical de la personne résidente dans l'interface Point of Care révélait que l'on n'avait pas documenté de bain les 17 et 24 novembre 2016, et le 1^{er} décembre 2016.

Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, la PSSP n° 129 a reconnu que le bain de la personne résidente n'était pas documenté dans son dossier médical pour une date précise de décembre 2016. La PSSP n° 129 a déclaré que l'on donne les bains des personnes résidentes prévus au calendrier, et que si une personne résidente refuse son bain, la PSSP documente le refus. La PSSP n° 129 n'a pas documenté le fait que la personne résidente avait eu son bain.

Une entrevue avec l'IAA n° 105 le 16 décembre 2016 révélait que la personne résidente n° 021 avait eu son bain comme prévu dans son dossier médical, parce qu'à la fin de chaque quart de travail l'IAA vérifiait avec le personnel que le bain des personnes résidentes avait eu lieu comme prévu. L'IAA n° 105 a déclaré que la personne résidente n° 021 n'avait jamais refusé de prendre son bain.

Une entrevue avec la PSSP n° 132 le 19 décembre 2016 révélait que la personne résidente n° 021 avait eu son bain comme prévu à une date précise de novembre 2016, mais que la PSSP ne l'avait pas documenté.

Une entrevue avec la PSSP n° 133 le 19 décembre 2016 révélait que la personne résidente n° 021 avait eu son bain comme prévu à une date précise de novembre 2016, mais que la PSSP ne l'avait pas documenté.

Lors d'une entrevue, la DDS a reconnu que les bains de la personne résidente n° 021 n'étaient pas documentés lors de trois dates précises de novembre 2016 et d'une date précise de décembre 2016 à la section « Documentation Survey Report » (documentation du rapport de vérification) du dossier médical de la personne résidente.

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fourniture des soins prévus dans le programme de soins concernant les bains prévus pour la personne résidente n° 021 soit documentée. [Alinéa 6 (9) 1]

8. Les 6 et 16 décembre 2016, on a remarqué que la personne résidente n° 009 avait de longs poils faciaux. D'après l'IAA n° 121, le rasage de la personne résidente n° 009 a lieu les jours où elle prend son bain. L'inspectrice a examiné la documentation concernant les bains dans le programme de soins de la personne résidente n° 009 pour déterminer le jour du dernier bain. Lors de l'examen de la documentation pour novembre et décembre 2016, l'inspectrice a remarqué qu'il y avait de la documentation pour un des huit bains possibles en novembre, et pour aucun des cinq bains possibles en décembre.

L'inspectrice a alors examiné la documentation concernant les bains de la personne résidente n° 011, et a remarqué qu'en novembre il y avait de la documentation pour deux des neuf bains possibles, et pour deux des quatre bains possibles en décembre.

Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, la PSSP n° 119 a indiqué que l'on documente les bains dans le programme de soins. Elle a déclaré à l'inspectrice que, bien qu'elle eût donné son bain à la personne résidente n° 009 hier, elle ne l'avait pas documenté dans le programme de soins parce que la personne résidente ne lui était pas assignée. L'administratrice/responsable clinique a indiqué à l'inspectrice n° 550 que le bain de toutes les personnes résidentes doit être documenté par la ou le PSSP qui le donne à la personne résidente.

Comme le montre ce qui précède, la fourniture des soins prévus dans le programme de soins pour les personnes résidentes n° 009 et 011 n'a pas été documentée.

9. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 211 a observé la personne résidente n° 024 qui recevait un traitement spécifique.

La personne résidente n° 024 a été admise au foyer en 2014; on avait diagnostiqué qu'elle avait une maladie spécifique et d'autres problèmes de santé.

Un examen du dossier médical daté d'une date précise de 2016 indiquait que l'on avait diagnostiqué que la personne résidente n° 024 avait une maladie aigue spécifique. Le médecin avait prescrit un test spécifique et un médicament spécifique à administrer pendant une durée précise.

On avait envoyé la personne résidente n° 024 à l'hôpital dix jours plus tard et elle était revenue au foyer quatre jours après. Le jour où la personne résidente était revenue de l'hôpital, le dossier médical indiquait que le médecin avait parlé à la famille pour changer le niveau de soins de la personne résidente.

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

L'ordre de réadmission indiquait d'administrer un traitement spécifique pour maintenir des concentrations sanguines spécifiques dans le sang de la personne résidente.

Le traitement spécifique n'a pas été renouvelé lors de la révision de l'ordre du médecin quand la personne résidente est revenue de l'hôpital.

Une entrevue avec la PSSP n° 104 le 13 décembre 2016 indiquait qu'on lui avait dit un mois auparavant d'administrer un traitement spécifique à la personne résidente avec des directives spécifiques.

Une entrevue avec l'IA n° 103 le 13 décembre 2016 indiquait que personne résidente n° 024 recevait à l'heure actuelle un traitement spécifique comportant des directives spécifiques. Le traitement peut être ajusté selon une gamme de taux spécifique au besoin. L'IA n° 103 a déclaré que le programme de soins actuel indiquait que la personne résidente recevait le traitement spécifique mais qu'il ne donnait pas d'indications claires au personnel concernant l'ajustement permis pour la personne résidente n° 024. L'IA n° 103 a déclaré que l'administration du traitement ne figurait pas dans le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente pendant deux mois spécifiques de 2016. L'IA n° 103 a indiqué que le traitement pour la personne résidente n° 024 n'avait pas fait l'objet d'un renouvellement lors de l'examen trimestriel des ordres du médecin, et que par conséquent le dossier d'administration des médicaments n'avait pas d'ordre pour le traitement spécifique pendant deux mois spécifiques.

Un examen de la politique du foyer concernant l'administration du traitement spécifique indiquait que ce traitement doit être administré par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et par l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé. L'administration du traitement requiert un ordre de médecin avec des directives spécifiques.

Lors d'une entrevue, la DDS a reconnu qu'une personne résidente qui reçoit un traitement spécifique requiert un ordre de médecin et que le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente doit indiquer le type de traitement et les directives spécifiques.

Une entrevue avec l'administratrice a confirmé que le personnel infirmier autorisé (IA et IAA) aurait dû obtenir un ordre de médecin pour le traitement spécifique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui recevait un traitement spécifique fût réévaluée et à ce que son programme de soins fût réexaminé et révisé lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins avaient évolué. [Alinéa 6 (10)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, 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 le programme de soins de la personne résidente n° 011 est révisé pour inclure le programme d'élimination et la préférence en matière de produits d'incontinence pour cette personne résidente, et pour veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente

n° 054 selon ce qui est prévu dans le programme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 20 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.
Politique pour promouvoir la tolérance zéro**

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

Par. 20 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

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

a) prévoit que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés; 2007, chap. 8, par. 20 (2).

b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence; 2007, chap. 8, par. 20 (2).

c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements; 2007, chap. 8, par. 20 (2).

d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; 2007, chap. 8, par. 20 (2).

e) comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre; 2007, chap. 8, par. 20 (2).

f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents; 2007, chap. 8, par. 20 (2).

g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f); 2007, chap. 8, par. 20 (2).

h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 20 (2).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Concernant le registre n° 027667-16

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour faire rapport d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une autre personne résidente. On a indiqué que, lors d'une date précise de 2016, on avait laissé la personne résidente n° 054 sans

surveillance pendant quelques minutes, et qu'elle s'était rendue nue dans la salle à manger de l'unité 3AB et avait demandé à deux personnes résidentes si elles voulaient l'embrasser.

L'inspectrice n° 550 a examiné le rapport d'incident critique et a remarqué que l'on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel. L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes n° 054, 011 et 057, et a été incapable de trouver de la documentation concernant l'incident dans les notes d'évolution des personnes résidentes n° 011 et 057.

Lors d'une entrevue le 21 décembre 2016, l'administratrice/responsable clinique a indiqué que l'IA n° 103 aurait dû immédiatement lui communiquer l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel par téléphone et non pas par courriel comme elle l'avait fait. L'IAA n° 144 aurait dû documenter l'incident dans les notes d'évolution des personnes résidentes n° 011 et 057.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer relative aux mauvais traitements d'ordre sexuel intitulée « Abuse and Neglect, Long Term Care » (mauvais traitements et négligence – soins de longue durée), politique n° CLIN CARE 32 LTC, révisée en novembre 2016. À la rubrique 4.0 de la page 2 de 4, la marche à suivre pour faire rapport indiquait ce qui suit :

4.2 Le personnel de supervision, ou bien l'infirmière ou l'infirmier avise immédiatement l'administratrice, la directrice des soins ou bien sa représentante ou son représentant par téléphone, par téléavertisseur ou en personne. Ne pas laisser de message vocal ni envoyer de courriel; si l'on ne peut pas rejoindre immédiatement l'administratrice ou la directrice des soins, communiquer avec leur représentante ou représentant. L'administratrice, la directrice des soins ou bien leur représentante ou représentant avise immédiatement la directrice générale ou le directeur général des Soins de longue durée.

À la page 3 du point 4.7.0, la documentation dans le dossier médical indiquait :

7.1 Le personnel clinique qui est témoin d'un événement ou à qui on en fait rapport doit documenter, dans les notes d'évolution, la nature de l'incident, l'heure à laquelle il s'est produit, l'état de la personne résidente, le nom des personnes avisées, les interventions, les mesures de suivi, et la réaction de la personne résidente, en omettant toute opinion, conclusion, accusation ou toute autre déclaration imputant la faute ou le blâme à autrui.

