



**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***

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

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

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 du public**

**Date du rapport**  
9 novembre 2017

**Numéro d'inspection**  
2017\_548592\_0021

**N° de registre**  
004061-17, 009996-17,  
011815-17, 016390-17,  
016391-17, 0163-96-17,  
016398-17, 016399-17,  
016401-17

**Type d'inspection**  
Suivi

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

**Foyer de soins de longue durée**  
RÉSIDENCE SAINT-LOUIS  
879, CHEMIN PARC HIAWATHA, OTTAWA ON K1C2Z6

**Nom des inspectrices**  
MELANIE SARRAZIN (592), JOANNE HENRIE (550)

**Résumé de l'inspection**



**Il s'agit d'une inspection de suivi.**

**Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 5, 6, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19 et 20 octobre 2017.**

**Cette inspection a eu lieu pour effectuer un suivi de sept ordres de conformité (OC) :**

**OC n° 001, registre 016401-17, précédemment émis le 28 juin et modifié le 18 juillet 2017.**

**L'ordre de conformité a été émis par suite d'un non-respect relativement aux ascenseurs du foyer qui n'étaient pas équipés pour empêcher les personnes résidentes d'avoir accès au sous-sol.**

**OC n° 002, registre 016398-17, précédemment émis le 28 juin et modifié le 18 juillet 2017.**

**L'ordre de conformité a été émis par suite d'un non-respect relativement aux choix indiqués au menu planifié qui n'étaient pas offerts et disponibles à chaque repas et collation.**

**OC n° 003, registre 016396-17, précédemment émis le 28 juin et modifié le 18 juillet 2017.**

**L'ordre de conformité a été émis par suite d'un non-respect relativement à la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes.**

**OC n° 004, registre 016391-17, précédemment émis le 28 juin et modifié le 18 juillet 2017.**

**L'ordre de conformité a été émis par suite d'un non-respect relativement à la directrice ou au directeur des soins infirmiers et des soins personnels.**

**OC n° 005, registre 016390-17, précédemment émis le 28 juin et modifié le 18 juillet 2017.**

**L'ordre de conformité a été émis par suite d'un non-respect relativement au programme de soins des personnes résidentes.**

**OC n° 006, registre 016399-17, précédemment émis le 28 juin et modifié le 18 juillet 2017.**

**L'ordre de conformité a été émis par suite d'un non-respect relativement à l'assistance pour manger et boire pendant les repas.**

**OC n° 001, registre 004061-17, précédemment émis le 28 juin et modifié le 18 juillet 2017.**

**L'ordre de conformité a été émis par suite d'un non-respect relativement aux côtés de lit.**

**Les inspections suivantes relativement à un incident critique et à une plainte ont également eu lieu pendant cette inspection de suivi : Registres n° 009996-17, n° 011815-17 et n° 013845-17.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membres de familles, bénévoles, aide-ménagère/aide-ménager, aides-diététistes, personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), membres du personnel infirmier autorisé (IA), ergothérapeute, superviseure/superviseur des services de l'environnement, diététiste agréé(e), chef du service d'alimentation, coordonnatrices/coordonnateurs des soins aux personnes résidentes, directrice/directeur des soins intérimaire (DDSI), directrice/directeur des soins (DDS), et administratrice/directrice générale.**



**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***

**Au cours de l'inspection, les inspectrices ont fait une visite des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et marches à suivre pertinentes du titulaire de permis relatives à la prévention des chutes et à la réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention, ainsi que des documents concernant les systèmes de lit du foyer et des évaluations de personnes résidentes relativement à l'utilisation des côtés de lit, et des menus affichés. Les inspectrices ont observé des chambres de personnes résidentes, les aires communes des personnes résidentes, le service des repas, la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, ainsi que les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes.**

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

**Observation de la restauration**

**Prévention des chutes**

**Recours minimal à la contention**

**Services de soutien personnel**

**Foyer sûr et sécuritaire**

**Effectif suffisant**

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

**5 AE**

**2 PRV**

**2 OC**

**0 RD**

**0 OTA**



Au moment de cette inspection, les non-respects aux ordres émis antérieurement avaient été corrigés :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° D'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE
Règl. de l'Ont.79/10 art. 10	AE	2017_618211_0008	592
Règl. de l'Ont.79/10 par.10 (1)	OC n° 001	2017_618211_0008	592
Règl. de l'Ont.79/10 art. 24	AE	2017_618211_0008	592
Règl. de l'Ont.79/10 par. 24 (2)	OC n° 005	2017_618211_0008	592
LFSLD 2007, L.O.2007, chap. 8 par. 29. (1)	OC n° 003	2017_618211_0008	550
LFSLD 2007, L.O.2007, chap. 8 art. 71.	AE	2017_618211_0008	592
LFSLD 2007, L.O.2007, chap. 8 art. 71.	OC n° 004	2017_618211_0008	592
Règl. de l'Ont.79/10 art. 73	AE	2017_618211_0008	592
Règl. de l'Ont.79/10 par. 73 (2)	OC n° 006	2017_618211_0008	592

### 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 au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 15. Côtés de lit**

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

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

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

**Constatations :**

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés :
- b) des mesures soient prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;

On a remarqué que le foyer ne se conformait pas au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1) lorsque des côtés de lit sont utilisés dans le foyer, pendant l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes effectuée le 18 avril 2017. Un ordre de conformité a été émis avec une date de conformité au 30 mai 2017. Conformément à sa demande, on a accordé au foyer une prolongation avec une nouvelle date de conformité au 31 août 2017. De plus, à sa demande, on a accordé au foyer une deuxième prolongation avec une nouvelle date de conformité au 13 octobre 2017.

Il convient de remarquer que l'ordre comportait cinq critères auxquels le titulaire de permis devait se conformer.

Les critères 1a et 1b consistaient à élaborer un questionnaire de sécurité « Bed System Assessment » (évaluation des systèmes de lit) concernant les risques pour la sécurité, y compris toutes les questions et tous les conseils pertinents relativement aux dangers que présentent les lits pour la sécurité, conseils que l'on trouve dans le document *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Homes, and Home Care Settings* (FDA des États-Unis, avril 2003) recommandé dans la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage et autres risques* comme pratique couramment admise pour l'évaluation personnalisée des côtés de lit. Le questionnaire de sécurité devait contenir des questions auxquelles les évaluatrices et évaluateurs devaient répondre concernant : a. lorsque la



personne résidente dort pendant une durée déterminée, établir ses habitudes, sa structure de sommeil, ses comportements et autres facteurs pertinents avant d'avoir recours à un ou plusieurs côtés de lit; et b. indiquer les solutions de rechange dont on avait fait l'essai avant d'utiliser un ou plusieurs côtés de lit, et documenter si la solution de rechange était efficace ou pas pendant une période d'observation.

Le critère 2 consistait à faire évaluer toutes les personnes résidentes identifiées comme ayant un ou plusieurs côtés de lit par une équipe interdisciplinaire à l'aide du questionnaire de sécurité « évaluation des systèmes de lit » et à documenter les résultats et recommandations pour chaque personne résidente ainsi que les mesures qui avaient été prises.

Le critère 3 consistait à ce que l'équipe interdisciplinaire réévalue toutes les personnes résidentes qui utilisaient un ou plusieurs côtés de lit, si l'on avait changé le lit de la personne et si l'on avait modifié un élément du lit, notamment les côtés de lit ou bien le matelas ou les deux.

Le critère 4 consistait à ce que le foyer prenne ou reprenne des mesures pour prévenir le coincement des personnes résidentes en tenant compte de toutes les possibilités de coincement existantes quand on avait changé des lits de personne résidente ou modifié tout élément du lit, notamment les côtés de lit ou le matelas ou les deux.

Le critère 5 consistait à élaborer et mettre en œuvre, à l'intention du personnel, des familles et des personnes résidentes, une trousse de sensibilisation et 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 ont réussi ou échoué le test des zones de piégeage, le rôle de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial et du titulaire de permis relativement aux évaluations de la personne résidente et tous autres mythes ou réalités pertinents concernant les systèmes de lit et l'utilisation des côtés de lit.

Le titulaire de permis a satisfait aux critères 1a et b, 2, 3 et 5.

Il n'a pas satisfait au critère 4 comme on le décrit ci-dessous.

Une inspection de suivi a été effectuée le 18 octobre 2017.

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 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) et intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques, 2008* (ligne directrice de SC). Dans l'avis, on mentionne que cette ligne directrice de SC devrait servir de « document présentant des pratiques exemplaires ». La ligne directrice de SC comporte le titre de deux autres documents d'accompagnement publiés par le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA) des États-Unis. Ces documents d'accompagnement, cités dans la ligne directrice de SC, sont



qualifiés de « ressources utiles » et mentionnent les pratiques couramment admises en matière d'utilisation des côtés de lit.

On entend par pratiques couramment admises des pratiques prédominantes, généralement admises et répandues qui servent de fondement aux 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 des États-Unis). 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 de côtés de lit comparée à leur non-utilisation. Ce processus implique de faire une comparaison entre l'éventualité de blessure ou de décès en cas d'utilisation ou de non-utilisation des 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, 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 utiliser des côtés de lit. 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.

Lors d'un entretien, le 18 octobre 2017, l'administratrice a déclaré à l'inspectrice qu'à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, le foyer avait créé un questionnaire de sécurité intitulé « Bed System Assessment » (évaluation des systèmes de lit) concernant les risques que présentaient les lits pour la sécurité, et comprenant toutes les questions et tous les conseils pertinents relativement aux dangers que présentent les lits pour la sécurité, que toutes les personnes résidentes avaient été évaluées à l'aide d'un formulaire intitulé « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) qui se trouvait dans le système logiciel du foyer. L'administratrice a indiqué en outre que, lors de l'admission d'une nouvelle personne résidente, on lui fournit un lit sans côtés de lit jusqu'à ce que l'on termine l'évaluation de la personne résidente et de la sécurité du système de lit. Elle a indiqué de plus qu'après obtention des résultats de l'évaluation, les solutions de rechange particulières et l'équipement requis seront fondés sur les besoins individuels de la personne résidente. L'administratrice a également indiqué que l'on trouvera au besoin dans les notes d'évolution de la personne résidente des renseignements complémentaires sur les modifications apportées à son lit, ainsi que les sujets d'inquiétudes et l'autorisation de la famille. Au

cours de l'entretien, l'administratrice a indiqué que l'on avait fait l'essai et l'évaluation de 198 lits relativement aux zones présentant un danger de coincement, que l'on avait jeté certains lits à la suite des résultats des essais et acheté un total de 67 lits pour les remplacer. Elle a en outre indiqué que l'on avait offert de la sensibilisation au personnel, aux personnes résidentes et aux membres des familles pour préciser les règlements et les pratiques couramment admises qui régissent les lits d'hôpitaux pour adultes, le risque de l'utilisation des côtés de lit, et si les lits réussissent ou échouent à l'essai des zones de coincement.

La coordonnatrice/le coordonnateur des services auxiliaires a fourni à l'inspectrice un tableur pour le suivi des lits ayant fait l'objet d'un essai et pour le suivi des essais des zones de coincement. Le tableur mentionne 198 lits, en indiquant ce qui suit : numéros de chambre, noms des personnes résidentes, numéros de lit, type de lit, type de côté de lit utilisé, zone de coincement (essai réussi ou échoué), type de matelas, commentaires, réévaluation et suivi de pré-admission. La coordonnatrice/le coordonnateur a indiqué que la lettre F était le codage utilisé pour indiquer un échec à une zone de coincement particulière. Il/elle a en outre indiqué que si on laissait des cases vides dans la section des zones, cela signifiait que l'essai de la zone avait réussi.

Un examen du document de Santé Canada (SC) intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques, 2008* (ligne directrice de SC) identifiait 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 ou le pied de lit et l'extrémité du matelas.

Lors d'un examen de la feuille de suivi du foyer, on remarquait que 16 lits étaient identifiés par la lettre F dans les cases de l'évaluation des zones de coincement (réussite ou échec).

Le tableur indiquait que :

Cinq lits étaient identifiés par la lettre F pour la zone 7.

Quatre lits étaient identifiés par la lettre F pour la zone 6.

Un lit était identifié par la lettre F pour la zone 3.

Neuf lits étaient identifiés par la lettre F pour la zone 2.

Un lit était identifié par la lettre F pour la zone 1.



Le tableur indiquait également que le foyer avait huit surfaces thérapeutiques pneumatiques utilisées, les cases vides sous la mention du risque de coincement de la zone indiquant que la zone de coincement avait réussi le test.

Conformément à la ligne directrice de Santé Canada, les systèmes de lit avec surfaces thérapeutiques pneumatiques sont exempts des essais prescrits pour les zones 2 à 4 en raison de la nature fortement compressible des matelas.

Le 19 octobre 2017, l'inspectrice 592 a fait un examen des dossiers médicaux de trois personnes résidentes dont on mentionnait que le lit avait échoué à l'essai de zone de coincement.

On indiquait que le lit de la personne résidente 028 avait échoué à l'essai des zones 1, 2, 3 et 6.

La personne résidente 028 a été admise au foyer en 2015 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics, comme de l'arthrite et des épisodes dépressifs. L'évaluation « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) effectuée à une certaine date, indiquait que la personne résidente avait un certain lit à hauteur variable avec quatre côtés de lit, et qu'elle n'en utilise qu'un. Le questionnaire sur la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit indiquait de plus un « oui » à la question 2, qui consiste à évaluer le niveau de risque pour les côtés de lit et les blessures, car la personne résidente est sujette à de l'agitation, à de l'épilepsie ou à d'autres mouvements involontaires, ce qui peut provoquer un coincement. Le programme de soins en vigueur indiquait que la personne résidente choisissait de garder les côtés de lit pour se sentir en sécurité en utilisant un côté de lit d'un quart de longueur et en laissant les trois autres abaissés.

Le 20 octobre 2017, l'inspectrice 592 a observé le lit de la personne résidente 028 avec un côté de lit d'un quart de longueur en position relevée. On remarquait qu'il y avait un espace de cinq pouces entre le cadre du lit et le côté de lit (zone 2).

Le lit de la personne résidente 027 était mentionné comme ayant échoué à l'essai de la zone 2.

La personne résidente 027 avait été admise au foyer en 2016 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics, comme du diabète sucré et de la démence. L'évaluation « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) effectuée à une certaine date, indiquait que la personne résidente avait un lit à hauteur variable avec deux côtés de lit d'un quart de longueur à la tête du lit pour l'aider. Le questionnaire sur la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit indiquait de plus un « oui » à la question 2, qui consiste à évaluer le niveau de risque pour les côtés de lit et les blessures, car la personne résidente est sujette à de l'agitation, à de l'épilepsie ou à d'autres mouvements involontaires, ce qui peut provoquer un coincement. Le questionnaire indiquait de plus, à la rubrique système de lit et évaluation du sommeil de la question 2, que la personne résidente souffrait de troubles du sommeil. Le programme de soins en



vigueur indiquait que la personne résidente avait deux côtés de lit de pleine longueur pour l'assister en matière de mobilité et de sécurité, à la demande de la personne résidente et de sa mandataire spéciale/son mandataire spécial (MS).

Le lit de la personne résidente 029 était mentionné comme ayant échoué à l'essai de la zone 2.

La personne résidente 029 avait été admise au foyer en 2012 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics, comme de la fibromyalgie et de l'ostéoporose. L'évaluation « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) effectuée à une certaine date indiquait que la personne résidente avait un certain lit à hauteur variable avec un côté de lit de pleine longueur. L'évaluation indiquait en outre que la personne résidente avait été mise au courant du risque de coincement avec un côté de lit de pleine longueur à la suite des résultats de l'évaluation du lit, mais qu'elle exprimait toujours le désir de garder en place le côté de lit de pleine longueur.

Après examen du programme de soins des trois personnes résidentes susmentionnées, nous n'avons trouvé aucune intervention, aucune démarche et aucune mesure prises pour empêcher le coincement des personnes résidentes dans les zones mentionnées.

Le 20 octobre 2017 lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué qu'on l'avait mise au courant des résultats de l'évaluation des systèmes de lit et des lits signalés comme ayant échoué à l'essai des zones de coincement. L'administratrice a indiqué en outre qu'il n'y avait pas de processus structuré en place pour prévenir le coincement d'une personne résidente en ce qui concerne les lits identifiés comme ayant échoué à l'essai des zones de coincement. Elle a déclaré de plus que le foyer avait refait l'essai des lits identifiés comme ayant échoué à l'essai des zones de coincement, que l'on avait pu faire certaines modifications, et que l'on avait eu également un entretien avec les personnes résidentes et les membres des familles pour exposer le risque de coincement inhérent au fait de garder les côtés de lit, et que le résultat de l'entretien était conservé dans les dossiers médicaux des personnes résidentes. Au moment de l'inspection, le foyer travaillait activement à mettre des mesures en place pour empêcher le coincement des personnes résidentes. [Alinéa 15 (1) b)]

***Autres mesures requises :***

***L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71.**

**Planification des menus**

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

**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).**

**Constatations :**

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

Il s'agit d'une inspection de suivi de l'OC n° 002 émis le 28 juin 2017, avec une date de conformité au 28 septembre 2017.

Le 5 octobre 2017, l'inspectrice 550 a observé à 12 heures le service du déjeuner de la salle à manger d'une certaine unité. Selon le menu de la 3<sup>e</sup> semaine pour les régimes thérapeutiques, pour le 18<sup>e</sup> jour du menu printemps-été affiché dans le couloir à l'entrée de la salle à manger, les choix de desserts pour les régimes thérapeutiques étaient comme suit :

Carrés aux dates pour les régimes alimentaires réguliers et à texture molle, et crème glacée pour les régimes alimentaires comportant des aliments hachés fins et en purée.

Pêches coupées en dés pour les régimes alimentaires réguliers et à texture molle, et purée de pêches pour les régimes alimentaires comportant des aliments en purée et hachés fins.

D'après les choix disponibles sur le charriot des desserts, on a offert aux personnes résidentes des carrés aux dates, des pêches coupées en dés, du yogourt et du Jello rouge. L'inspectrice 550 a remarqué que l'on n'offrait à aucune personne résidente la crème glacée pour les régimes alimentaires comportant des aliments hachés fins et en purée. L'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que l'on n'avait pas mis la crème glacée sur le chariot des desserts, car cet aliment doit être congelé. La crème glacée était dans le réfrigérateur de la dépense et les PSSP devaient aller la chercher dans le congélateur. La/le PSSP 111 a dit ne pas savoir que la crème glacée était au menu pour le repas en question.

Le 6 octobre 2017, l'inspectrice a observé les services de repas du petit déjeuner et du déjeuner dans une autre unité.



Le menu du petit déjeuner et du déjeuner affiché dans la salle à manger indiquait ce qui suit :

Petit déjeuner :

- Banane
- Pruneaux en purée
- Crème de blé
- Céréales froides
- Rôties variées
- Œufs brouillés

Déjeuner :

- Soupe aux pois/crème de céleri en purée
- Tomates et concombres avec vinaigrette/Purée de salade verte
- Sandwiches assortis (œuf/jambon)/Purée de veau
- Poisson pané au citron et au poivre/poisson pilé sans panure/purée de poisson
- Carottes/carottes émincées/purée de carottes
- Purée de pommes de terre
- Frites de patates douces
- Gâteau sablé aux fraises
- Purée de fraises
- Bananes/fruits individuels en purée

On a servi à la personne résidente 010 une assiette avec des œufs brouillés, deux rôties coupées et des tranches de bananes après qu'elle eût mangé ses céréales au petit déjeuner. On ne lui a pas offert d'autres choix d'aliments. Au déjeuner, on a servi à la personne résidente une assiette avec trois morceaux de sandwich, de la purée de pommes de terre avec du jus et des carottes, on ne lui a pas offert de choix d'aliments. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente au point de service; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui offrir des choix d'aliments.

Pour le petit déjeuner, on a donné à manger à la personne résidente 011 des céréales chaudes, du pain en purée et des œufs en purée. On ne lui a pas proposé ni donné des bananes ou des pruneaux, comme l'indiquait le menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente, et il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui donner des fruits au petit déjeuner.

Pour le petit déjeuner, on a servi à la personne résidente 012 une assiette contenant des œufs, une rôtie coupée avec de la confiture. On ne lui a pas proposé ni donné des céréales ou un fruit, comme l'indiquait le menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui donner de céréales ou de fruit au petit déjeuner, ou qu'elle n'était pas capable de faire des choix d'aliments.



Pour le petit déjeuner, on a donné à manger à la personne résidente 013 de la crème de blé, du pain en purée et des œufs en purée. On ne lui a pas donné des fruits, comme l'indiquait le menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui donner un fruit au petit déjeuner.

Au petit déjeuner, la/le PSSP 102 a essayé d'alimenter la personne résidente 014 avec des céréales chaudes dans un verre avec une paille, ce que celle-ci a refusé. L'IAA 109 a alors donné à la/au PSSP 102 un verre avec une paille et a indiqué ensuite à l'inspectrice qu'il contenait un complément alimentaire mélangé à du lait. La personne résidente a consommé la totalité du lait avec le complément alimentaire. On n'a pas offert ni donné à la personne résidente d'autres aliments figurant au menu après qu'elle eût refusé de manger les céréales. L'IAA 109 a indiqué à l'inspectrice qu'il est fréquent que cette personne résidente ne mange pas, et que c'est la raison pour laquelle on lui donne le complément alimentaire. L'IAA a déclaré en outre que quand la personne résidente refuse de manger ses céréales, elle refuse toujours tout le reste; cela ne sert donc à rien de lui offrir les autres aliments, car la personne résidente a toujours été comme ça. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui offrir d'autres aliments quand elle ne mangeait pas, ni qu'elle était incapable de faire des choix d'aliments.

À 9 h 25, la personne résidente 015 est arrivée dans la salle à manger pour le petit déjeuner, et la personne résidente 016, qui avait précédemment refusé de manger a décidé qu'elle était prête à manger. À ce moment-là, le chariot de service contenant les aliments chauds avait déjà quitté l'unité, et il n'y avait plus d'aliments chauds à offrir aux deux personnes résidentes. La/le PSSP 111 a donné aux deux personnes résidentes des céréales froides et du lait, et a informé l'inspectrice qu'il/elle allait leur faire des rôties dans la dépense. La/le PSSP a déclaré ne pas être en mesure d'offrir des œufs et des céréales chaudes, car le chariot de service des aliments chauds était déjà parti.