Comme le montre ce qui précède, l'IA n° 103, qui était l'infirmière responsable de cette unité à une date spécifiée de 2016, ne s'est pas conformée à la politique du foyer relative aux mauvais traitements concernant la marche à suivre en matière de présentation de rapports, et l'IAA n° 114 à qui l'on a fait rapport de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel, ne s'est pas conformée à la politique du foyer relative à la documentation dans les dossiers médicaux. [Paragraphe 20 (1)]

2. Concernant le registre n° 034895-16

Le téléavertisseur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) à utiliser après les heures normales de bureau a été contacté à une date précise de 2016 pour faire rapport d'une allégation de mauvais traitement d'un membre du personnel envers une personne résidente, en

application de l'article 24 de la LFSLD, 2007, et un rapport d'incident critique a été soumis le lendemain.

D'après le rapport d'incident critique, lors du quart de travail du soir d'une date spécifiée de 2016, le PSSP n° 139 aurait frappé la personne résidente n° 058 à l'arrière de la tête, et celle-ci avait dit qu'elle avait été maltraitée. La personne résidente a signalé l'incident le même jour au personnel du quart de travail de nuit.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente révélait qu'à une heure spécifiée d'une date précise de 2016, l'IA n° 140 avait rédigé une note d'évolution indiquant que l'on avait signalé que la personne résidente avait été frappée à la tête par un PSSP, et qu'elle ne voulait pas que ce PSSP lui prodigue des soins.

Le 22 décembre 2016 l'administratrice a fait l'objet d'une entrevue, et a déclaré qu'elle avait été informée de l'incident à une date précise de 2016, dans la matinée après son retour d'une réunion hors du foyer, par un message vocal laissé par l'IA n° 140 lors du précédent poste de nuit.

D'après l'administratrice, quand l'IA n° 140 a été mise au courant de l'allégation de mauvais traitement par un membre du personnel envers une personne résidente, elle aurait dû communiquer avec la superviseure des soins infirmiers à Saint-Vincent qui aurait fait rapport de l'allégation au directeur ou qui aurait contacté la responsable clinique de garde.

La politique du foyer intitulée « Abuse and Neglect, Long Term Care » (mauvais traitements et négligence – soins de longue durée), (CLIN CARE 32 LTC) stipule qu'en dehors des heures normales de bureau, on doit immédiatement aviser la superviseure des soins infirmiers ou la responsable clinique de garde si la superviseure n'est pas disponible.

Le directeur n'a pas été immédiatement avisé de l'allégation de mauvais traitement par un membre du personnel envers une personne résidente qui a eu lieu à une date spécifiée de 2016 lors du quart de travail du soir; le directeur n'a pas été avisé avant le lendemain à une heure spécifiée de la soirée.
[Paragraphe 20 (1)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes :
- d) contienne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la Loi
 - f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les personnes résidentes.

Concernant le registre n° 027667-16

À la suite du rapport d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une autre personne résidente qui a eu lieu à une date précise de 2016, l'inspectrice n° 551 a demandé la politique du foyer relative aux mauvais traitements. L'administratrice/responsable clinique a fourni à l'inspectrice une politique intitulée « Abuse and Neglect, Long Term Care » (mauvais traitements et négligence – soins de longue durée), politique n° CLIN CARE 32 LTC, révisée en

novembre 2016, politique qu'elle a désignée comme étant leur politique actuelle relative aux mauvais traitements.

Après avoir examiné la politique, l'inspectrice a remarqué qu'elle ne contenait pas d'explication de l'obligation de protéger en vertu de l'article 24 et de faire rapport, et la politique n'énonçait pas les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers des personnes résidentes.

Lors d'une entrevue, l'administratrice/responsable clinique a confirmé que ces deux dispositions manquaient à leur politique. Elle a de plus indiqué que la politique avait été récemment révisée afin de concerner spécifiquement le secteur des soins de longue durée, et que ces dispositions avaient probablement été enlevées de l'ancienne politique par erreur. [Paragraphe 20 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la politique du foyer relative aux mauvais traitements soit révisée pour inclure toutes les dispositions de la LFSLD et pour que l'on s'y conforme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : 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

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

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

Concernant le n° de registre 027667-16

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur par le titulaire de permis à une date spécifiée de 2016 concernant un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une autre personne résidente qui s'est produit à une date spécifiée de 2016.

À une date spécifiée de 2016, la personne résidente n° 054, qui est connue pour avoir des comportements sexuellement inadéquats envers les personnes résidentes de sexe féminin et qui doit faire l'objet d'une surveillance individuelle en tout temps, avait été laissée sans surveillance pendant quelques minutes. L'IAA n° 114 avait pris à part la garde de la personne résidente dans la salle des rapports qui se trouve de l'autre côté du corridor en diagonale par rapport à la chambre de la personne résidente n° 054, pour lui faire un bref rapport étant donné que cette garde n'avait jamais travaillé auparavant auprès de la personne résidente n° 054. Alors que l'IAA commençait à faire son rapport à la garde, elles ont entendu la personne résidente n° 057 qui hurlait dans la salle à manger. Quand les membres du personnel sont arrivés dans la salle à manger, ils ont trouvé la personne résidente n° 054 nue devant la table des personnes résidentes n° 057 et 011, qui leur demandait de l'embrasser.

Lors d'une entrevue le 20 décembre 2016, l'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait immédiatement informé par téléphone l'IA n° 103 de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel. L'IA n° 103 a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait immédiatement informé de l'incident l'administratrice/responsable clinique par courriel vers 7 h 50.

L'administratrice/responsable clinique a indiqué à l'inspectrice n° 551 qu'elle avait été mise au courant de l'incident par un courriel qu'elle avait reçu de l'IA n° 103 au début de la matinée du jour où l'incident s'était produit, et qu'elle l'avait lu à un certain moment ce matin-là. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas immédiatement fait rapport de cet incident au directeur, car elle n'était pas sûre s'il était considéré comme un mauvais traitement d'ordre sexuel. Le lendemain, elle avait décidé de faire rapport au directeur, car la fille de la personne résidente n° 057 était bouleversée, et qu'après avoir beaucoup réfléchi à l'incident elle avait décidé que l'on pouvait vraisemblablement le considérer comme un mauvais traitement d'ordre sexuel. L'administratrice/responsable clinique, après avoir revu avec l'inspectrice la définition de mauvais traitement d'ordre sexuel dans la politique du foyer relative aux mauvais traitements, et l'arbre de décision intitulé « Licensee reporting of sexual abuse » (rapport des mauvais traitements d'ordre sexuel par le titulaire de permis), a confirmé qu'il s'agissait bien d'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel, et que l'on aurait dû faire immédiatement rapport au directeur. [Paragraphe 24 (1)]

2. Concernant le registre n° 034895-16

Le téléavertisseur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) à utiliser après les heures normales de bureau a été contacté à une date précise de 2016 pour faire rapport d'une allégation de mauvais traitement d'un membre du personnel envers une personne résidente, et un rapport d'incident critique a été soumis le lendemain.

D'après le rapport d'incident critique, pendant le quart de travail du soir lors d'une journée spécifiée de 2016, le PSSP n° 139 aurait frappé la personne résidente n° 058 à l'arrière de la tête, et celle-ci avait dit qu'elle avait été maltraitée. La personne résidente a signalé l'incident le même jour au personnel du quart de travail de nuit.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente révélait qu'à une date spécifiée de 2016, l'IA n° 140 avait rédigé une note d'évolution indiquant que la personne résidente avait signalé qu'elle avait été frappée à l'arrière de la tête par un PSSP, et qu'elle ne voulait pas que ce PSSP lui prodigue des soins.

Le 22 décembre 2016 l'administratrice a été interrogée et a déclaré qu'elle avait été informée de l'incident le lendemain matin après son retour d'une réunion hors du foyer, par un message vocal laissé par l'IA n° 140 lors du précédent poste de nuit. Elle a de plus indiqué qu'avant d'aviser le directeur de l'incident de cas allégué de mauvais traitement, elle attendait de parler au PSSP n° 139 qui devait travailler à 15 heures.

Le titulaire de permis a été informé d'un incident de cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel le matin d'une date spécifiée de 2016. Cet incident n'a pas fait l'objet d'un rapport immédiat au directeur; on en a fait rapport dans la soirée d'une date spécifiée de 2016 [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, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le directeur soit immédiatement informé de tout mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit ou de négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 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, il ne s'est pas conformé aux 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).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'une ceinture de siège de contention et de côtés de lits de contention fût incluse dans le programme de soins de la personne résidente.

La personne résidente n° 021 réside au foyer depuis 2003 et est atteinte de troubles cognitifs.

Le 6 décembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué qu'un côté de lit était en position relevée alors que la personne résidente n'était pas dans son lit.

Le 15 décembre 2016, on a observé le système de lit de la personne résidente n° 021 et remarqué que les quatre côtés de lit, lorsqu'ils sont relevés, forment un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit.

Le 15 décembre 2016, on a observé la personne résidente n° 021 assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture de siège fermant sur le devant. Quand on lui a demandé ce que c'était, en faisant allusion à la ceinture de siège, la personne résidente n'a pas reconnu ce que c'était, et elle était physiquement et cognitivement incapable de détacher la ceinture.

Le 16 décembre 2016, la PSSP n° 131 a déclaré que lorsque la personne résidente n° 021 était au lit, les quatre côtés de lit étaient relevés parce qu'elle remue dans le lit et tomberait si les côtés de lit n'étaient pas relevés. Le même jour, l'IAA n° 105 a déclaré que la personne résidente porte une ceinture de siège fermant sur le devant pour la garder dans le fauteuil, car sans elle, elle essaierait de se lever et tomberait.

On a examiné le dossier médical de la personne résidente. D'après la plus récente évaluation du MDS (minimum de données standardisées), on a défini que la personne résidente n'utilisait pas de dispositif de contention du torse ni de fauteuil qui empêche de se lever, et elle n'utilisait pas de côtés de lit.

On a examiné le programme de soins actuel, et il ne comportait pas d'indication que la personne résidente portait une ceinture de siège fermant sur le devant, ni que l'on utilisait des côtés de lit quand elle est au lit.