Au déjeuner, on n'a pas offert ni donné de purée de salade verte aux personnes résidentes 008 et 009 conformément à leur régime thérapeutique, car il n'en restait pas. L'inspectrice 550 a remarqué que l'on n'offrait des bananes à aucune des personnes résidentes dans la salle à manger; la banane était l'un des choix mentionnés dans le menu pour le dessert du déjeuner. La PSSP 111 et l'IAA 109 ont indiqué à l'inspectrice ne pas être au courant que les bananes étaient au menu pour le dessert, car ils/elles n'avaient pas regardé le menu, en indiquant en outre qu'il n'y avait pas de bananes sur le chariot des desserts. La/le diététiste agréé(e) qui était dans la salle à manger à ce moment-là a montré aux membres du personnel que les bananes se trouvaient sur le dessus du chariot servant à transporter le dessert de la cuisine à la dépense et qui se trouvait dans la dépense. Ce chariot est l'endroit où les PSSP obtiennent les desserts disposés sur les assiettes pour les placer sur le chariot des desserts et les offrir aux personnes résidentes.



Le 10 octobre 2017, l'inspectrice 550 a observé le service du petit déjeuner dans une autre unité.  
Le menu affiché pour le petit déjeuner se lisait comme suit :

Mandarines, purée de pruneaux  
Gruau  
Céréales froides  
Rôties  
Œufs brouillés

L'aide-diététiste 110 a servi à la personne résidente 017 une assiette contenant des rôties avec du beurre d'arachide et des œufs brouillés. On n'a pas offert de choix de céréales et de fruits à la personne résidente.

L'aide-diététiste 110 a servi à la personne résidente 018 du café et une rôtie. On ne lui a pas offert de choix d'aliments, de fruits, de céréales ou d'œufs.

On a servi à la personne résidente 019 une rôtie, des céréales chaudes et du jus de canneberge. On ne lui a pas offert de choix d'aliments, de fruits ou d'œufs.

On a servi à la personne résidente 020 du jus de canneberge, des flocons de son dans du lait, une rôtie et des œufs. On ne lui a pas offert de choix d'aliments ou de fruits.

On n'a pas offert à ces quatre personnes résidentes les choix d'aliments conformes au menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex au point de service pour toutes les quatre personnes résidentes, et il n'indiquait pas que l'on ne devait pas leur offrir les choix indiqués au menu planifié, ni qu'elles étaient incapables de faire des choix d'aliments.

À 9 h 20, l'inspectrice a remarqué que l'on n'offrait aux personnes résidentes aucun fruit comme l'indiquait le menu, à l'exception de trois personnes résidentes à qui l'on avait servi des pruneaux. Lors d'un entretien, l'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que le menu mentionnait des mandarines, mais qu'ils n'en avaient pas ce matin-là, car on n'en avait pas commandé jeudi dernier. En raison de la longue fin de semaine, on n'avait pas livré de mandarines au foyer. L'aide-diététiste a expliqué n'avoir que trois portions de pruneaux, car seules les trois mêmes personnes résidentes prennent des pruneaux tous les matins. L'inspectrice a demandé s'il y avait de la purée de pruneau comme l'indiquait le menu des personnes résidentes. L'aide-diététiste a indiqué en outre que les personnes résidentes de la petite salle à manger n'avaient pas besoin de prendre des pruneaux, car elles n'avaient pas de problèmes pour aller à la selle. À 9 h 45, la/le chef du service d'alimentation a apporté les mandarines à l'unité. À ce moment-là, il ne restait que cinq personnes résidentes dans la salle à manger en train de prendre leur petit déjeuner, toutes les autres personnes résidentes avaient fini leur petit déjeuner et étaient retournées dans leur chambre. La/le chef du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice avoir été mis(e) au courant par l'administratrice/directrice générale qu'il n'y avait pas de mandarines dans l'unité bien qu'elles fussent au menu. Il y avait des mandarines et l'aide-diététiste 110 aurait dû les apporter à l'unité en même temps qu'il/elle avait amené son chariot de service. La/le chef du service d'alimentation



a expliqué en outre que même si les pruneaux figuraient au menu quotidien du petit déjeuner, on n'en donnait pas à toutes les personnes résidentes tous les jours, car il n'y avait que trois personnes résidentes particulières auxquelles on en donnait quotidiennement. On donnait des pruneaux aux autres personnes résidentes selon un calendrier qui se trouvait dans son bureau.

À 9 h 55, le personnel a amené la personne résidente 021 pour prendre un petit déjeuner et on lui a servi un yogourt ordinaire, des mandarines, des œufs et des rôties. On ne lui a pas proposé de céréales comme l'indiquait le menu planifié. L'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que cette personne résidente ne prend jamais de céréales, et que par conséquent on ne lui en offre pas. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui offrir des céréales, ni qu'elle était incapable de faire des choix d'aliments.

Lors d'un entretien, le 26 octobre 2017, l'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que les personnes résidentes qui ne peuvent pas faire de choix d'aliments sont servies selon leurs préférences et leurs aversions qui figurent dans leur Kardex au point de service, et qu'il/elle sait ce que les personnes résidentes préfèrent manger, car il/elle travaille ici depuis de nombreuses années. La personne résidente 017 ne prend pas de céréales le matin, on donne à la personne résidente 018 des céréales, un fruit et des œufs seulement s'il y a un membre du personnel pour lui faire manger ces aliments, la personne résidente 019 n'aime pas les mandarines et les œufs, et la personne résidente 020 ne mange pas de fruits le matin.

Lors d'un entretien le 10 octobre 2017, la/le diététiste agréé(e), les deux chefs du service d'alimentation, la directrice/le directeur des soins et la directrice générale, ont indiqué à l'inspectrice que tous les choix au menu planifié doivent être offerts à toutes les personnes résidentes, y compris aux personnes qui ont des régimes alimentaires à texture modifiée.

Comme le montre ce qui précède, les choix indiqués au menu planifié n'étaient pas disponibles et offerts à chaque personne résidente lors de chaque repas et collation.

Un ordre de non-conformité (OC) a précédemment été émis le 28 juin 2017 avec une date de conformité au 28 septembre 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017\_618211\_0008. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 22 février 2017, dans le cadre de l'inspection n° 2017\_619550\_0003. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 16 février 2017, dans le cadre de l'inspection n° 2017\_619550\_0004. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 29 juillet 2016, dans le cadre de l'inspection n° 2016\_289550\_0023. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 21 janvier 2016, dans le cadre de l'inspection n° 2015\_289550\_0027. [Par. 71. (4)]

***Autres mesures requises :***

***L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins**

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

**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. (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; ou 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

**Par. 6. (11) Lorsqu'un résident est réévalué et que son programme de soins est réexaminé et révisé :**

- a) d'une part, les paragraphes (4) et (5) s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard de la réévaluation et de la révision; 2007, chap. 8, par. 6 (11).**
- b) d'autre part, si le programme de soins fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de celle-ci. 2007, chap. 8, par. 6 (11).**

### **Constatations :**

1. 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.

Lors de plusieurs dates d'octobre 2017, l'inspectrice 550 a observé les services de repas dans deux salles à manger.

Au déjeuner, on a servi à la personne résidente deux morceaux de sandwich, des carottes et de la purée de pommes de terre. La/le diététiste agréé (DA) a indiqué à l'inspectrice qu'une portion de sandwich se compose de trois à quatre morceaux de sandwich et que l'on aurait dû donner au moins trois morceaux de sandwich à la personne résidente. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente au point de service et a remarqué qu'il n'indiquait pas que la personne résidente devait avoir des portions plus petites. La dernière évaluation du risque afférent à la nutrition effectuée par la/le DA à une certaine date de 2016, indiquait que la personne résidente présentait un risque élevé sur le plan nutritionnel parce qu'elle refusait des repas.



On a servi à la personne résidente 010 trois morceaux de sandwich, de la purée de pommes de terre avec du jus et des carottes dans une assiette ordinaire, et elle mangeait avec des ustensiles ordinaires. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente 010 au point de service; il indiquait qu'elle nécessitait un certain régime thérapeutique avec des aides à l'alimentation particulières pour manger. La/le DA a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente n'aurait pas dû recevoir les pommes de terre avec le jus en raison des exigences de son régime alimentaire, et que l'on aurait dû lui fournir certaines aides à l'alimentation. L'aide-diététiste 112 a indiqué à l'inspectrice et à la/au DA être la personne qui avait servi la personne résidente 010, ne pas avoir vérifié son Kardex avant de la servir, et ne pas être au courant des exigences en matière de régime alimentaire. La superviseure/le superviseur du service d'alimentation a indiqué ultérieurement à l'inspectrice qu'on ne l'avait pas informé(e) que la personne résidente 010 nécessitait des aides à l'alimentation spécifiques, il n'y en avait donc pas de disponibles dans la salle à manger de cette unité particulière.

Lors de deux dates précises d'octobre, l'inspectrice 550 a observé la personne résidente 008 assise dans un fauteuil roulant dans la salle à manger alors que la/le PSSP 108 lui donnait à manger. Le Kardex de la personne résidente 008 indiquait qu'elle devait être positionnée selon certaines directives et avec un certain appareil que la personne résidente n'avait pas en place lors des trois observations faites par l'inspectrice. Lors d'un entretien, la/le PSSP 108, qui était la personne qui donnait à manger à la personne résidente pendant la totalité des trois repas observés, a indiqué à l'inspectrice ne pas savoir si la personne résidente nécessitait toujours d'être positionnée selon certaines directives et avec un certain appareil quand on lui donnait à manger dans la salle à manger. La/le PSSP s'est alors levé(e) pour aller chercher l'appareil spécifique.

L'aide-diététiste 110 avait servi à la personne résidente 017 des rôties avec du beurre d'arachide et des œufs brouillés dans une assiette ordinaire avec un verre de jus d'orange pour le petit déjeuner. Le Kardex de la personne résidente au point de service indiquait que l'on devait lui servir la nourriture dans une aide à l'alimentation particulière, et qu'elle avait certaines préférences et aversions pour le petit déjeuner. Lors d'un entretien, l'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente ne mange jamais de céréales le matin, et que l'aide à l'alimentation particulière ne servait que pour le déjeuner et le dîner. Il/elle a également ajouté que l'un des aliments que la personne résidente aimait n'était pas disponible et que c'était souvent le cas.

L'aide-diététiste 110 a servi des rôties à la personne résidente 018 dans une assiette ordinaire. Le Kardex de la personne résidente indiquait qu'elle devait avoir une aide à l'alimentation particulière. L'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice, le 26 octobre 2017, que l'aide à l'alimentation ne servait que pour les repas du déjeuner et du dîner.



Lors d'une entrevue, la/le DA a indiqué à l'inspectrice que le Kardex au point de service est l'outil qu'utilisent l'aide-diététiste et les PSSP quand ils/elles servent les personnes résidentes. Le Kardex mentionne le régime alimentaire de la personne résidente et le type de texture, la consistance des liquides, et des directives particulières à chaque personne résidente pour les repas, comme les préférences et les aversions, les allergies alimentaires, et si la personne résidente est capable de faire des choix d'aliments. Lors de chaque repas, on doit fournir à toutes les personnes résidentes mentionnées comme nécessitant des aides à l'alimentation, l'aide à l'alimentation figurant dans leur programme de soins.