De plus, on indiquait qu'un médecin ou bien une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure n'avait pas ordonné l'utilisation d'une ceinture de siège fermant sur le devant ni l'utilisation de côtés de lit, et que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente n'avait pas consenti à sa contention.

La politique du foyer intitulée « Restraint Minimization » (recours minimal à la contention) a été fournie par l'administratrice et prévoyait ce qui suit :

- un ordre de médecin est requis pour ordonner une contention au moyen d'appareils mécaniques;
- tous les dispositifs de contention utilisés doivent suivre un programme de soins auquel la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la patiente ou du patient a donné son consentement, sauf en situations d'urgence.

Le 15 décembre 2015, la DDS a déclaré que le recours aux dispositifs de contention devrait figurer dans le programme de soins de la personne résidente. [Paragraphe 31 (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, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la ceinture de siège et les côtés de lit soient inclus dans le programme de soins de la personne résidente n° 021. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 53 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Comportements réactifs**

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

Par. 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

- 1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**
- 2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**
- 3. Des protocoles qui permettent de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**
- 4. Des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (1).**

Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'élaboration de méthodes écrites en matière de soins pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs, et qui comprennent ce qui suit :**
 - protocoles de dépistage
 - évaluations

**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***

- réévaluations
- identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.

La personne résidente n° 043 a été admise au foyer en 2016 avec de multiples diagnostics.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'elle est physiquement agressive envers le personnel pendant les soins. Le formulaire d'évaluation MDS à une date spécifiée de 2016 indiquait à la section E4CA que la personne résidente manifeste quotidiennement des symptômes de comportements réactifs de violence physique.

Le 13 décembre 2016, lors d'une entrevue, l'IAA n° 108 et la PSSP n° 107 ont indiqué à l'inspectrice n° 550 que la personne résidente n° 043 est physiquement agressive envers le personnel pendant les soins, qu'elle refuse souvent les soins, et que ce comportement se produit presque quotidiennement. Une fois que les soins sont terminés, la personne résidente est de bonne humeur et n'est plus agressive.

L'inspectrice a examiné le programme de soins écrit proprement dit de la personne résidente, et elle a été incapable de trouver de la documentation indiquant que la personne résidente n° 043 avait un comportement réactif et que l'on avait identifié des éléments déclencheurs.

L'IA n° 109 et l'IAA n° 108 ont indiqué à l'inspectrice que le comportement de la personne résidente et les éléments déclencheurs identifiés n'ont pas été documentés dans son programme de soins.

[Alinéa 53 (1) 1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies écrites comportent des techniques et des mesures d'intervention pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir.

D'après les dossiers médicaux de la personne résidente n° 043 et les entrevues avec le personnel, la personne résidente était identifiée comme étant physiquement agressive envers le personnel pendant les soins.

Lors d'une entrevue le 13 décembre 2016, l'IAA n° 108 et la PSSP n° 107 ont indiqué à l'inspectrice que la personne résidente est physiquement agressive envers le personnel pendant les soins et qu'elle refuse souvent les soins. Elles ont indiqué que la méthode que les membres du personnel utilisent quand ils prodiguent des soins à cette personne résidente est très importante; ils doivent lui parler gentiment et être calmes afin de ne pas la provoquer. Les soins doivent être prodigués par deux membres du personnel quand la personne résidente est physiquement agressive.

On a examiné, avec l'IAA n° 108, le programme de soins de la personne résidente proprement dit et observé que les interventions pour atténuer le comportement agressif ne figuraient pas dans le programme de soins de la personne résidente.

L'IA n° 109 a indiqué à l'inspectrice que les stratégies écrites pour faire face aux comportements agressifs de la personne résidente ne comprennent pas des techniques et des mesures d'intervention pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs de la personne résidente n° 043 ou pour y réagir, comme l'ont indiqué l'IAA n° 108 et la PSSP n° 107. [Alinéa 53 (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, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins de la personne résidente n° 043 soit révisé pour inclure l'identification des comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, et des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du du Règl. de l'Ont. 79/10
Planification des menus**

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

Par. 71 (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :
b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner;
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).

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

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit offertes à chaque personne résidente au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner.

Lors des entrevues de personnes résidentes effectuées pendant la première phase de l'inspection, cinq personnes résidentes ont fait part de leurs inquiétudes concernant la fourniture de boisson entre les repas, une inquiétude particulière concernait la distribution du matin, et quatre de ces personnes résidentes résidaient au troisième étage.

Le 15 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 a observé l'unité 3A entre 10 heures et 11 h 20. L'inspectrice avait vue sur les deux corridors où l'on remarquait que les personnes résidentes étaient dans leurs chambres, et sur la petite salle à manger où étaient assises les personnes résidentes n° 051 et 052. Pendant la durée de l'observation aucune boisson n'a été offerte entre les repas aux personnes résidentes dans les corridors ou à celles que l'on pouvait voir. À 11 h 20, les personnes résidentes ont commencé à s'assembler dans les salles à manger pour le déjeuner.

L'inspectrice s'est entretenue avec les personnes résidentes n° 005, 024 et 035 qui résident dans l'unité AB. Toutes les trois ont indiqué qu'elles n'avaient pas reçu de boisson lors de la distribution entre le petit déjeuner et le déjeuner.

Le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 a observé l'unité 2C pendant un certain temps. Après avoir observé le service du petit déjeuner qui s'est poursuivi jusqu'à 9 h 50 au moins, l'inspectrice a continué d'observer l'unité jusqu'à 11 h 15. À aucun moment on n'a offert de boisson entre les repas aux personnes résidentes de cette unité. [Alinéa 71 (3)b]

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

L'inspectrice n° 148 a observé trois services de repas à l'unité 2C. On a confirmé que l'unité avait cinq personnes résidentes nécessitant des liquides à consistance de nectar. Au cours de la totalité des trois observations, elle a remarqué que l'on n'avait pas offert de thé, de café ou de lait aux personnes résidentes qui nécessitaient des liquides à consistance de nectar.

Pendant le service du petit déjeuner à l'unité 2C, la PSSP n° 110 a indiqué à l'inspectrice qu'elle ne pouvait pas donner de thé ou de café aux personnes résidentes qui nécessitaient des liquides à consistance de nectar. Elle a de plus indiqué qu'il y avait du lait au réfrigérateur et que les personnes résidentes pouvaient en demander.

L'inspectrice a examiné le menu planifié qui comportait de l'eau, du jus, du thé, du café et du lait.

Le 14 décembre 2016, l'inspectrice a parlé à la diététiste du foyer, qui approuvait le menu actuel et qui a convenu que l'on s'attendait à ce que l'on offre du thé, du café et du lait aux personnes résidentes qui nécessitaient des liquides à consistance de nectar.

De plus, on a observé le 5 décembre 2016, lors du service du déjeuner qu'on n'offrait pas de pain comme l'indiquait le menu planifié. L'inspectrice a attiré l'attention de l'aide-diététiste sur ce point à la fin du service, au moment où elle commençait à servir de la purée de pain aux personnes résidentes à qui l'on avait déjà servi leur repas.

Le 5 décembre 2016, pendant que l'inspectrice observait le service du déjeuner à l'unité 2C, elle a remarqué que la personne résidente n° 032 ne consommait pas le plat principal après avoir mangé de la soupe. À 12 h 50 un membre du personnel s'est approché de la personne résidente pour lui demander si elle voulait un sandwich à la place. La personne résidente y a consenti, et on lui a servi un sandwich provenant du réfrigérateur de la dépense. Le choix de substitution au menu planifié n'était pas disponible pour la personne résidente, car on avait enlevé de l'unité le chariot des aliments chauds à 12 h 40. De la même façon, lors des observations du 13 décembre 2016, de nouveau la personne résidente n° 32 n'avait pas consommé le plat principal après avoir consommé la soupe. Quand un membre du personnel s'est approché pour offrir des substitutions, la substitution prévue au menu n'était plus disponible pour être offerte à la personne résidente, car on avait enlevé de l'unité les aliments chauds. Dans les deux cas, on avait enlevé l'assiette de la personne résidente qui avait consommé une quantité minimale.

Le 5 décembre 2016, pendant l'observation du service du déjeuner dans les unités 1C et 2C, on a remarqué que le plat principal de substitution du menu planifié, composé de bœuf, n'était pas offert pour les régimes thérapeutiques comportant des aliments en purée et hachés fin. L'inspectrice n° 148 s'est entretenue avec la gestionnaire de la nutrition qui a indiqué qu'il y avait eu un problème de production le 4 décembre 2016 qui avait conduit à cette erreur, et qu'elle en était au courant. [Paragraphe 71 (4)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié fussent offerts et disponibles au déjeuner du 5 décembre 2016.

La personne résidente n° 42 a été admise au foyer en 2016. D'après les ordres du médecin, on avait ordonné à la personne résidente un régime alimentaire général, de texture ordinaire, et des liquides de consistance ordinaire.

Le 5 décembre 2016, on a observé le déjeuner dans l'unité 1C, et remarqué ce qui suit :

À 12 h 32, la personne résidente n° 042 a été escortée dans la salle à manger et on lui a servi de la soupe.

À 12 h 49 la personne résidente avait sa soupe à sa place, et l'aide-diététiste avait quitté l'unité avec le chariot des aliments.

À 13 h 3, on a enlevé le chariot des desserts de l'unité, et à 13 h 17 on a verrouillé les portes de la desserte.

À 13 h 19, on a enlevé le bol de soupe à la personne résidente n° 042. Elle avait consommé les $\frac{3}{4}$ d'un verre d'eau et un peu de soupe. On ne lui avait pas offert une autre portion de soupe. Après lui avoir enlevé la soupe on ne lui a pas donné de plat principal ni de dessert.

L'IAA n° 122 a déclaré que la personne résidente n° 042 ne mange pas beaucoup et qu'elle prend un supplément nutritionnel, du lait et seulement de la soupe presque tous les jours.