Comme le montre ce qui précède, les soins prévus dans le programme de soins n'ont pas été fournis aux personnes résidentes 022, 010, 008, 017 et 018 tel que le précisait leur programme de soins. [Par. 6. (7)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit révisé lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Dans le cadre d'une inspection de suivi sur les côtés de lit et les risques de coincement des lits, l'inspectrice 592 a remarqué que l'on mentionnait que la personne résidente 027 utilisait deux côtés de lit de pleine longueur qui avaient échoué à l'essai de zone 2 pour le risque de coincement.

L'inspectrice 592 a effectué un examen du dossier médical de la personne résidente 027; il indiquait que celle-ci avait été admise au foyer en 2016 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics comme le diabète sucré et la démence.

Le programme de soins écrit de la personne résidente 027 en vigueur au moment considéré indiquait, à la rubrique mobilité dans le lit, que la personne résidente bouge dans le lit avec l'aide des côtés de lit et d'un membre du personnel. Les interventions indiquaient en outre que la personne résidente avait deux côtés de lit de pleine longueur pour l'assister en matière de mobilité et de sécurité, à sa demande et à la demande de sa mandataire spéciale/son mandataire spécial (MS), en tant qu'appareil d'aide personnelle.

L'inspectrice 592 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 027, et on y documentait ce qui suit :

À une certaine date, on indiquait que la personne résidente 027 avait fait une chute la nuit précédente qui lui avait occasionné une blessure à certains endroits du corps. Les notes d'évolution indiquaient de plus que l'on avait envoyé la personne résidente à l'hôpital pour être traitée. On indiquait en outre que la personne résidente avait dit aux membres du personnel qu'elle était tombée de son lit parce qu'elle pensait qu'elle pouvait marcher par ses propres moyens. Les notes d'évolution indiquaient que l'on avait

enlevé les côtés de lit avant la chute conformément au programme du foyer relatif aux côtés de lit, mais qu'à la suite de la chute on les avait remis.

Le 19 octobre 2017, l'inspectrice s'est entretenue avec la personne résidente 027 qui a indiqué, quand on lui a demandé à quoi servaient les côtés de lit, qu'elle les avait tous les deux relevés quand elle était dans le lit, et qu'elle aimerait qu'on les abaisse, car elle ne pouvait pas sortir du lit, et qu'elle aurait besoin qu'ils soient abaissés tous les deux pour qu'elle puisse ramasser des objets sur le plancher. Elle a indiqué en outre qu'on ne lui avait pas donné la permission d'abaisser les côtés de lit, et elle a demandé à l'inspectrice si elle pouvait faire quelque chose à ce sujet. Quand l'inspectrice s'est enquis des côtés de lit qui servaient à aider la personne résidente à bouger dans le lit, cette dernière a dit à l'inspectrice qu'elle était incapable de bouger avec les côtés de lit et qu'elle dépendait des membres du personnel pour changer de position.

Les 19 et 20 octobre 2017, lors d'un entretien, les PSSP 119 et 116 ont indiqué que la personne résidente était incapable d'utiliser les côtés de lit quand elle était dans le lit en raison de ses limitations physiques, et qu'elle dépendait donc de deux membres du personnel pour changer de position. Les deux PSSP ont indiqué que les deux côtés de lit de pleine longueur étaient mis en place à des fins de sécurité pour empêcher la personne résidente de tomber du lit, et que c'était également une demande d'un membre de la famille de la personne résidente pour la sécurité de cette dernière.

Le 20 octobre 2017, lors d'un entretien, la/le DDS a indiqué à l'inspectrice que l'on avait évalué la personne résidente 027 à une certaine date et qu'à ce moment-là, elle était capable de bouger et d'aider le personnel pour la changer de position dans le lit, et qu'on avait donc mis en place des côtés de lit d'un quart de longueur. La/le DDS a indiqué en outre que quand l'incident de la chute avait eu lieu, la famille avait demandé d'avoir en place deux côtés de lit de pleine longueur, ce qui avait été fait, et ils étaient toujours utilisés comme appareils d'aide personnelle. La/le DDS a indiqué en outre ne pas être au courant que la personne résidente avait eu un changement important de son état physique qui l'empêchait d'utiliser les côtés de lit quand on la changeait de position dans le lit. La/le DDS a indiqué en outre que le programme de soins de la personne résidente 027 aurait dû être révisé quand elle n'a plus été en mesure d'utiliser les côtés de lit pour bouger dans le lit. [Alinéa 6 (10) b)]

3. 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, selon le cas :

c) les soins prévus se sont révélés inefficaces.

La personne résidente 025 a été admise au foyer en 2002 en ayant de multiples problèmes de santé, dont de la démence et de l'ostéoporose. On a observé la personne résidente en fauteuil roulant qui se déplaçait par ses propres moyens dans l'unité à divers moments et lors de diverses journées; elle avait un certain dispositif de sécurité en place. D'après des entretiens avec le personnel et d'après la documentation figurant dans les notes d'évolution, la personne résidente doit avoir en place un dispositif

de sécurité différent pour prévenir les chutes, et elle est identifiée comme faisant des chutes fréquentes.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente, l'inspectrice 550 a remarqué que l'on documentait dans les notes d'évolution qu'elle avait fait sept chutes en l'espace de trois mois. La documentation indiquait que six des sept chutes s'étaient produites quand la personne résidente était au lit et tentait de sortir du lit par ses propres moyens. Il y avait également cinq événements « suscitant des préoccupations de sécurité » documentés dans les notes d'évolution pour cette même période, quand le personnel avait trouvé la personne résidente qui tentait de sortir de son lit par ses propres moyens, mais n'était pas tombée.

Lors d'un entretien le 18 octobre 2017, l'IAA 109 a indiqué à l'inspectrice que les chutes de la personne résidente se produisaient principalement quand elle était au lit et qu'elle tentait de se transférer par ses propres moyens hors du lit. La personne résidente ne se souvient pas qu'elle ne peut plus marcher toute seule. L'IAA a indiqué que les interventions en place pour empêcher la personne résidente de faire des chutes consistent à avoir un dispositif de sécurité quand elle est dans son fauteuil roulant et un tapis de chute sur le sol devant son lit quand elle est au lit.

Un examen du programme de soins écrit et des documents figurant dans les dossiers médicaux révélaient que l'on avait mis en place de nouvelles interventions pour empêcher la personne résidente de tomber quand elle est assise dans son fauteuil roulant. On avait ajouté au programme de soins de nouvelles interventions pour empêcher la personne résidente de tomber de son lit seulement 20 jours après la cinquième chute. Les nouvelles interventions consistaient à :

1. faire une évaluation pour trouver la bonne hauteur de lit et la marquer avec du ruban adhésif à l'intention de tout le personnel;
2. avoir une sonnette d'appel à proximité du fauteuil roulant.

L'inspectrice a observé la chambre de la personne résidente et a été incapable de trouver un marquage sur les murs de la chambre de la personne résidente pour indiquer la bonne hauteur à laquelle le lit devrait être. La personne résidente était assise dans un fauteuil roulant devant le côté de lit où l'on voyait distinctement le cordon d'activation de la sonnette d'appel. Quand on l'a questionnée, la personne résidente a indiqué à l'inspectrice qu'elle ne savait pas où se trouvait la sonnette d'appel. L'inspectrice a montré le cordon d'activation de la sonnette d'appel à la personne résidente qui a dit qu'elle ne savait pas ce que c'était. Après avoir expliqué à la personne résidente que c'était la sonnette d'appel qu'elle pouvait utiliser quand elle avait besoin d'aide, et après lui avoir montré comment s'en servir, la personne résidente était toujours incapable de s'en servir.

Lors d'un entretien le 16 octobre 2017, l'IA 114, qui est l'IA à plein temps pour cette unité, a indiqué à l'inspectrice qu'elle ne savait pas quelles autres interventions on pourrait mettre en place pour empêcher les personnes résidentes de tomber. Quand ils terminent une évaluation après une chute, il n'y a pas d'autres interventions qu'ils peuvent sélectionner dans le menu déroulant du logiciel PointClickCare, et le foyer n'utilise pas de protecteurs de hanche ni d'alarmes de lit. L'IA a indiqué en outre qu'ils ne



peuvent pas arrêter les personnes résidentes de tomber, et que le ministère devrait donner plus d'argent aux foyers pour qu'ils soient en mesure de mettre plus d'interventions en place.

Lors d'un entretien le 18 octobre 2017, la directrice/le directeur des soins (DDS) a indiqué à l'inspectrice que la hauteur du lit de la personne résidente 025 n'était pas évaluée ni marquée avec du ruban adhésif comme on l'indiquait dans son programme de soins. La personne résidente était incapable d'utiliser la sonnette d'appel, par conséquent cette intervention ne devrait pas figurer dans le programme de soins. En outre, la/le DDS a indiqué que le personnel autorisé devrait personnaliser le programme de soins des personnes résidentes quand il évalue l'une d'elles et que d'autres interventions peuvent être ajoutées manuellement dans la case « autre » du logiciel PointClickCare.

Comme le montre ce qui précède, on n'avait pas réévalué la personne résidente 025 et son programme de soins n'avait pas été réexaminé et révisé quand les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. [Par. 6. (10) b)]

4. 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, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Cette inspection concerne le registre n° 009996-17 mettant en cause la personne résidente 007 et concernant de multiples chutes dans le foyer.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 007, effectué par l'inspectrice 592 le 12 octobre 2017, révélait qu'elle avait été admise en 2017 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics tels que démence, maladie de Parkinson et maladie vasculaire périphérique.

Les notes d'évolution indiquaient que la principale raison de l'admission de la personne résidente était sa dépendance totale en matière de mobilité et de transferts, et que son état avait empiré par rapport à son état antérieur quand elle n'était pas riviée à un fauteuil roulant, mais qu'on la trouvait en train d'errer et de partir sans prévenir. Les notes d'évolution indiquaient également que l'on avait déterminé que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes en raison d'une ou plusieurs chutes survenues au cours des trois derniers mois précédant son admission au foyer.

L'inspectrice a examiné le programme de soins, et les objectifs et les interventions mis en place quand la personne résidente 007 avait été admise au foyer en présentant un risque élevé de faire des chutes consistaient à :

- fournir à la personne résidente 007 l'assistance d'un membre du personnel pendant les transferts;
- avoir une sonnette d'appel à proximité du lit et du fauteuil roulant;
- veiller à fournir un éclairage adéquat pendant la journée;
- veiller à ce qu'il y ait une veilleuse allumée en tout temps;
- insister sur la nécessité d'appeler pour avoir de l'assistance;



- effectuer les transferts et les changements de position lentement;
- veiller à ce que la personne résidente utilise des accessoires fonctionnels (fauteuil roulant);
- faire porter à la personne résidente des chaussures adéquates et antidérapantes;
- apporter des modifications à l'environnement pour réduire le risque de chutes.

Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente 007 était tombée sept fois en 29 jours.

Cinq jours après son admission, on avait trouvé la personne résidente sur le sol devant sa salle de bains quand elle avait essayé d'aller à la salle de bains par ses propres moyens et avait perdu l'équilibre. Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente avait dit au personnel infirmier qu'elle avait heurté une certaine partie de son corps.

Quatre jours après le premier incident, la personne résidente avait fait une chute, mais on n'avait trouvé aucune autre documentation. On ne sait donc pas si la personne résidente avait subi une blessure ou si l'on avait mis en place d'autres interventions.

Dix jours après le second incident, on trouvait de la documentation inscrite tardivement, 16 jours plus tard pour une chute qui s'était produite quand on avait trouvé la personne résidente assise sur le sol à côté de son lit. La personne résidente avait indiqué qu'elle avait essayé de se transférer du fauteuil roulant au lit. Elle n'avait subi aucune blessure.

Neuf jours après le troisième incident, on avait trouvé la personne résidente dans sa chambre, sur le sol de la salle de bains. On avait remarqué une rougeur à certains endroits de son corps.

Le lendemain, la personne résidente avait fait une chute en présence d'une/d'un PSSP qui lui fournissait une assistance qui avait été refusée par la personne résidente qui avait tenté de se transférer par ses propres moyens et avait perdu l'équilibre. Elle n'avait subi aucune blessure.

Le lendemain, on avait trouvé la personne résidente dans sa chambre, sur le sol. Elle avait essayé de sortir du fauteuil roulant. Elle se plaignait d'une douleur à certains endroits du corps avec une rupture de l'épiderme, et on avait dû lui mettre des pansements.

Trois jours plus tard, on avait trouvé la personne résidente dans sa chambre, sur le sol, allongée sur le dos. Elle avait essayé de sortir du fauteuil roulant. Elle n'avait subi aucune blessure.

On a examiné le programme de soins en place au moment des chutes de la personne résidente. On indiquait que le programme de soins de la personne résidente 007 avait été réexaminé seulement lors de la troisième chute. Le programme de soins indique de contrôler la personne résidente toutes les heures pour assurer sa sécurité. On n'a trouvé aucune documentation concernant les contrôles horaires de la personne résidente, et lors d'entretiens avec les membres du personnel 108, 109, 113 et 114, aucun d'eux n'était au courant du contrôle horaire de la personne résidente.



L'inspectrice a effectué un autre examen du programme de soins, et n'a trouvé aucune révision du programme de soins après la quatrième chute datée du 6 avril et la cinquième chute datée du 7 avril.

Le programme de soins indiquait en outre qu'après six chutes, on avait ajouté des interventions pour mettre le lit à la position la plus basse qui convenait en fonction de la hauteur du lit, et pour mettre un tapis de chute à côté du lit de la personne résidente.

Lors d'un examen de la politique du foyer CLIN CARE 33 LTC intitulée « Falls Prevention in Long Term Care » (prévention des chutes dans les soins de longue durée) révisée en août 2017, on indiquait, à la rubrique prévention des chutes et diminution des risques, que le personnel autorisé effectue une concertation après une chute immédiatement après celle-ci. La politique indiquait de plus à l'onglet 3.7 que l'IA examine et confirme les interventions de prévention des chutes et veille à ce que le programme de soins interdisciplinaire soit mis à jour.

Lors d'entretiens le 11 octobre 2017, les PSSP 108 et 113, qui travaillent à plein temps et qui s'occupaient de la personne résidente 007, ont indiqué ne pas se souvenir d'interventions particulières de prévention des chutes en place pour la personne résidente. La/le PSSP 108 a déclaré en outre avoir assisté la personne résidente 007 pour les transferts, mais ne pas souvenir d'interventions particulières.

Lors d'un entretien le 11 octobre 2017, l'IAA 109, qui travaille à plein temps et qui s'occupait de la personne résidente 007, a indiqué se souvenir effectivement d'un moment où celle-ci tombait souvent, mais ne pas se rappeler d'interventions précises pour la prévention des chutes, car la personne résidente ne collaborait pas avec les membres du personnel et qu'elle tombait davantage pendant la nuit. L'IAA a indiqué en outre que quand une personne résidente fait une chute, le personnel infirmier doit trouver la cause et ce qui s'est passé afin d'ajouter des interventions précises pour la personne résidente. L'IAA a indiqué de plus qu'après plusieurs chutes, si les interventions ne sont pas efficaces, on contacte le médecin et on révisé la médication de la personne résidente.

Lors d'un entretien le 12 octobre 2017, l'IA 114 qui travaille à plein temps et qui s'occupait de la personne résidente 007, a indiqué que quand une personne résidente tombe on fait une concertation après une chute le plus rapidement possible pendant le poste de travail. L'IA a indiqué de plus que l'on mettait en œuvre un programme de soins après l'admission de la personne résidente qui définirait des interventions particulières d'après l'évaluation des risques de chutes effectuée lors de l'admission de la personne résidente. L'IA a indiqué en outre que si les chutes sont récurrentes et que des interventions sont déjà en place, il n'y a pas beaucoup d'autres interventions à ajouter à part continuer à surveiller les personnes résidentes. Quand l'inspectrice 592 s'est enquis de la personne résidente 007, l'IA a indiqué qu'elle tombait souvent, et qu'à un certain moment on avait mis en place un lit plus bas, mais que ce n'était pas efficace, car la personne résidente ne restait pas au lit. L'IA a indiqué en outre que la personne résidente 007 avait du mal à se déplacer en fauteuil roulant à cause de la disposition de la chambre, et que par conséquent le foyer avait enlevé des meubles pour que la personne résidente ait un meilleur accès. L'IA 114 a de plus indiqué que l'on n'avait pas mis en place de nouvelles interventions après plusieurs chutes de la personne résidente jusqu'à ce qu'on l'observe faire une chute, on avait



alors pris des mesures pour modifier l'environnement, car le personnel avait été incapable auparavant de mettre en œuvre d'autres interventions parce que l'on n'avait pas été témoin d'une chute, et qu'il était donc difficile au personnel de savoir quel type d'intervention il fallait mettre en place.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente en présence de l'IA 114, l'IA a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 007 avait fait plusieurs chutes en un mois, et être incapable de trouver toute intervention particulière autre que l'environnement qu'on avait modifié pour tenir compte des besoins de la personne résidente à une certaine date. L'IA a de plus indiqué que toutes les interventions comme un lit plus bas et une surveillance étroite étaient en place pour la personne résidente, mais que le personnel était incapable de prévenir les chutes, qu'il n'y avait rien d'autre à faire, sauf de garder les mêmes interventions en place, et qu'on ne pouvait rien faire de plus.

Une lettre de réponse a été fournie à l'inspectrice 592 par l'administratrice en poste à ce moment-là à la suite de certaines inquiétudes manifestées par un membre de la famille de la personne résidente 007 concernant les fréquentes chutes et le fait que le personnel ne prenait pas des mesures pour empêcher la personne résidente de tomber. La lettre mentionnait que le foyer avait répondu en indiquant que l'on avait mis en place des interventions, comme réorganiser l'environnement de la chambre et que l'on avait effectué plusieurs évaluations de physiothérapie relativement à la mobilité, la force et l'équilibre de la personne résidente.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution; elles indiquaient que les interventions susmentionnées n'avaient pas été mises en place avant le septième incident de chute.

Par conséquent, le programme de soins de la personne résidente n° 007 n'avait pas été réexaminé et révisé quand les soins prévus dans le programme s'étaient révélés inefficaces. [Alinéa 6 (11) b)]

***Autres mesures requises :***

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins soit réexaminé et révisé quand les besoins en matière de soins d'une personne résidente évoluent ou lorsque les soins prévus dans le programme de soins se sont révélés inefficaces. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***



**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 110.  
Exigence : contention au moyen d'un appareil mécanique**

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

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

**6. L'état du résident n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (2).**

**Par. 110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :**

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

**Constatations :**

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état de la personne résidente ne soit réévalué et l'efficacité de la mesure de contention ne soit évaluée que par un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente.**



L'inspectrice 550 a observé la personne résidente 025 en fauteuil roulant qui se déplaçait par ses propres moyens dans l'unité à divers moments de la journée et lors de jours différents pendant l'inspection; elle avait un certain appareil mécanique en place. D'après des entretiens avec le personnel et selon la documentation figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente, elle aurait dû avoir un type de dispositif de sécurité différent pour prévenir les chutes, et elle est identifiée comme faisant des chutes fréquentes.

Lors d'un entretien, la directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice qu'il incombe au personnel autorisé de réévaluer l'état de la personne résidente et d'évaluer l'efficacité de la mesure de contention au moins toutes les huit heures conformément à la politique, et d'apposer sa signature dans le « Treatment Administration Records System » (TARS) (système de gestion des dossiers de traitements) pour indiquer que cela a été fait.

L'inspectrice 550 a revu dans le TARS la documentation concernant la personne résidente 025 sur une période de deux semaines. La documentation indiquait que l'état de la personne résidente avait été réévalué et que l'efficacité de la mesure de contention avait été évaluée à 7 heures, 14 heures et 22 heures, et non pas au moins toutes les huit heures conformément à la loi.

Lors d'un entretien le 10 octobre 2017, l'IA 114 a indiqué que les heures de réévaluation de l'état de la personne résidente et de l'efficacité de la mesure de contention étaient fixées à 9 heures, 14 heures et 22 heures, parce qu'à d'autres moments la personne résidente est au lit et n'utilise pas de moyen de contention, et que l'on ne peut donc pas effectuer l'évaluation.

Lors d'une entrevue le 13 octobre 2017, après avoir revu le TARS avec l'inspectrice, la directrice/le directeur des soins (DDS) a indiqué que le personnel autorisé ne documente pas les réévaluations des moyens de contention dans le TARS toutes les huit heures. Les heures prévues de 9 heures, 14 heures et 21 heures dont le personnel autorisé a fait la saisie dans le TARS sont les heures prévues par le foyer pour les traitements que l'on doit administrer trois fois par jour. La/le DDS a indiqué que la réévaluation de l'état de la personne résidente et de l'efficacité de la mesure de contention doit se faire au moins toutes les huit heures à la fin de chaque poste de travail. La/le DDS a alors changé dans le TARS l'heure de documentation de la réévaluation à 6 heures, 14 heures et 22 heures.

Par conséquent, la personne résidente n'a pas été réévaluée et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée par un médecin, ou bien par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures. [Alinéa 110 (2) 6]

2. La personne résidente 026 a été admise au foyer en 2017 avec de multiples problèmes de



santé, dont de la démence et de la dystonie. Les 10 et 17 octobre 2017, l'inspectrice 550 a observé la personne résidente assise dans un fauteuil roulant avec un certain appareil mécanique en place.

Lors d'un entretien le 17 octobre 2017, l'IAA 123 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 026 devait avoir en place un certain appareil mécanique dans son fauteuil roulant pour l'empêcher de tomber à cause de son agitation. La/le PSSP 124 a indiqué que la personne résidente est incapable d'enlever l'appareil mécanique, et qu'il est nécessaire pour l'empêcher de tomber du fauteuil roulant, car elle bouge beaucoup dans son fauteuil roulant.

La directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice qu'il incombe au personnel autorisé de réévaluer l'état de la personne résidente et d'évaluer l'efficacité de la mesure de contention au moins toutes les huit heures conformément à la politique du foyer, et de signer le TARS pour indiquer que cela a été fait.

L'inspectrice 550 a revu la documentation dans le TARS concernant la personne résidente 026 sur une période de deux semaines. La documentation indiquait que l'état de la personne résidente avait été réévalué et que l'efficacité de la mesure de contention avait été évaluée à 7 heures, 14 heures et 22 heures, et non pas au moins toutes les huit heures conformément à la loi.