Le poids actuel de la personne résidente n° 042 est de 33,600 kg, IMC 15,6. Elle a perdu 4 % de son poids en un mois, 7,4 % en trois mois, 18,6 % en six mois, et 29,4 % depuis son admission.

On a examiné le programme de soins de la personne résidente. À la rubrique « ordres concernant le régime alimentaire » avec un objectif de « besoins nutritionnels à satisfaire », les interventions comprenaient d'offrir à la personne résidente un supplément nutritionnel spécifique pour promouvoir le gain pondéral, et de lui offrir de petites portions afin d'éviter de la submerger. Il n'y avait pas d'indication voulant que l'on ne devait pas offrir de plat principal ni de dessert à la personne résidente. [Paragraphe 71 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'on offre à chaque personne résidente au minimum une boisson entre les repas le matin et l'après-midi, et une boisson le soir après le dîner, et de veiller à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Service de restauration et de collation**

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

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

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. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer ait un service de restauration et de collation qui comprend au minimum un service de repas un plat après l'autre pour chaque personne résidente, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 a observé le service du petit déjeuner dans l'unité 2C. Comme nous l'avons décrit ailleurs dans ce rapport, plusieurs aliments chauds avaient été servis d'avance dans les assiettes de quatre personnes résidentes identifiées. Dans tous les cas, la nourriture n'était pas servie un plat après l'autre. Comme en faisaient foi les deux personnes résidentes n° 049 et 050 qui avaient toutes deux leurs céréales sèches et des aliments chauds servis en même temps.

Le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 a observé le service du déjeuner dans l'unité 2C. Elle a observé la personne résidente n° 045 pendant toute la durée du service. À 12 h 38, elle a observé qu'un membre du personnel servait le plat principal à la personne résidente avant qu'elle ait terminé de consommer la soupe. La personne résidente n'a pas commencé de manger le plat principal avant 12 h 45. Pendant qu'elle consommait le plat principal, le personnel lui a servi le dessert. Lors du même service de repas, on a servi à la personne résidente n° 046 le plat principal à 12 h 40 pendant qu'elle

consommait encore la soupe. On a également observé qu'à ce service de repas on a servi en même temps la soupe et le plat principal à la personne résidente n° 021.

Les dossiers médicaux des personnes résidentes susmentionnées n'indiquaient pas de contradiction pour l'application du service un plat après l'autre et, dans certains cas, le service un plat après l'autre avait été fourni à la personne résidente identifiée lors d'observations ultérieures de services de repas. [Alinéa 73 (1) 8]

2. 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 jusqu'à ce que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 est entrée dans la salle à manger de l'unité 2C à 8 heures, et a remarqué que la personne résidente n° 047 était assise avec une purée de pruneaux. La personne résidente a reçu de l'aide pour manger à 8 h 42.

Le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 a observé que l'on servait de la soupe et un repas à la personne résidente n° 021 à 12 h 54 pendant le service du déjeuner à l'unité 2C. On n'a pas fourni d'assistance à la personne résidente jusqu'à 13 heures. [Alinéa 73 (2)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, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer qu'aucun repas ne soit servi aux personnes résidentes qui ont besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour leur fournir l'aide dont elles ont besoin. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 129 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Entreposage sécuritaire des médicaments**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, a) les médicaments soient 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; et 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.

Le 12 décembre 2016 à 9 h 55, l'inspectrice n° 550 a observé, dans le corridor de l'unité 3A à proximité du poste infirmier, devant la chambre n° 304, un chariot à médicaments laissé sans surveillance. Le chariot à médicaments était déverrouillé, et sur le dessus il y avait deux fioles d'insuline, un flacon ouvert de Lactulose portant une étiquette au nom de la personne résidente n° 059, des capsules de Spiriva et deux flacons de gouttes pour les yeux Isopto Tears 1 %. L'IAA n° 114 était dans la chambre de la personne résidente n° 306 dont la porte était à demi-fermée. Elle n'était pas en mesure de voir le chariot à médicaments de l'intérieur de la chambre de la personne résidente, et il y avait une personne résidente qui errait dans le corridor. Quand l'inspectrice est venue à elle, l'IAA n° 114 a déclaré qu'elle était incapable de verrouiller le chariot à médicaments, car il se verrouille tout seul et que cela prend un moment. L'inspectrice a montré à l'IAA les médicaments laissés sans surveillance sur le dessus du chariot et indiqué qu'elle avait pu ouvrir tous les tiroirs à médicaments du chariot avant que l'IAA arrive.

Lors d'une entrevue, la directrice générale a indiqué à l'inspectrice que si l'infirmière est incapable de verrouiller le chariot à médicaments par ses propres moyens, elle devrait rester avec lui jusqu'à ce qu'il se verrouille par lui-même. La DDS a indiqué que l'IAA peut verrouiller le chariot à médicaments en entrant son code. Elle a déclaré qu'elle ne devrait pas laisser son chariot non verrouillé ni laisser des médicaments sur le dessus du chariot quand il est sans surveillance. [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, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est gardé verrouillé quand il n'est pas surveillé. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 10 : 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, il ne s'est pas conformé aux 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. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

Personne résidente n° 011 : Le 6 décembre 2016, on a remarqué que la base noire d'une partie de l'équipement de transfert dans la chambre de la personne résidente était couverte de poussière et de débris. Le 7 décembre 2016, on a remarqué de la poussière et des débris sur le fauteuil roulant de la personne résidente.

Personne résidente n° 026 : Le 6 décembre 2016, on a remarqué de la poussière et des débris sur le fauteuil roulant de la personne résidente.

Personne résidente n° 027 : Le 6 décembre 2016, on a remarqué des débris sur la partie inférieure du fauteuil roulant de la personne résidente.

Personne résidente n° 032 : Le 6 décembre 2016, on a remarqué des débris sur le cadre et le siège du fauteuil roulant.

Le 14 décembre 2016, la superviseure des services auxiliaires a déclaré que l'équipement ambulatoire était nettoyé deux fois par an par le personnel de l'entretien ménager. Elle a déclaré que dans l'intervalle, le nettoyage se faisait au besoin avec des tickets placés par l'intermédiaire du système central d'appels.

D'après l'information fournie par la superviseure des services auxiliaires :

Le fauteuil roulant de la personne résidente n° 011 avait été nettoyé le 23 juin 2016 et en octobre 2016.

Le fauteuil roulant de la personne résidente n° 026 avait été nettoyé le 26 août 2016 et son nettoyage est prévu en janvier 2017.

Le fauteuil roulant de la personne résidente n° 027 avait été nettoyé le 18 août 2016 et son nettoyage est prévu ce mois-ci.

Personne résidente n° 032 : on est incapable de trouver une mention de quand l'équipement ambulatoire de la personne résidente a été nettoyé, mais son nettoyage est prévu ce mois-ci.

Des observations répétées effectuées le 15 décembre 2016 ont confirmé que les équipements ambulatoires restaient dans le même état de saleté. [Alinéa 15 (2)a]

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 19 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.
Obligation de protéger**

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

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger les personnes résidentes contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et à ce qu'elles ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

La LFSLD 2007 définit les mauvais traitements d'ordre sexuel comme étant « soit des attouchements, comportements ou remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel, soit des attouchements, comportements ou remarques de nature sexuelle non consensuels ou une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel; (sexual abuse) ».

Cette inspection concerne le numéro de registre 027667-16

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur par le titulaire de permis à une date précise de 2016 concernant un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une personne résidente. On a fait rapport qu'à une date et à une heure précises de 2016 on avait laissé la personne résidente n° 054 sans surveillance pendant quelques minutes et qu'elle était allée nue dans la salle à manger de l'unité 3AB et avait demandé à deux personnes résidentes si elles voulaient l'embrasser. L'une des deux personnes résidentes avait été secouée par l'incident.

La personne résidente n° 054 a été admise au foyer en 2015 avec de multiples diagnostics, et elle avait aussi des antécédents connus de comportement spécifique envers des personnes résidentes du foyer.

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, l'IAA n° 114 a indiqué que le matin d'une date spécifiée de 2016, la garde qui devait assurer la garde individuelle de la personne résidente n° 054 pour le quart de travail de jour est arrivée à 7 h 20. À son arrivée, la PSSP n° 103, qui assurait la surveillance individuelle de la personne résidente jusqu'à l'arrivée de la garde, est partie et a informé le personnel qu'elle partait maintenant. L'IAA n° 114 a pris la garde à part dans la salle des rapports, qui se trouve de l'autre côté du corridor en diagonale par rapport à la chambre de la personne résidente n° 054, pour faire un bref rapport à cette garde étant donné qu'elle n'avait jamais travaillé auparavant avec la personne résidente n° 054. Alors qu'elle commençait à faire son rapport à la garde, elles ont entendu la personne résidente n° 057 qui hurlait dans la salle à manger. Quand les membres du personnel sont arrivés dans la salle à manger, ils ont trouvé la personne résidente n° 054 nue devant la table des personnes résidentes n° 057 et 011, qui leur demandait si elles voulaient l'embrasser. La personne résidente n° 057 a été secouée par l'incident. L'IAA a immédiatement avisé de l'incident l'IA n° 103 par téléphone. L'IAA a de plus indiqué à l'inspectrice qu'elles font tout ce qu'elles peuvent pour empêcher la personne résidente de manifester des comportements sexuels inappropriés, mais qu'il y aura des situations où elles ne seront pas en mesure de superviser la personne résidente chaque seconde.