Lors d'une entrevue le 13 octobre 2017, après examen du TARS avec l'inspectrice, la/le DDS a indiqué que le personnel autorisé ne documente pas les réévaluations des moyens de contention dans le TARS toutes les huit heures. Les heures prévues de 9 heures, 14 heures et 21 heures dont le personnel autorisé a fait la saisie dans le TARS sont les heures prévues par le foyer pour les traitements que l'on doit administrer trois fois par jour. La/le DDS a indiqué que la réévaluation de l'état de la personne résidente et de l'efficacité de la mesure de contention doit se faire au moins toutes les huit heures à la fin de chaque poste de travail. La/le DDS a indiqué qu'il/elle changera dans le TARS l'heure pour documenter la réévaluation à 6 heures, 14 heures et 22 heures.

La personne résidente n'a donc pas été réévaluée et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée par un médecin, ou bien par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente ou par un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures. [Alinéa 110 (2) 6]

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

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

L'inspectrice 550 a observé la personne résidente 025 dans son fauteuil roulant qui se déplaçait par ses propres moyens dans l'unité à divers moments de la journée et lors de jours différents pendant l'inspection; elle avait un certain appareil mécanique en place.

L'inspectrice a observé la personne résidente 026 lors de deux jours particuliers, assise dans son fauteuil roulant avec le dispositif de contention particulier en place.

Lors d'un entretien, le 13 octobre 2017, la directrice/le directeur des soins et l'administratrice/directrice générale ont indiqué à l'inspectrice que, comme on l'indique dans leur politique, il incombe aux PSSP de documenter le recours à la contention, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, et le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit. Les PSSP documentent ces faits dans l'interface Point of Care (POC). Le personnel autorisé documente s'il y a lieu dans les notes d'évolution les soins fournis par la suite.

Lors d'un entretien le 17 octobre 2017, la/le PSSP 124 a indiqué à l'inspectrice que l'on contrôle toutes les heures ou toutes les deux heures les personnes résidentes qui ont un dispositif de contention, et on les change de position au besoin, selon si la personne nécessite un ou deux membres du personnel pour la changer de position, et en fonction de la disponibilité du personnel. La/le PSSP ne documente pas le moment du recours à la contention, ni toute évaluation, réévaluation et surveillance, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, et le retrait ou l'abandon de l'appareil, car il n'y a pas de documents pour ce faire, et que cela ne se fait pas dans l'interface POC.

L'inspectrice 550 a examiné, avec l'administratrice/directrice générale, le document intitulé « Documentation Survey Report v2 » (rapport de vérification de la documentation - version 2) qui constitue la documentation détaillée pour les moyens de contention tirée de l'interface POC relativement à ces deux personnes résidentes pendant une durée de deux semaines. Les PSSP doivent documenter toutes les heures le recours au moyen de contention et la réaction de la personne résidente à l'aide de cette légende qui figure dans le rapport :

#### Utilisation

1- recours

2-retrait

2- dégagement, changement de position, et nouveau recours

3-dégagement, conduite à la toilette, nouveau recours

4-vérification



Réaction de la personne résidente :

C-calme/à l'aise

U-perturbée/mal à l'aise

S-sommeil

O-autre

L'inspectrice et l'administratrice/directrice générale ont remarqué que la légende pour le recours à la contention comportait deux points 2 : 2-retrait et 2-dégagement, changement de position et nouveau recours. Il n'y avait aucune façon de déterminer quand avait lieu le retrait du moyen de contention et quand il s'agissait du dégagement, du changement de position et d'un nouveau recours.

On remarquait également qu'il n'y avait pas de documentation relativement au recours à la contention et à la réaction de la personne résidente 025 lors de plusieurs dates et moments mentionnés.

On remarquait également qu'il n'y avait pas de documentation relativement au recours à la contention et à la réaction de la personne résidente 026 lors de plusieurs dates et moments mentionnés.

L'administratrice/directrice générale et la/le DDS ont indiqué que les deux codes 2 de la légende du rapport étaient une erreur et qu'ils la feront corriger afin d'avoir un code distinct pour les deux mesures prises.

Comme en témoigne ce qui précède, on ne documentait pas toujours chaque recours et son moment, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, chaque dégagement de l'appareil et tout changement de position, le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. [Par. 110. (7)]

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

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que lorsqu'une personne résidente est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, son état n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un membre du personnel infirmier autorisé au moins toutes les huit heures, et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation de la personne résidente, et que l'on documente ce qui suit : les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique, les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées, le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre, le consentement, le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu, toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, et le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment***



*le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.*

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 31.**

**Contention au moyen d'appareils mécaniques**

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

**Par. 31. (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**

**4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention. 2007, chap. 8, par. 31 (2).**

**Constatations :**

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

Le 13 octobre 2017, l'inspectrice 550 a observé la personne résidente 025 qui portait un certain appareil mécanique quand elle était assise dans son fauteuil roulant,

Lors d'un entretien ce même jour, l'IAA 109 a indiqué à l'inspectrice que cette personne résidente nécessitait un appareil mécanique en tout temps quand elle était dans son fauteuil roulant pour l'empêcher de tomber. La/le PSSP 111 a indiqué que la personne résidente 025 nécessite l'appareil mécanique quand elle est assise dans son fauteuil roulant, car elle se transférerait par ses propres moyens et tomberait.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a remarqué, dans les notes d'évolution, que la personne résidente 025 avait fait l'objet d'une évaluation de l'ergothérapeute 122 à une certaine date. L'ergothérapeute 122 avait indiqué avoir changé l'appareil mécanique de la personne résidente pour un autre type, car l'une de ses composantes n'était plus nécessaire. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver, dans les dossiers médicaux de la personne résidente, un ordre du médecin ou bien de l'infirmière autorisée ou de l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure, pour l'autre type d'appareil mécanique suggéré par l'ergothérapeute 122.

Lors d'un entretien, l'IA 114 a indiqué à l'inspectrice 550 ne pas être au courant de l'exigence de la loi voulant qu'un appareil mécanique doive être ordonné par un médecin ou par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure. L'IA pensait que l'ergothérapeute pouvait ordonner le recours à une mesure de contention.



**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***

La/le DDS et l'administratrice/directrice générale ont indiqué à l'inspectrice 550 lors d'un entretien que toutes les mesures de contention nécessitent un ordre d'un médecin ou bien d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé de la catégorie supérieure conformément à leur politique, et que l'IA 114 aurait dû contacter le médecin de la personne résidente afin d'obtenir un ordre pour la ceinture de siège à quatre fixations avec bouton pour accès réduit. [Alinéa 31 (2) 4]

**Émis le 9 novembre 2017**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**

**Rapport original signé par l'inspectrice**



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

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

## Copie du public

---

**Nom des inspectrices (n°) :** MELANIE SARRAZIN (592), JOANNE HENRIE (550)

**N° de l'inspection :** 2017\_548592\_0021

**N° de registre :** 004061-17, 009996-17, 011815-17, 016390-17, 016391-17,  
016396-17, 016398-17, 016399-17, 016401-17

**Type d'inspection:** Suivi

**Date du rapport :** 9 novembre 2017

**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 :** Melissa Donskov

---

Aux termes du présent document, SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. est tenu de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

---

**Ordre no :** 001      **Type d'ordre**      Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

**Lien vers ordre existant :**      **2017\_619550\_0004, OC n° 001**

**Aux termes du :**

Règl. de l'Ont. 79/10, 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;
- b) des mesures soient 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. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).

**Ordre :**

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

1. Mettre en œuvre des interventions pertinentes pour atténuer le risque de coincement pour toutes les personnes résidentes qui utilisent un ou plusieurs côtés de lit quand on sait qu'un système de lit a échoué à l'essai pour une ou plusieurs zones de coincement. Tenir compte des interventions figurant dans le document d'accompagnement de la ligne directrice de Santé Canada intitulé « A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment » (FDA des États-Unis, juin 2006) pour chaque personne résidente et son système de lit, y compris les systèmes de lit comportant une surface thérapeutique pneumatique. Ces interventions se feront en utilisant une approche personnalisée, systématique et documentée.

2. Élaborer et mettre en œuvre un processus pour veiller à remédier immédiatement à tous les futurs échecs aux essais des systèmes de lit en prenant les mesures correctrices nécessaires conformément au document d'accompagnement de la ligne directrice de SC intitulé « A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment » (FDA des États-Unis, juin 2006).

**Motifs :**

1. 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés,  
b) des mesures soient prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;

On a remarqué que le foyer ne se conformait pas au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1) lorsque des côtés de lit sont utilisés dans le foyer, pendant l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes effectuée le 18 avril 2017. Un ordre de conformité a été émis avec une date de conformité au 30 mai 2017. Conformément à sa demande, on a accordé au foyer une prolongation avec une nouvelle date de conformité au 31 août 2017. De plus, à sa demande, on a accordé au foyer une deuxième prolongation avec une nouvelle date de conformité au 13 octobre 2017.

Il convient de remarquer que l'ordre comportait cinq critères auxquels le titulaire de permis devait se conformer.

Les critères 1a et 1b consistaient à élaborer un questionnaire de sécurité « Bed System Assessment » (évaluation des systèmes de lit) concernant les risques pour la sécurité, y compris toutes les questions et tous les conseils pertinents relativement aux dangers que présentent les lits pour la sécurité, conseils que l'on trouve dans le document *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Homes, and Home Care Settings* (FDA des États-Unis, avril 2003) recommandé dans la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage et autres risques* comme pratique couramment admise pour l'évaluation personnalisée des côtés de lit. Le questionnaire de sécurité devait contenir des questions auxquelles les évaluatrices et évaluateurs devaient répondre concernant : a. lorsque la personne résidente dort pendant une durée déterminée, établir ses habitudes, sa structure de sommeil, ses comportements et autres facteurs pertinents avant d'avoir recours à un ou plusieurs côtés de lit; et b. indiquer les solutions de rechange dont on avait fait l'essai avant d'utiliser un ou plusieurs côtés de lit, et documenter si la solution de rechange était efficace ou pas pendant une période d'observation.

Le critère 2 consistait à faire évaluer toutes les personnes résidentes identifiées comme ayant un ou plusieurs côtés de lit par une équipe interdisciplinaire à l'aide du questionnaire de sécurité « évaluation des systèmes de lit » et à documenter les résultats et recommandations pour chaque personne résidente ainsi que les mesures qui avaient été prises.

Le critère 3 consistait à ce que l'équipe interdisciplinaire réévalue toutes les personnes résidentes qui utilisaient un ou plusieurs côtés de lit, si l'on avait changé le lit de la personne et si l'on avait modifié un élément du lit, notamment les côtés de lit ou bien le matelas ou les deux.

Le critère 4 consistait à ce que le foyer prenne ou reprenne des mesures pour prévenir le coincement des personnes résidentes en tenant compte de toutes les possibilités de coincement existantes quand on avait changé des lits de personne résidente ou modifié tout élément du lit, notamment les côtés de lit ou le matelas ou les deux.

Le critère 5 consistait à élaborer et mettre en œuvre, à l'intention du personnel, des familles et des personnes résidentes, une trousse de sensibilisation et 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 ont réussi ou échoué le test des zones de piégeage, le rôle de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial et du titulaire de permis relativement aux évaluations de la personne résidente et tous autres mythes ou réalités pertinents concernant les systèmes de lit et l'utilisation des côtés de lit.

Le titulaire de permis a satisfait aux critères 1a et b, 2, 3 et 5.  
Il n'a pas satisfait au critère 4 comme on le décrit ci-dessous.

Une inspection de suivi a été effectuée le 18 octobre 2017.

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 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) et intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques, 2008* (ligne directrice de SC). Dans l'avis, on mentionne que cette ligne directrice de SC devrait servir de « document présentant des pratiques exemplaires ». La ligne directrice de SC comporte le titre de deux autres documents d'accompagnement publiés par le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA) des États-Unis. Ces documents d'accompagnement, cités dans la ligne directrice de SC, sont qualifiés de « ressources utiles » et mentionnent les pratiques couramment admises en matière d'utilisation des côtés de lit.

On entend par pratiques couramment admises des pratiques prédominantes, généralement admises et répandues qui servent de fondement aux 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 des États-Unis). 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 de côtés de lit comparée à leur non-utilisation. Ce processus implique de faire une comparaison entre l'éventualité de blessure ou de décès en cas d'utilisation ou de non-utilisation des 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, 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 utiliser des côtés de lit. 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.

Lors d'un entretien, le 18 octobre 2017, l'administratrice a déclaré à l'inspectrice qu'à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, le foyer avait créé un questionnaire de sécurité intitulé « Bed System Assessment » (évaluation des systèmes de lit) concernant les risques que présentaient les lits pour la sécurité, et comprenant toutes les questions et tous les conseils pertinents relativement aux dangers que présentent les lits pour la sécurité, que toutes les personnes résidentes avaient été évaluées à l'aide d'un formulaire intitulé « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) qui se trouvait dans le système logiciel du foyer. L'administratrice a indiqué en outre que, lors de l'admission d'une nouvelle personne résidente, on lui fournit un lit sans côtés de lit jusqu'à ce que l'on termine l'évaluation de la personne résidente et de la sécurité du système de lit. Elle a indiqué de plus qu'après obtention des résultats de l'évaluation, les solutions de rechange particulières et l'équipement requis seront fondés sur les besoins individuels de la personne résidente. L'administratrice a également indiqué que l'on trouvera au besoin dans les notes d'évolution de la personne résidente des renseignements complémentaires sur les modifications apportées à son lit, ainsi que les sujets d'inquiétudes et l'autorisation de la famille. Au cours de l'entretien, l'administratrice a indiqué

**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*

que l'on avait fait l'essai et l'évaluation de 198 lits relativement aux zones présentant un danger de coincement, que l'on avait jeté certains lits à la suite des résultats des essais et acheté un total de 67 lits pour les remplacer. Elle a en outre indiqué que l'on avait offert de la sensibilisation au personnel, aux personnes résidentes et aux membres des familles pour préciser les règlements et les pratiques couramment admises qui régissent les lits d'hôpitaux pour adultes, le risque de l'utilisation des côtés de lit, et si les lits réussissent ou échouent à l'essai des zones de coincement.

La coordonnatrice/le coordonnateur des services auxiliaires a fourni à l'inspectrice un tableur pour le suivi des lits ayant fait l'objet d'un essai et pour le suivi des essais des zones de coincement. Le tableur mentionne 198 lits, en indiquant ce qui suit : numéros de chambre, noms des personnes résidentes, numéros de lit, type de lit, type de côté de lit utilisé, zone de coincement (essai réussi ou échoué), type de matelas, commentaires, réévaluation et suivi de pré-admission. La coordonnatrice/le coordonnateur a indiqué que la lettre F était le codage utilisé pour indiquer un échec à une zone de coincement particulière. Il/elle a en outre indiqué que si on laissait des cases vides dans la section des zones, cela signifiait que l'essai de la zone avait réussi.

Un examen du document de Santé Canada (SC) intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques, 2008* (ligne directrice de SC) identifiait 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 ou le pied de lit et l'extrémité du matelas.

Lors d'un examen de la feuille de suivi du foyer, on remarquait que 16 lits étaient identifiés par la lettre F dans les cases de l'évaluation des zones de coincement (réussite ou échec).

Le tableur indiquait que :

Cinq lits étaient identifiés par la lettre F pour la zone 7.

Quatre lits étaient identifiés par la lettre F pour la zone 6.

Un lit était identifié par la lettre F pour la zone 3.

Neuf lits étaient identifiés par la lettre F pour la zone 2.

Un lit était identifié par la lettre F pour la zone 1.

Le tableur indiquait également que le foyer avait huit surfaces thérapeutiques pneumatiques utilisées, les cases vides sous la mention du risque de coincement de la zone indiquant que la zone de coincement avait réussi le test.

Conformément à la ligne directrice de Santé Canada, les systèmes de lit avec surfaces thérapeutiques pneumatiques sont exempts des essais prescrits pour les zones 2 à 4 en raison de la nature fortement compressible des matelas.

Le 19 octobre 2017, l'inspectrice 592 a fait un examen des dossiers médicaux de trois personnes résidentes dont on mentionnait que le lit avait échoué à l'essai de zone de coincement.

On indiquait que le lit de la personne résidente 028 avait échoué à l'essai des zones 1, 2, 3 et 6.

La personne résidente 028 a été admise au foyer en 2015 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics, comme de l'arthrite et des épisodes dépressifs. L'évaluation « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) effectuée à une certaine date, indiquait que la personne résidente avait un certain lit à hauteur variable avec quatre côtés de lit, et qu'elle n'en utilise qu'un. Le questionnaire sur la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit indiquait de plus un « oui » à la question 2, qui consiste à évaluer le niveau de risque pour les côtés de lit et les blessures, car la personne résidente est sujette à de l'agitation, à de l'épilepsie ou à d'autres mouvements involontaires, ce qui peut provoquer un coincement. Le programme de soins en vigueur indiquait que la personne résidente choisissait de garder les côtés de lit pour se sentir en sécurité en utilisant un côté de lit d'un quart de longueur et en laissant les trois autres abaissés.

Le 20 octobre 2017, l'inspectrice 592 a observé le lit de la personne résidente 028 avec un côté de lit d'un quart de longueur en position relevée. On remarquait qu'il y avait un espace de cinq pouces entre le cadre du lit et le côté de lit (zone 2).

Le lit de la personne résidente 027 était mentionné comme ayant échoué à l'essai de la zone 2.

La personne résidente 027 avait été admise au foyer en 2016 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics, comme du diabète sucré et de la démence. L'évaluation « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) effectuée à une certaine date, indiquait que la personne résidente avait un lit à hauteur variable avec deux côtés de lit d'un quart de longueur à la tête du lit pour l'aider. Le questionnaire sur la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit indiquait de plus un « oui » à la question 2, qui consiste à évaluer le niveau de risque pour les côtés de lit et les

**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*

blessures, car la personne résidente est sujette à de l'agitation, à de l'épilepsie ou à d'autres mouvements involontaires, ce qui peut provoquer un coincement. Le questionnaire indiquait de plus, à la rubrique système de lit et évaluation du sommeil de la question 2, que la personne résidente souffrait de troubles du sommeil. Le programme de soins en vigueur indiquait que la personne résidente avait deux côtés de lit de pleine longueur pour l'assister en matière de mobilité et de sécurité, à la demande de la personne résidente et de sa mandataire spéciale/son mandataire spécial (MS).

Le lit de la personne résidente 029 était mentionné comme ayant échoué à l'essai de la zone 2.

La personne résidente 029 avait été admise au foyer en 2012 en faisant l'objet de plusieurs diagnostics, comme de la fibromyalgie et de l'ostéoporose. L'évaluation « Resident and Bed System Safety Assessment » (évaluation de la sécurité des personnes résidentes et des systèmes de lit) effectuée à une certaine date indiquait que la personne résidente avait un certain lit à hauteur variable avec un côté de lit de pleine longueur. L'évaluation indiquait en outre que la personne résidente avait été mise au courant du risque de coincement avec un côté de lit de pleine longueur à la suite des résultats de l'évaluation du lit, mais qu'elle exprimait toujours le désir de garder en place le côté de lit de pleine longueur.

Après examen du programme de soins des trois personnes résidentes susmentionnées, nous n'avons trouvé aucune intervention, aucune démarche et aucune mesure prises pour empêcher le coincement des personnes résidentes dans les zones mentionnées.

Le 20 octobre 2017 lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué qu'on l'avait mise au courant des résultats de l'évaluation des systèmes de lit et des lits signalés comme ayant échoué à l'essai des zones de coincement. L'administratrice a indiqué en outre qu'il n'y avait pas de processus structuré en place pour prévenir le coincement d'une personne résidente en ce qui concerne les lits identifiés comme ayant échoué à l'essai des zones de coincement. Elle a déclaré de plus que le foyer avait refait l'essai des lits identifiés comme ayant échoué à l'essai des zones de coincement, que l'on avait pu faire certaines modifications, et que l'on avait eu également un entretien avec les personnes résidentes et les membres des familles pour exposer le risque de coincement inhérent au fait de garder les côtés de lit, et que le résultat de l'entretien était conservé dans les dossiers médicaux des personnes résidentes. Au moment de l'inspection, le foyer travaillait activement à mettre des mesures en place pour empêcher le coincement des personnes résidentes. [Alinéa 15 (1) b)] (592)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

15 décembre 2017

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

**Lien vers ordre existant :**      2017\_618211\_0008, OC n° 002;

**Aux termes du :**

Règl. de l'Ont.79/10, 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).

**Ordre :**

1. Ordre est donné au titulaire de permis de mettre en œuvre un processus de surveillance pour veiller à ce que l'ensemble des aides-diététistes qui servent des repas dans les unités soient informés des menus planifiés pour le repas qu'ils ou elles vont servir et à ce que les chariots de service contiennent tous les choix conformes au menu planifié avant d'être amenés dans chaque unité.

2. Ce processus doit permettre de veiller à ce que les choix indiqués au menu soient offerts aux personnes résidentes lors des repas conformément au menu planifié.

3. Ce processus de surveillance doit être documenté.

**Motifs :**

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

Il s'agit d'une inspection de suivi de l'OC n° 002 émis le 28 juin 2017, avec une date de conformité au 28 septembre 2017.

Le 5 octobre 2017, l'inspectrice 550 a observé à 12 heures le service du déjeuner de la salle à manger d'une certaine unité. Selon le menu de la 3<sup>e</sup> semaine pour les régimes thérapeutiques, pour le 18<sup>e</sup> jour du menu printemps-été affiché dans le couloir à l'entrée de la salle à manger, les choix de desserts pour les régimes thérapeutiques étaient comme suit :

Carrés aux dates pour les régimes alimentaires réguliers et à texture molle, et crème glacée pour les régimes alimentaires comportant des aliments hachés fins et en purée.

Pêches coupées en dés pour les régimes alimentaires réguliers et à texture molle, et purée de pêches pour les régimes alimentaires comportant des aliments en purée et hachés fins.