L'inspectrice n° 550 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 054 en place au moment de l'incident. Voici les interventions en place pour gérer le comportement sexuel inapproprié de la personne résidente :

- Avisez immédiatement la DDS ou une IA si vous voyez un comportement inapproprié.
- Respectez l'intimité de la personne résidente quand elle est en sécurité dans sa chambre.
- Assurez une surveillance constante – la personne résidente a une surveillance individuelle le jour, le soir et la nuit. Quand vous prenez votre période de repos, informez une ou un collègue de travail et assurez-vous que la personne résidente est dans sa chambre et surveillée. Veillez à ce que le motif de la surveillance individuelle soit communiqué à tout le personnel de chaque quart de travail.
- Veillez à ce que la personne résidente ne se trouve pas à côté du lit de personnes résidentes spécifiées dans des aires non surveillées. Quand la personne résidente est à la messe ou dans la salle à manger, assurez une surveillance.
- Enlevez la personne résidente d'une zone d'accès public quand son comportement est inacceptable.

Lors d'une entrevue, l'IA n° 103 a indiqué à l'inspectrice qu'immédiatement après avoir été informée de l'incident par l'IAA n° 114, elle avait envoyé à 7 h 50 un courriel décrivant l'incident à l'administratrice/responsable clinique.

L'administratrice/responsable clinique a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait lu le courriel de l'IA n° 103 à un certain moment le matin de la date à laquelle il avait été envoyé, et qu'elle avait répondu à 9 h 51 ce même matin. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur, car elle n'était pas sûre si l'incident était considéré comme un mauvais traitement d'ordre sexuel. Le lendemain, elle a décidé de faire rapport de l'incident au directeur à 11 h 55, d'une part car la mandataire spéciale de la personne résidente n° 057 était bouleversée par l'incident, et d'autre part parce qu'après avoir réfléchi un peu plus à l'incident elle avait décidé que l'on pourrait vraisemblablement le considérer comme un mauvais traitement d'ordre sexuel.

On n'a pas immédiatement fait rapport au directeur de cet incident de mauvais traitement d'ordre sexuel comme cela est indiqué dans l'AE n° 4; la politique du foyer ne contient pas d'explication sur l'obligation de faire rapport en application de l'article 24, ni sur les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements et de négligences envers des personnes résidentes comme on l'indique dans l'AE n° 3, et l'on n'a pas suivi la politique du foyer relative aux mauvais traitements comme on l'indique dans l'AE n° 3. Un ordre de conformité en application de l'article 19 de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8 a précédemment été émis le 27 juin 2015. L'ordre de conformité a été émis de nouveau et transmis au directeur le 30 septembre 2016, avec une date de conformité au 30 décembre 2016. [Paragraphe 19 (1)]

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 32 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Soins personnels**

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

Le 6 décembre 2016, l'inspectrice n° 551 a remarqué que la personne résidente n° 009 avait de longs poils faciaux au menton. L'inspectrice n° 550 a de nouveau observé la personne résidente le 16 décembre, et elle avait toujours de longs poils faciaux.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° 119 a indiqué à l'inspectrice n° 550 que l'on supprime les poils faciaux de la personne résidente n° 009 quand les PSSP voient que la personne résidente en a; on ne le fait pas sur une base régulière. La PSSP n° 120, qui est celle qui s'occupait de la personne résidente aujourd'hui, a indiqué qu'elle n'avait pas remarqué que la personne résidente avait de longs poils faciaux ce matin. La PSSP n° 121 a indiqué à l'inspectrice que l'on doit raser les poils faciaux de la personne résidente les jours où on lui donne un bain.

Une fiche des routines sur le tableau d'affichage de la salle des rapports de l'unité 3AB intitulée « Routine ASS de bain 7 h 15-15-15 » indiquait que le personnel devait regarder la liste des bains, couper et nettoyer les ongles des personnes résidentes non diabétiques, et raser les résidents et les résidentes au besoin.

D'après son programme de soins proprement dit, la personne résidente n° 009 doit avoir un bain ou une douche les dimanches et jeudis. La PSSP n° 119 a indiqué à l'inspectrice que c'est elle qui a donné un bain à la personne résidente n° 009 la veille, et qu'elle ne l'avait pas rasée parce qu'elle n'avait pas le temps. Elle a indiqué qu'elle était au courant que la fiche de la routine des bains affichée dans la salle des rapports à l'intention des aides qui donnent des bains aux personnes résidentes indiquait de raser les personnes résidentes au besoin les jours où on leur donne un bain.

Comme le montre ce qui précède, la personne résidente n° 009 n'a pas reçu quotidiennement des soins personnels individualisés, notamment des soins d'hygiène et de toilette. [Article 32]

AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10.**Techniques de transfert et de changement de position**

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires quand il assiste la personne résidente n° 058.

La personne résidente n° 058 réside au foyer depuis 2014. D'après son programme de soins écrit actuel, elle nécessite l'assistance de deux membres du personnel pour tous les transferts.

L'administratrice a pris connaissance d'un cas allégué de mauvais traitement de la personne résidente de la part d'un membre du personnel à une date spécifiée de 2016. Le cas allégué de mauvais traitement est censé avoir eu lieu au cours du quart de travail du soir à une autre date spécifiée de 2016, et impliquait la personne résidente n° 058 et le PSSP n° 139.

Le 22 décembre 2016, l'administratrice a déclaré que l'on avait interrogé le PSSP n° 139 au sujet de l'allégation de mauvais traitement à une date spécifiée de 2016. Au cours de l'entrevue, le PSSP n° 139 a raconté quand il avait prodigué des soins à la personne résidente n° 058 lors du quart de travail du soir d'une date spécifiée de 2016. Le PSSP a affirmé qu'il avait transféré la personne résidente tout seul plusieurs fois, en dépit du fait qu'il s'agissait d'une personne résidente nécessitant des transferts à l'aide de deux personnes, et notamment :

- Vers 16 h 45, le PSSP n° 139 avait transféré tout seul la personne résidente de son fauteuil relax à la toilette, et de nouveau sur le fauteuil relax jusque vers 16 h 55 quand la personne résidente avait été transférée par un membre du personnel du fauteuil relax au fauteuil roulant et qu'on l'avait amenée au dîner.
- Vers 18 h 15, le PSSP n° 139 avait transféré tout seul la personne résidente n° 058 du fauteuil roulant au fauteuil relax après le dîner.
- Vers 19 h 30 et 20 h 30, le PSSP n° 139 avait transféré tout seul la personne résidente n° 058 du fauteuil relax à la toilette.

La personne résidente n'avait pas subi de blessure par suite de la technique de transfert non sécuritaire.

L'administratrice a déclaré que la personne résidente aurait dû être transférée avec l'aide de deux membres du personnel conformément à l'évaluation de ses besoins. [Article 36]

AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 69 du Règl. de l'Ont. 79/10.**Changement de poids**

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

1. Un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois.
2. Un changement d'au moins 7,5 pour cent du poids corporel survenu sur trois mois.
3. Un changement d'au moins 10 pour cent du poids corporel survenu sur six mois.
4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'un résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 69.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 038 fût évaluée quand son poids a changé de plus de 5 pour cent (%) en un mois.

La personne résidente n° 038 a été admise au foyer en 2016. On a ordonné qu'elle suive un régime alimentaire à faible teneur en matière grasse et cholestérol. À une date spécifiée de 2016, la diététiste a rempli un outil d'évaluation du risque afférent aux soins alimentaires et à l'hydratation et a déterminé que la personne résidente courait un faible risque.

Au cours d'une période spécifiée d'un mois pendant l'été 2016, le poids de la personne résidente a chuté de 7,7 % (6,1 kg). Ce point a été confirmé en comparant les relevés de poids effectués à deux dates distinctes.

Le poids de la personne résidente n° 038 a été évalué par la diététiste à une date spécifiée de 2016, trois mois plus tard. À ce moment-là, le poids de la personne résidente avait continué de baisser de 1,2 % (0,9 kg) entre deux mois spécifiés, et de 1,4 % (1 kg) entre deux autres mois spécifiés. Le poids de la personne résidente n° 038 avait décliné de 9,1 % (7,2 kg) entre le début de la perte pondérale et l'évaluation faite par la diététiste deux mois plus tard. [Dispositions 69.1, 69.2, 69.3, 69.4]

AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 72 du Règl. de l'Ont. 79/10.**Préparation alimentaire**

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

Par. 72 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis en ayant recours à des méthodes qui :

- a) d'une part, préservent le goût, la valeur nutritive, l'apparence et la qualité des aliments; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 72 (3).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis en ayant recours à des méthodes qui préservent le goût, la valeur nutritive, l'apparence et la qualité des aliments.

Le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 a observé le service du petit déjeuner dans l'unité 2C. Lors de ce service, les personnes résidentes sont arrivées dans la salle à manger à divers moments. Vers 8 h 50, des aliments, notamment du gruau en purée, du pain en purée, des œufs, du bacon et des rôties étaient servis à l'avance dans des assiettes pour quatre personnes résidentes. Pour les personnes résidentes n° 021 et 048, les aliments servis à l'avance dans des assiettes étaient sur le comptoir de la desserte. Pour les deux autres personnes résidentes, n° 049 et 050, ils étaient mis à leur place à table. Dans le cas des personnes résidentes n° 049 et 050, on a servi les céréales sèches avec du lait avant qu'elles arrivent à la table. On a observé que les aliments chauds servis à l'avance dans des assiettes ont été conservés de la manière décrite ci-dessus pendant 13 à 25 minutes. L'inspectrice a remarqué que les repas susmentionnés ont été servis à l'avance dans des assiettes, car l'aide-diététiste avait quitté l'unité avec le chariot vers 8 h 50.

De plus, le 13 décembre 2016, l'inspectrice n° 148 a observé le service du déjeuner dans l'unité 2C. Comme on l'indique ailleurs dans ce rapport, le titulaire de permis ne fournissait pas un service de repas un plat après l'autre. L'inspectrice a remarqué que le plat principal chaud de la personne résidente n° 045 est resté sur la table pendant sept minutes sans source de chaleur. L'inspectrice a observé que la personne résidente n° 045 ne consommait pas la totalité du repas et n'en prenait que 50 % environ.