D'après les choix disponibles sur le charriot des desserts, on a offert aux personnes résidentes des carrés aux dates, des pêches coupées en dés, du yogourt et du Jello rouge. L'inspectrice 550 a remarqué que l'on n'offrait à aucune personne résidente la crème glacée pour les régimes alimentaires comportant des aliments hachés fins et en purée. L'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que l'on n'avait pas mis la crème glacée sur le chariot des desserts, car cet aliment doit être congelé. La crème glacée était dans le réfrigérateur de la dépense et les PSSP devaient aller la chercher dans le congélateur. La/le PSSP 111 a dit ne pas savoir que la crème glacée était au menu pour le repas en question.

Le 6 octobre 2017, l'inspectrice a observé les services de repas du petit déjeuner et du déjeuner dans une autre unité.

Le menu du petit déjeuner et du déjeuner affiché dans la salle à manger indiquait ce qui suit :

Petit déjeuner :

Banane

Pruneaux en purée

Crème de blé

Céréales froides

Rôties variées

Œufs brouillés

Déjeuner :

Soupe aux pois/crème de céleri en purée

Tomates et concombres avec vinaigrette/Purée de salade verte

Sandwiches assortis (œuf/jambon)/Purée de veau

Poisson pané au citron et au poivre/poisson pilé sans panure/purée de poisson

Carottes/carottes émincées/purée de carottes

Purée de pommes de terre

Frites de patates douces

Gâteau sablé aux fraises

Purée de fraises

Bananes/fruits individuels en purée

On a servi à la personne résidente 010 une assiette avec des œufs brouillés, deux rôties coupées et des tranches de bananes après qu'elle eût mangé ses céréales au petit déjeuner. On ne lui a pas offert d'autres choix d'aliments. Au déjeuner, on a servi à la personne résidente une assiette avec trois morceaux de sandwich, de la purée de pommes de terre avec du jus et des carottes, on ne lui a pas offert de choix d'aliments. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente au point de service; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui offrir des

choix d'aliments.

Pour le petit déjeuner, on a donné à manger à la personne résidente 011 des céréales chaudes, du pain en purée et des œufs en purée. On ne lui a pas proposé ni donné des bananes ou des pruneaux, comme l'indiquait le menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente, et il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui donner des fruits au petit déjeuner.

Pour le petit déjeuner, on a servi à la personne résidente 012 une assiette contenant des œufs, une rôtie coupée avec de la confiture. On ne lui a pas proposé ni donné des céréales ou un fruit, comme l'indiquait le menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui donner de céréales ou de fruit au petit déjeuner, ou qu'elle n'était pas capable de faire des choix d'aliments.

Pour le petit déjeuner, on a donné à manger à la personne résidente 013 de la crème de blé, du pain en purée et des œufs en purée. On ne lui a pas donné des fruits, comme l'indiquait le menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui donner un fruit au petit déjeuner.

Au petit déjeuner, la/le PSSP 102 a essayé d'alimenter la personne résidente 014 avec des céréales chaudes dans un verre avec une paille, ce que celle-ci a refusé. L'IAA 109 a alors donné à la/au PSSP 102 un verre avec une paille et a indiqué ensuite à l'inspectrice qu'il contenait un complément alimentaire mélangé à du lait. La personne résidente a consommé la totalité du lait avec le complément alimentaire. On n'a pas offert ni donné à la personne résidente d'autres aliments figurant au menu après qu'elle eût refusé de manger les céréales. L'IAA 109 a indiqué à l'inspectrice qu'il est fréquent que cette personne résidente ne mange pas, et que c'est la raison pour laquelle on lui donne le complément alimentaire. L'IAA a déclaré en outre que quand la personne résidente refuse de manger ses céréales, elle refuse toujours tout le reste; cela ne sert donc à rien de lui offrir les autres aliments, car la personne résidente a toujours été comme ça. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui offrir d'autres aliments quand elle ne mangeait pas, ni qu'elle était incapable de faire des choix d'aliments.

À 9 h 25, la personne résidente 015 est arrivée dans la salle à manger pour le petit déjeuner, et la personne résidente 016, qui avait précédemment refusé de manger a décidé qu'elle était prête à manger. À ce moment-là, le chariot de service contenant les aliments chauds avait déjà quitté l'unité, et il n'y avait plus d'aliments chauds à offrir aux deux personnes résidentes. La/le PSSP 111 a donné aux deux personnes résidentes des céréales froides et du lait, et a informé l'inspectrice qu'il/elle allait leur faire des rôties dans la dépense. La/le PSSP a déclaré ne pas

**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*

être en mesure d'offrir des œufs et des céréales chaudes, car le chariot de service des aliments chauds était déjà parti.

Au déjeuner, on n'a pas offert ni donné de purée de salade verte aux personnes résidentes 008 et 009 conformément à leur régime thérapeutique, car il n'en restait pas. L'inspectrice 550 a remarqué que l'on n'offrait des bananes à aucune des personnes résidentes dans la salle à manger; la banane était l'un des choix mentionnés dans le menu pour le dessert du déjeuner. La PSSP 111 et l'IAA 109 ont indiqué à l'inspectrice ne pas être au courant que les bananes étaient au menu pour le dessert, car ils/elles n'avaient pas regardé le menu, en indiquant en outre qu'il n'y avait pas de bananes sur le chariot des desserts. La/le diététiste agréé(e) qui était dans la salle à manger à ce moment-là a montré aux membres du personnel que les bananes se trouvaient sur le dessus du chariot servant à transporter le dessert de la cuisine à la dépense et qui se trouvait dans la dépense. Ce chariot est l'endroit où les PSSP obtiennent les desserts disposés sur les assiettes pour les placer sur le chariot des desserts et les offrir aux personnes résidentes.

Le 10 octobre 2017, l'inspectrice 550 a observé le service du petit déjeuner dans une autre unité.

Le menu affiché pour le petit déjeuner se lisait comme suit :

Mandarine, purée de pruneaux

Gruau

Céréales froides

Rôties

Œufs brouillés

L'aide-diététiste 110 a servi à la personne résidente 017 une assiette contenant des rôties avec du beurre d'arachide et des œufs brouillés. On n'a pas offert de choix de céréales et de fruits à la personne résidente.

L'aide-diététiste 110 a servi à la personne résidente 018 du café et une rôtie. On ne lui a pas offert de choix d'aliments, de fruits, de céréales ou d'œufs.

On a servi à la personne résidente 019 une rôtie, des céréales chaudes et du jus de canneberge. On ne lui a pas offert de choix d'aliments, de fruits ou d'œufs.

On a servi à la personne résidente 020 du jus de canneberge, des flocons de son dans du lait, une rôtie et des œufs. On ne lui a pas offert de choix d'aliments ou de fruits.

On n'a pas offert à ces quatre personnes résidentes les choix d'aliments conformes au menu planifié. L'inspectrice a examiné le Kardex au point de service pour toutes les quatre personnes résidentes, et il n'indiquait pas que l'on ne devait pas leur offrir les choix indiqués au menu planifié, ni qu'elles étaient incapables de faire des choix d'aliments.

À 9 h 20, l'inspectrice a remarqué que l'on n'offrait aux personnes résidentes aucun fruit comme l'indiquait le menu, à l'exception de trois personnes résidentes à qui l'on avait servi des pruneaux. Lors d'un entretien, l'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que le menu mentionnait des mandarines, mais qu'ils n'en avaient pas ce matin-là, car on n'en avait pas commandé jeudi dernier. En raison de la longue fin de semaine, on n'avait pas livré de mandarines au foyer. L'aide-diététiste a expliqué n'avoir que trois portions de pruneaux, car seules les trois mêmes personnes résidentes prennent des pruneaux tous les matins. L'inspectrice a demandé s'il y avait de la purée de pruneau comme l'indiquait le menu des personnes résidentes. L'aide-diététiste a indiqué en outre que les personnes résidentes de la petite salle à manger n'avaient pas besoin de prendre des pruneaux, car elles n'avaient pas de problèmes pour aller à la selle. À 9 h 45, la/le chef du service d'alimentation a apporté les mandarines à l'unité. À ce moment-là, il ne restait que cinq personnes résidentes dans la salle à manger en train de prendre leur petit déjeuner, toutes les autres personnes résidentes avaient fini leur petit déjeuner et étaient retournées dans leur chambre. La/le chef du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice avoir été mis(e) au courant par l'administratrice/directrice générale qu'il n'y avait pas de mandarines dans l'unité bien qu'elles fussent au menu. Il y avait des mandarines et l'aide-diététiste 110 aurait dû les apporter à l'unité en même temps qu'il/elle avait amené son chariot de service. La/le chef du service d'alimentation a expliqué en outre que même si les pruneaux figuraient au menu quotidien du petit déjeuner, on n'en donnait pas à toutes les personnes résidentes tous les jours, car il n'y avait que trois personnes résidentes particulières auxquelles on en donnait quotidiennement. On donnait des pruneaux aux autres personnes résidentes selon un calendrier qui se trouvait dans son bureau.

À 9 h 55, le personnel a amené la personne résidente 021 pour prendre un petit déjeuner et on lui a servi un yogourt ordinaire, des mandarines, des œufs et des rôties. On ne lui a pas proposé de céréales comme l'indiquait le menu planifié. L'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que cette personne résidente ne prend jamais de céréales, et que par conséquent on ne lui en offre pas. L'inspectrice a examiné le Kardex de la personne résidente; il n'indiquait pas que l'on ne devait pas lui offrir des céréales, ni qu'elle était incapable de faire des choix d'aliments.

Lors d'un entretien, le 26 octobre 2017, l'aide-diététiste 110 a indiqué à l'inspectrice que les personnes résidentes qui ne peuvent pas faire de choix d'aliments sont servies selon leurs préférences et leurs aversions qui figurent dans leur Kardex au point de service, et qu'il/elle sait ce que les personnes résidentes préfèrent manger, car il/elle travaille ici depuis de nombreuses années. La personne résidente 017 ne prend pas de céréales le matin, on donne à la personne résidente 018 des céréales, un fruit et des œufs seulement s'il y a un membre du personnel pour lui faire manger ces aliments, la personne résidente 019 n'aime pas les mandarines et les œufs, et la personne résidente 020 ne mange pas de fruits le matin.



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

Lors d'un entretien le 10 octobre 2017, la/le diététiste agréé(e), les deux chefs du service d'alimentation, la directrice/le directeur des soins et la directrice générale, ont indiqué à l'inspectrice que tous les choix au menu planifié doivent être offerts à toutes les personnes résidentes, y compris aux personnes qui ont des régimes alimentaires à texture modifiée.

Comme le montre ce qui précède, les choix indiqués au menu planifié n'étaient pas disponibles et offerts à chaque personne résidente lors de chaque repas et collation.

Un ordre de non-conformité (OC) a précédemment été émis le 28 juin 2017 avec une date de conformité au 28 septembre 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017\_618211\_0008. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 22 février 2017, dans le cadre de l'inspection n° 2017\_619550\_0003. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 16 février 2017, dans le cadre de l'inspection n° 2017\_619550\_0004. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 29 juillet 2016, dans le cadre de l'inspection n° 2016\_289550\_0023. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 21 janvier 2016, dans le cadre de l'inspection n° 2015\_289550\_0027. [Par. 71. (4)] (550

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

15 décembre 2017



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

## **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'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, 11e étage Toronto ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la  
registrateur(e) 151, rue Bloor  
Ouest, 9e étage Toronto ON M5S  
2T5

Directeur  
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière  
d'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, 11e étage  
Toronto ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

**Émis le 9 novembre 2017**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :** Melanie Sarrazin

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