À cet égard, les aliments pour les personnes résidentes susmentionnées n'étaient pas entreposés ni servis d'une manière qui préserve leur apparence et leur qualité. [Alinéa 72 (3)a]

AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 85 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.

Sondage sur la satisfaction

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

Par. 85 (3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).

Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, le cas échéant, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Au cours d'une entrevue avec la présidente du conseil des résidents, on a indiqué que l'on n'avait pas présenté le sondage au conseil pour lui demander conseil pour mettre au point et réaliser le sondage.

L'inspectrice n° 148 s'est entretenue avec l'agente de liaison du conseil des résidents, qui est le membre du personnel n° 135 et qui est présente à chaque réunion du conseil des résidents. Après examen des procès-verbaux, le membre du personnel n° 135 a dit qu'elle ne pouvait pas se souvenir d'une fois où l'on avait soumis le sondage au conseil afin de lui demander conseil pour mettre au point et réaliser le sondage.

Le 16 décembre 2016, la présidente du conseil des familles a été interrogée, et a déclaré que le titulaire de permis n'avait pas demandé l'avis du conseil des familles pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction 2016 comme lors des années précédentes.

L'inspectrice n° 148 s'est également entretenue avec la directrice générale du foyer qui a indiqué que les plus récents sondages des personnes résidentes et des familles ont été mis en œuvre pendant l'été 2016, et qu'à sa connaissance on n'avait pas donné aux conseils la possibilité de fournir des conseils sur la mise au point et la réalisation du sondage. [Paragraphe 85 (3)]

**AE n° 17 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 104 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 23 (2) de la Loi**

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

Par. 104 (3) S'il n'est pas possible de fournir tout ce qu'exige le paragraphe (1) dans un rapport dans les 10 jours, le titulaire de permis fait un rapport préliminaire au directeur dans ce délai et lui présente un rapport final dans le délai que précise ce dernier. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 104 (3).

Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport final au directeur soit fourni dans un délai de 21 jours, comme l'indique l'article 104 du Règlement 79/10.

Concernant le registre n° 028563-16

Conformément au paragraphe 23 (2) de la LFSLD, à l'article 104 du Règlement et à la note de service du directeur datée du 28 mars 2012, le titulaire de permis doit faire rapport au directeur des résultats de toute enquête menée concernant le mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit, dans les 21 jours suivant la date à laquelle il a connaissance de l'incident.

À une date spécifiée de 2016, l'administratrice/responsable clinique a reçu un rapport de l'IA n° 134 et a ensuite interrogé la personne résidente n° 014. Au cours de l'entrevue, la personne résidente a indiqué à l'administratrice/responsable clinique que l'IAA n° 118 avait dit, d'une manière menaçante, que la personne résidente était raciste et que personne ne l'aimait, ce qui a causé de la détresse à la

personne résidente. La DDS et l'administratrice/responsable clinique ont toutes deux entrepris l'enquête du titulaire de permis sur le cas allégué d'incident de mauvais traitement d'ordre verbal. L'inspectrice n° 148 a confirmé auprès de la DDS du foyer que l'enquête avait été terminée treize jours plus tard, date à laquelle on a réintégré l'IAA dans ses tâches habituelles au foyer. L'enquête concluait qu'il n'y avait pas eu mauvais traitement.

L'administratrice/responsable clinique a soumis un rapport au directeur à la date à laquelle l'incident a eu lieu, rapport qui comprenait les premières mesures qui avaient été prises. Le rapport a été mis à jour par la DDS à une date spécifiée de 2016, trente-cinq jours plus tard, moment auquel on a fait rapport des résultats de l'enquête. Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire rapport des résultats de l'enquête dans un délai de 21 jours. [Paragraphe 104 (3)]

**AE n° 18 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 107 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Rapports : incidents graves**

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

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

**4. Sous réserve du paragraphe (3.1), un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé lorsque s'est produit un incident qui a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoquant un changement important dans l'état de santé de la personne résidente, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident.

Concernant le registre n° 015156-16

Un rapport a été fait au directeur à une date spécifiée de 2016, indiquant que la personne résidente n° 011 avait fait une chute pendant le quart de travail de nuit deux jours auparavant. Le rapport indiquait que la personne résidente avait été envoyée à l'hôpital aux fins d'évaluation et qu'elle était retournée le même soir avec une fracture.

Ces événements ont été confirmés par l'inspectrice lors d'entrevues du personnel et de l'examen du dossier médical de la personne résidente. Un examen du dossier médical de la personne résidente prouvait que les domaines de soins comme l'élimination, l'hygiène, les transferts et la locomotion étaient affectés par la lésion.

Le titulaire de permis n'a pas fait rapport, au plus tard un jour ouvrable après la survenue d'un incident qui avait causé une lésion à la personne résidente n° 001, lésion pour laquelle elle avait été transportée à l'hôpital et qui avait provoqué un changement important de son état de santé.
[Alinéa 107 (3) 4]

**AE n° 19 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 131 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Administration des médicaments**

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

Par. 131 (5) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (5).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec la personne résidente.

Lors de l'observation de la personne résidente le 19 décembre 2016, l'inspectrice n° 551 a remarqué qu'il y avait trois inhalateurs et un tube de crème protectrice sur la table de chevet de la chambre de la personne résidente n° 024.

Le 19 décembre à 16 h 42, l'inspectrice n° 550 a observé les médicaments suivants sur la table de chevet de la personne résidente n° 024 : trois inhalateurs différents et un médicament spécifique en aérosol.

Lors d'une entrevue, la personne résidente n° 024 a indiqué à l'inspectrice qu'elle s'administrait elle-même des inhalateurs depuis des années et qu'elle les garde dans sa chambre.

L'inspectrice a examiné les ordres du médecin dans les dossiers médicaux de la personne résidente n° 024, et elle a été incapable de trouver un ordre de médecin pour l'auto-administration de médicaments.

Lors d'une entrevue, l'IAA n° 114 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente s'administre les inhalateurs pro re nata, et qu'elle s'administre les inhalateurs qui sont prescrits sur une base régulière, en nommant un inhalateur précis. L'inspectrice a montré à l'IAA que la personne résidente n° 024 avait cet inhalateur précis dans sa chambre et qu'elle lui avait indiqué qu'elle se l'administrait elle-même. L'IAA n'était pas au courant que la personne résidente avait l'inhalateur spécifique dans sa chambre, mais elle savait que la personne résidente s'administrait elle-même deux des autres inhalateurs et le médicament en aérosol. Elle ne savait pas que la personne résidente n'avait pas d'ordre du médecin pour s'autoadministrer le médicament.



L'IA n° 103 a indiqué qu'elle n'était pas au courant que la personne résidente n° 024 n'avait pas un ordre de médecin pour s'autoadministrer ses inhalateurs. [Paragraphe 131 (5)]

Émis le 21 août 2017 (A2)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Original du rapport signé par l'inspectrice.



**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 du public de permis

Nom de l'inspectrice (n°) : JOANNE HENRIE (550) – (A2)

N° de l'inspection : 2017_619550_0004 (A2)

Registre n° : 013528-16 (A2)

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

Date(s) du rapport : 21 aout 2017; (A2)

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 15 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes :

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

Ordre :

Ordre est donné par les présentes au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. Le foyer doit élaborer un questionnaire de sécurité « évaluation des systèmes de lit » relatif aux risques que les lits présentent pour la sécurité; ce questionnaire doit comprendre toutes les questions pertinentes et une ligne directrice relative aux dangers que les lits présentent pour la sécurité qui se trouvent dans le document intitulé « Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities and Home Care Settings » (FDA américain, avril 2003) recommandé comme pratique couramment admise pour l'évaluation personnalisée des côtés de lit dans la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques*. Le questionnaire de sécurité doit inclure, au minimum, des questions auxquelles peuvent répondre les évaluatrices et évaluateurs et qui concernent ce qui suit : a. tandis que la personne résidente dort pendant une durée spécifique, établir ses habitudes, ses structures de sommeil, ses comportements et tout autre facteur pertinent avant le recours à tout côté de lit; et b. les solutions de rechange dont on a fait l'essai avant d'avoir recours à un ou à plusieurs côtés de lit, en documentant si la solution de rechange était efficace ou pas pendant une période d'observation.
2. Une équipe interdisciplinaire doit évaluer toutes les personnes résidentes qui utilisent un côté de lit ou plus à l'aide du questionnaire de sécurité « évaluation des systèmes de lit », et documenter les résultats et recommandations pour chaque personne résidente ainsi que les mesures prises.
3. Une équipe interdisciplinaire doit réévaluer toutes les personnes résidentes qui utilisent un ou plusieurs côtés de lit si l'on a changé le lit de la personne résidente et si toute partie du lit a été modifiée, et notamment les côtés de lit et/ou le matelas.
4. On doit refaire les mesures prises pour prévenir le coincement des personnes résidentes, en tenant compte de toutes les possibilités de coincement existantes quand on a changé le lit de la personne résidente ou modifié

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*

toute partie de celui-ci, et notamment les côtés de lit et/ou le matelas. 5. Elaborer et mettre en œuvre, à l'intention du personnel, des familles et des personnes résidentes, un enseignement et des trousseaux d'information mentionnant les règlements et les pratiques couramment admises qui régissent les lits d'hôpitaux pour adultes en Ontario, les risques inhérents à l'utilisation des côtés de lit, si les lits réussissent l'essai des zones présentant un risque de coincement ou s'ils y échouent, le rôle du mandataire spécial et du titulaire de permis concernant l'évaluation de la personne résidente et tous autres mythes et réalités pertinents concernant les systèmes de lit et l'utilisation des côtés de lit.

Motifs :

1. 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'il pose pour la personne résidente;
 - b) des mesures sont prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;
 - c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité.

Le 21 août 2012, un avis a été émis, par la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'intention des administratrices et administrateurs de foyers de soins de longue durée, faisant mention d'un document produit par Santé Canada (SC) intitulé « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » 2008 (ligne directrice de SC). L'avis mentionnait que l'on s'attendait à ce que cette ligne directrice de SC soit utilisée « comme un document de pratiques exemplaires ». Elle comportait le titre de deux autres documents d'accompagnement publiés par le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA) aux États-Unis. Ces documents d'accompagnement, cités dans la ligne directrice de SC, sont qualifiés de « ressources utiles » et mentionnent les pratiques en vigueur concernant l'utilisation des côtés de lit.

Les pratiques en vigueur sont des pratiques prédominantes, généralement admises et répandues que l'on utilise comme fondement des prises de décision cliniques. L'un des documents d'accompagnement est intitulé « Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities and Home Care Settings, 2003 » (FDA américain). Ce document fournit une orientation nécessaire quand on effectue une évaluation clinique si l'on utilise des côtés de lit. Dans ce document, on recommande de prendre toute décision concernant les côtés de lit dans le contexte d'une évaluation personnalisée de la personne résidente, pour évaluer le risque relatif que représente, pour chaque personne résidente, l'utilisation des côtés de lit comparé à leur non-utilisation. Cette marche à suivre implique de faire une comparaison entre l'éventualité de blessure ou de décès en cas d'utilisation ou de non-utilisation de côtés de lit, et les avantages pour la personne résidente. L'évaluation doit être effectuée par une équipe interdisciplinaire en tenant compte de nombreux facteurs, dont les besoins médicaux de la personne résidente, ses habitudes et sa structure de sommeil, l'environnement dans lequel elle dort, son confort au lit, et les risques éventuels en matière de sécurité que constitue l'utilisation d'un ou de plusieurs côtés de lit. Le document indique que

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*

si les interventions cliniques et environnementales se sont avérées infructueuses pour répondre aux besoins évalués de la personne résidente, ou si l'on a déterminé que le risque d'utilisation des côtés de lit est moindre que celui de faire des interventions ou de s'abstenir d'utiliser des côtés de lit, on peut en utiliser. Le document indique de plus que l'évaluation du rapport risque-avantage, qui définit la raison pour laquelle d'autres interventions en matière de soins ne sont pas pertinentes ni efficaces, doit être documentée dans le dossier médical de la personne résidente. La décision d'utiliser des côtés de lit doit être approuvée par l'équipe interdisciplinaire, et l'on doit revoir régulièrement leur efficacité.

La Résidence Saint-Louis est un foyer de 198 lits.

Le 6 décembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que le matelas de la personne résidente n° 021 était plus court que la plateforme du cadre de lit, et qu'il y avait de l'espace entre le matelas et le pied du lit. L'inspectrice n° 211 a informé la directrice générale que l'IAA n° 102 a confirmé que le lit de la personne résidente comportait une possibilité de coincement (zone 7) entre l'extrémité du matelas et le pied du lit. Le 6 décembre 2016, l'inspectrice n° 551 a remarqué qu'il y avait des espaces entre l'extrémité du matelas et la tête du lit des personnes résidentes n° 008, 011, 018, et des espaces entre le matelas et le pied du lit des personnes résidentes n° 009, 014, 021, 036 et 040. La personne résidente n° 014 a informé l'inspectrice n° 551 que son matelas glissait jusqu'à ce qu'elle place des traversins maison entre l'extrémité du matelas et le pied du lit.

Le 7 décembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que le matelas de la personne résidente n° 021 s'ajustait à la plateforme du cadre du lit et qu'il n'y avait pas d'espace entre le matelas et le pied du lit.

L'inspectrice n° 211 a remarqué qu'un revêtement de plastique recouvrait les deux demi-côtés de lit gauche. L'inspectrice n° 211 a été informée par le coordinateur des services auxiliaires que l'on avait changé le matelas et le cadre de lit de la personne résidente n° 021 le 6 décembre 2016.

Le 7 décembre 2016, l'inspectrice n° 551 a fourni à l'administratrice/responsable clinique la liste des noms de personnes résidentes pour lesquelles on avait trouvé, le 6 décembre 2016, des espaces entre l'extrémité du matelas et/ou la tête ou le pied du lit.

Le 7 décembre 2016, un courriel envoyé par l'administratrice à la directrice générale et à la DDS indiquait que l'administratrice avait vérifié les six matelas mentionnés par l'inspectrice n° 551 comme étant trop courts pour le cadre de lit des personnes résidentes, et qu'elle reconnaissait que les matelas des personnes résidentes suivantes étaient trop courts :

- Le matelas de la personne résidente n° 008 a un espace de 4 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 036 a un espace de 3 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 009 a un espace de 4 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 014 a un espace de 4 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 040 a un espace de 3 pouces
- Le matelas de la personne résidente n° 018 a un espace de 3 pouces

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.Q. 2007, chap. 8*

Le 13 décembre 2016, le coordonnateur des services auxiliaires a fourni à l'inspectrice n° 550 la liste de l'audit des lits effectué à l'automne 2015. Le document indiquait que tous les systèmes de lit avaient été évalués et qu'on leur avait donné une note insuffisante, car une ou plusieurs des zones présentant un risque potentiel de coincement avaient échoué le test des limites dimensionnelles, et constituaient par conséquent des risques de coincement. La vérification indiquait que les lits identifiés n'avaient pas satisfait aux critères dans différentes zones identifiées, dans les zones 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, respectivement.

Un examen du document de Santé Canada (SC) intitulé « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » 2008 (ligne directrice de SC) mentionnait les différentes zones de coincement comme suit :

- Zone 1 – Coincement entre les barreaux du côté de lit
- Zone 2 – Coincement sous le côté de lit, entre les montants du côté de lit ou à côté d'un seul montant du côté de lit
- Zone 3 – Coincement entre le côté de lit et le matelas
- Zone 4 – Coincement sous le côté de lit, à l'extrémité du côté de lit
- Zone 5 – Coincement entre les demi-côtés de lit
- Zone 6 – Coincement entre l'extrémité du côté de lit et le côté de la tête ou du pied de lit
- Zone 7 – Coincement entre la tête et le pied de lit et l'extrémité du matelas

Le 16 décembre 2016, la superviseure des services auxiliaires a fourni une liste de suivi (révisée le 16 décembre 2016). La liste indique que le foyer utilise cinq types de lits différents : électrique Hill Rom, électrique Bertec, électrique DMI, MC Healthcare, à profil bas Arjo. La liste mentionnait également cinq types différents de côtés de lit actuellement utilisés dans le foyer.

L'audit 2015 du foyer et le suivi des systèmes de lit, révisés le 16 décembre 2016, mentionnaient que les zones de coincement pour les personnes résidentes étaient les suivantes :

- Lit de la personne résidente n° 008 – échec pour les zones 2, 3, 6 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 009 – échec pour les zones 1 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 011 – échec pour les zones 4, 5 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 014 – échec pour les zones 6 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 018 – échec pour les zones 4 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 021 – échec pour les zones 2, 3, 4, 5, 6 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 036 – échec pour les zones 1 et 7.
- Lit de la personne résidente n° 040 – échec pour les zones 2, 3 et 6.

Lors d'une entrevue le 14 décembre 2016, la superviseure des services auxiliaires a reconnu que l'on n'avait pas pris de mesures pour prévenir le coincement de la personne résidente dont il est fait mention dans l'audit de l'automne 2015.

Lors d'une entrevue le 14 décembre 2016, la DDS a déclaré que l'équipe de coordination des services auxiliaires du foyer avait reçu à l'automne 2015 une formation relative aux incidents de coincement donnée par la compagnie Cardinal Health. La compagnie leur avait dit que son enseignement se fondait sur la ligne directrice canadienne en matière de coincement.

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*

Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, le coordonnateur des services auxiliaires a indiqué que la superviseuse de l'équipe des services auxiliaires avait fait une évaluation des zones de coincement de tous les lits du foyer. L'outil pour mesurer les zones de coincement avait été emprunté à la compagnie Cardinal Health et lui avait été renvoyé après l'évaluation des lits. L'audit des coincements a été terminé en novembre 2015, et il indiquait que tous les lits du foyer avaient échoué à l'essai d'une ou de plusieurs zones de coincement. Le foyer avait commandé 108 nouveaux matelas le 17 décembre 2015, et les avait reçus entre le 19 janvier et le 3 février 2016. Les 108 nouveaux matelas avaient servi à remplacer les vieux matelas qui avaient échoué à l'essai de zone de coincement. Le foyer avait commandé un second lot de 90 matelas le 1^{er} décembre 2016 et les avait reçus le 6 décembre 2016. Un troisième lot de sept matelas neufs avait été commandé le 12 décembre et reçu le 14. Le coordonnateur des services auxiliaires a expliqué que l'on n'avait pas évalué les systèmes de lit après avoir remplacé les vieux matelas par des matelas neufs afin de minimiser le risque de coincement, étant donné que le foyer n'a pas de trousse d'instruments de mesure pour évaluer les zones de coincement.

Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, le coordonnateur des services auxiliaires a déclaré que le titulaire de permis avait utilisé un cadre de lit désigné comme modèle et un des nouveaux matelas reçus en 2016, pour faire l'évaluation et pour veiller à résoudre les problèmes de zone 2 définie comme étant l'une des zones présentant la plus grande possibilité de coincement. Le coordonnateur des services auxiliaires a reconnu que le modèle susmentionné n'était pas suffisant pour évaluer le risque que présentaient les zones de coincement, étant donné que le foyer avait différents types de cadres de lit et que les matelas reçus de janvier au 14 décembre 2016 avaient des longueurs différentes.

Le 14 décembre 2016, un examen des dossiers médicaux des personnes résidentes suivantes indiquait ce qui suit :

La personne résidente n° 008 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 008 était relevé, et elle n'était pas dans le lit. Des entrevues avec le PSSP n° 123 et l'IA n° 122, le 15 décembre 2016, indiquaient que la personne résidente n° 008 était en mesure de sortir de son lit par ses propres moyens, et que le côté de lit de pleine longueur gauche placé du côté du mur de la chambre de la personne résidente visait à l'empêcher de tomber entre le lit et le mur.

La personne résidente n° 009 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 008 était relevé alors qu'elle était au lit. Une entrevue avec la personne résidente n° 009 le 16 décembre 2016 indiquait qu'elle avait demandé à avoir le côté de lit de pleine longueur gauche relevé pour sa sécurité. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, la PSSP n° 119 a déclaré que le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 009 était relevé, mais qu'habituellement il ne l'est pas. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, l'IA n° 124 a déclaré que le côté de lit de pleine longueur gauche de la personne résidente n° 009 était

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*

relevé pour sa sécurité et pour prévenir une chute. L'IA n° 124 a indiqué que ce côté de lit aurait dû figurer dans le programme de soins actuel de la personne résidente.

La personne résidente n° 011 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel indiquait qu'elle utilisait deux côtés de lit d'une demi-longueur pour l'aider à se repositionner. Les données du MDS sur la résidente indiquaient, à une date précise de 2016, qu'elle utilisait des côtés de lit de pleine longueur tous les jours. Le 16 décembre 2016, la personne résidente n° 011 avait les deux côtés de lit supérieurs d'un quart de longueur relevés. Elle n'était pas dans le lit. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, la PSSP n° 119 a déclaré que les deux côtés de lit supérieurs d'un quart de longueur du lit de la personne résidente n° 011 étaient relevés pendant la nuit et lorsqu'elle était allongée dans son lit. Lors d'une entrevue le 16 décembre 2016, l'IA n° 124 a déclaré que la personne résidente n° 011 utilisait les deux côtés de lit d'un quart de longueur pour se repositionner quand elle était dans le lit.

La personne résidente n° 014 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 16 décembre 2016, la personne résidente n° 014 avait le côté de lit de pleine longueur droit relevé alors qu'elle était dans le lit. Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, elle a indiqué qu'elle a besoin que le côté de lit de pleine longueur droit soit relevé quand elle est dans le lit. Lors d'entrevues le 16 décembre 2016, la PSSP n° 119 et l'IA n° 124 ont déclaré que le côté de lit de pleine longueur droit est relevé à la demande de la personne résidente n° 014 pour des motifs personnels.

La personne résidente n° 018 a été admise au foyer en 2010 avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel indiquait qu'il faut la tourner et la repositionner toutes les deux heures en raison de la diminution de sa mobilité. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle utilisait des côtés de lit de pleine longueur tous les jours. Le 15 décembre 2016, le côté de lit gauche d'un quart de longueur de la personne résidente n° 018 était relevé du côté du mur de la chambre sans que la personne résidente soit dans le lit. Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, la PSSP n° 130 a indiqué que la personne résidente n° 018 utilisait le côté de lit gauche d'un quart de longueur du côté du mur de sa chambre pour se repositionner quand elle était dans le lit.

La personne résidente n° 021 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision trimestrielle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, la personne résidente n° 021 avait les deux côtés de lit gauche d'un quart de longueur relevés et couverts d'un parechoc en plastique. Lors d'entrevues le 16 décembre 2016, la PSSP n° 131 et l'IAA n° 105 ont déclaré que les quatre côtés de lit d'un quart de longueur de chaque côté du lit de la personne résidente étaient relevés pendant la nuit pour l'empêcher de faire une chute. La PSSP n° 131 a indiqué que les deux côtés de lit gauche d'un quart de longueur étaient abaissés après qu'elle eût transféré la personne résidente du lit au fauteuil roulant. Le parechoc des deux côtés de lit gauche d'un quart de longueur visait à empêcher la personne résidente de se heurter les jambes sur les côtés de lit gauche.

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° 036 a été admise avec plusieurs problèmes de santé. Son programme de soins actuel n'indiquait pas qu'elle utilisait des côtés de lit. L'évaluation de la personne résidente lors de la révision annuelle du MDS à une date précise de 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, la personne résidente n° 036 avait le côté de lit gauche d'une longueur d'un quart relevé sans qu'elle soit dans le lit. Lors d'entrevues le 15 décembre 2016, le PSSP n° 123 et l'IAA n° 122 ont déclaré que la personne résidente n° 036 était en mesure de sortir de son lit par ses propres moyens et que le côté de lit gauche d'un quart de longueur était relevé du côté du mur de la chambre de la personne résidente pour l'empêcher de tomber entre le lit et le mur.

La personne résidente n° 040 a été admise avec un diagnostic de démence et d'autres problèmes de santé. Son programme de soins actuel indiquait qu'elle utilise ses côtés de lit et que le personnel doit l'encourager pour qu'elle se repositionne. L'évaluation trimestrielle de la personne résidente dans le MDS le 22 novembre 2016 indiquait qu'elle n'utilisait pas de côtés de lit de pleine longueur ou d'autres types. Le 15 décembre 2016, la personne résidente n° 040 avait le côté de lit de pleine longueur gauche relevé du côté du mur de sa chambre alors qu'elle était dans le lit. Lors d'une entrevue le 15 décembre 2016, le PSSP n° 125 a déclaré que la personne résidente n° 040 utilisait les deux côtés de lit de pleine longueur pour l'empêcher de faire une chute quand elle était au lit.

L'observation et l'examen des dossiers médicaux des personnes résidentes susmentionnées, de leur programme de soins actuel, et de leur plus récente évaluation trimestrielle (MDS) indiquaient qu'il y avait des renseignements contradictoires concernant l'utilisation des côtés de lit.

Un examen de la liste du 19 décembre 2016 de la superviseure des services auxiliaires indiquait que l'on avait changé des lits ou des matelas aux dates suivantes :

- Les matelas des personnes résidentes n° 008, 009, 036 et 040 ont été remplacés entre les 7, 8 et 9 décembre 2016.
- Le matelas de la personne résidente n° 11 a été remplacé le 15 décembre 2016.
- Le cadre de lit et un matelas de 84 pouces de la personne résidente n° 014 ont été remplacés le 14 décembre 2016.
- Le matelas de 84 pouces de la personne résidente n° 018 a été remplacé le 15 décembre 2016.
- Le matelas de la personne résidente n° 021 a été remplacé le 6 décembre 2016, et le cadre de lit a été remplacé le 7 décembre 2016 parce que le matelas était trop court.

Le 14 décembre 2016, l'administratrice/responsable clinique et la superviseure des services auxiliaires ont révélé qu'après avoir effectué des changements aux systèmes de lit susmentionnés, on n'avait pris aucune mesure pour évaluer les nouveaux systèmes de lit. On ne l'avait pas fait parce que le foyer ne possédait pas de trousse d'instruments de mesure pour évaluer les zones de coincement. La directrice générale a indiqué que le foyer commandait actuellement la trousse d'instruments de mesure pour évaluer tous les lits du foyer.

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*

Au cours de l'inspection et d'une entrevue avec le coordonnateur des services auxiliaires le 15 décembre 2016, on a déterminé qu'après l'audit de 2015, quand on a apporté des changements aux systèmes de lit des personnes résidentes, comme un changement de matelas ou de côtés de lit, de janvier au 14 décembre 2016, le foyer n'avait pas de marche à suivre en place pour veiller à ce que le nouveau système de lit résultant des changements fût évalué conformément à des pratiques fondées sur des données probantes, étant donné que le foyer n'avait pas l'outil pour évaluer le coincement afin de minimiser le risque pour les personnes résidentes.

Lors d'une entrevue le 19 décembre 2016, la superviseuse des services auxiliaires a confirmé que le système de liste de suivi examiné le 16 décembre 2016 ne mentionne pas la date à laquelle on avait échangé un vieux matelas contre un nouveau pour chacun des lits pendant la période de janvier à décembre 2016, à l'exclusion des lits récents qui ont été reçus du 7 au 15 décembre 2016. Le système de suivi ne mentionne pas les dates des modifications apportées aux côtés de lit. La marche à suivre ne garde pas de trace des transferts internes de personnes résidentes et si les systèmes de lit ont été changés.

Le 19 décembre 2016, la DDS et la directrice générale ont reconnu que le titulaire de permis n'a pas de marche à suivre pour :

- évaluer le système de lit d'une personne résidente si l'on utilise des côtés de lit pour minimiser le risque pour la personne résidente,
- enseigner au personnel la façon d'évaluer le système de lit de la personne résidente si l'on utilise des côtés de lit pour minimiser le risque pour la personne résidente,
- fournir, à l'intention du personnel, des familles et des personnes résidentes, des trousseaux d'information mentionnant les règlements et les pratiques couramment admises qui régissent les lits d'hôpitaux pour adultes en Ontario, les risques inhérents à l'utilisation des côtés de lit, si les lits réussissent l'essai des zones présentant un risque de coincement ou s'ils y échouent, le rôle du mandataire spécial et du titulaire de permis concernant l'évaluation de la personne résidente et tous les autres mythes et réalités pertinents concernant les systèmes de lit et l'utilisation des côtés de lit.

On a déterminé que la gravité du préjudice découlant de l'évaluation du lit d'une personne résidente et du risque de possibilités de coincement constituait un « risque potentiel de préjudice réel ». On a défini que la portée en était « vaste », car les personnes résidentes qui utilisent des côtés de lit n'ont pas été évaluées, que les systèmes de lit ne l'ont pas été non plus, et que l'on n'avait pas pris en considération des mesures pour prévenir le coincement des personnes résidentes. (211)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 13 octobre 2017 (A2)

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



**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*

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.

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 21 août 2017

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joanne Henrie

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa