



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

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

Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

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

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

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

Copie destinée au public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
18 août 2014	2014_284545_0020	0-000717-14	Inspection de la qualité des services aux résidents
Titulaire de permis TAMIGAMI INC. 05, rue Loisel, C.P. 2132, Embrun (Ontario), K0A 1W1			
Foyer de soins de longue durée SARFIELD COLONIAL HOME 2861 Colonial Road, C.P. 130, Sarsfield (Ontario) K0A 3E0			
Inspectrice(s) ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547), LYNE DUCHESNE (117), MELANIE SARRAZIN (592)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR).

L'inspection s'est tenue les 28, 29, 30 et 31 juillet, ainsi que les 1^{er}, 5, 6, 7 et 8 août 2014.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec l'administratrice, la directrice des soins, l'administratrice adjointe, la chef des services de nutrition/directrice intérimaire des activités, le directeur des services environnementaux, la coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI)/directrice intérimaire des soins, le diététiste agréé, le pharmacien, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), 1 aide-physiothérapeute, 1 aide à l'entretien ménager, 1 aide-diététiste, 1 membre du conseil des résidents, des membres des familles et des résidents.

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont fait une visite de toutes les aires de soins aux résidents, observé les chambres à coucher, observé les aires communes des résidents, observé la distribution et l'administration des médicaments et les aires d'entreposage des médicaments, observé deux services de repas, examiné le dossier de santé des résidents, l'emploi du temps du personnel, plusieurs politiques pertinentes du foyer, le procès-verbal des réunions du conseil des résidents et observé les soins et services offerts aux résidents.

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

services d'hébergement – entretien ménager;
services d'hébergement – entretien;
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
dignité, liberté de choisir et vie privée;
observation des repas;
conseil des familles;
qualité des aliments;
prévention et contrôle des infections;
médicaments;
recours minimal à la contention;
nutrition et hydratation;
services de soutien personnel;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
loisirs et activités sociales;
conseil des résidents;
comportements réactifs;
foyer sûr et sécuritaire;
soins de la peau et des plaies;
personnel suffisant;
formation et orientation.

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 131 (Administration des médicaments).

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

Par. 131. (3) Sous réserve des paragraphes (4) et (5), le titulaire de permis veille à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, paragraphe 131 (3), sous réserve du paragraphe 4.1, et à l'alinéa 131 (8) b) dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident au foyer.

Conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 131 (4.1) :

Un membre du personnel infirmier autorisé peut permettre à une étudiante infirmière ou à un étudiant infirmier d'administrer des médicaments aux résidents si les conditions suivantes sont réunies :

- a) le titulaire de permis a vérifié auprès de l'université ou du collège offrant le programme d'études en sciences infirmières auquel l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier est inscrit que cette personne a reçu un enseignement ou une formation sur l'administration des médicaments dans le cadre du programme;
- b) l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier a reçu une formation, dispensée par un membre du personnel infirmier autorisé, sur les politiques et les protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments prévu au paragraphe 114 (2);
- c) le membre du personnel infirmier autorisé qui permet l'administration des médicaments est convaincu que l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier peut les administrer en toute sécurité;
- d) l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier qui administre les médicaments le fait sous la supervision du membre du personnel infirmier autorisé. Règl. de l'Ont. 218/13, par. 1 (2).

De plus, conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 131 (8), la définition qui suit s'applique au présent article.

« étudiante infirmière ou étudiant infirmier » Personne qui :

a) d'une part, est inscrite à un programme d'études dont la réussite répond aux exigences en matière d'études pour la délivrance d'un certificat d'inscription à titre d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé ou à titre d'infirmière auxiliaire autorisée ou d'infirmier auxiliaire autorisé qui sont énoncées dans les règlements pris en vertu de la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers;

b) d'autre part, travaille au foyer de soins de longue durée dans le cadre du placement clinique exigé par le programme d'études conformément à une entente conclue entre le titulaire de permis et l'université ou le collège offrant le programme d'études. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (8); Règl. de l'Ont. 218/13, par. 1 (3).

Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), l'employée 117 a été observée au cours de plusieurs quarts de jour au moment de fournir des soins et des services aux résidents du foyer en tant que préposée aux services de soutien à la personne (PSSP).

En examinant l'emploi du temps du personnel pour la période du 19 juillet au 15 août 2014, il a été noté que l'employée 117 devait travailler comme infirmière auxiliaire autorisée durant les quarts de jour suivants :
les 25 et 30 juillet 2014;
les 2, 3, 8 et 13 août 2014.

Ce foyer fournit des soins et des services à 46 résidents répartis sur trois étages. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) durant le jour est chargée d'administrer les médicaments prescrits aux 46 résidents.

Le 8 août 2014 à 8 h 20, l'inspectrice 545 a observé l'employé 117 administrer des médicaments par voie orale à des résidents du troisième étage. Lorsqu'on lui a demandé si elle était infirmière auxiliaire autorisée ou infirmière autorisée (IA), l'employée 117 a indiqué qu'elle n'était ni IAA ni IA. L'employée 117 a expliqué qu'elle était étudiante infirmière et qu'elle retournait à l'université en septembre 2014. L'employée 117 a ajouté que la directrice des soins savait qu'elle n'avait pas de permis d'exercer en qualité d'IA ou d'IAA et qu'elle l'avait autorisée à exercer en qualité d'IAA et en qualité de PSSP.

Le 8 août 2014 à 8 h 45, durant un entretien avec la coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI)/directrice des soins, celle-ci a affirmé qu'elle pensait que l'employée 117 avait un permis temporaire l'autorisant à exercer en tant qu'IAA. Lors d'un entretien avec l'adjointe administrative (chef de bureau), celle-ci a indiqué que l'employée 117 n'avait pas de permis d'IAA ni de permis d'IA et qu'elle ne travaillait pas dans ce foyer de soins de longue durée dans le cadre d'un stage clinique. L'adjointe administrative a ajouté que la directrice des soins lui avait donné la permission d'affecter l'employée 117 en tant qu'IAA aux trois étages du foyer.

Le 8 août 2014 à 8 h 50, durant un entretien téléphonique avec l'administratrice, celle-ci a expliqué à l'inspectrice 126 qu'elle savait que l'employée 117 n'était pas IAA et que, pourtant, le foyer la faisait travailler comme IAA. L'administratrice a ajouté qu'elle croyait acceptable de faire travailler l'employée 117 comme IAA étant donné qu'elle retournait à l'université en septembre 2014 pour terminer son programme de formation d'infirmière.

Autres mesures requises :

L'OC n° 901 a été signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 8 (1) b), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que le programme, le plan, la politique, le protocole, la marche à suivre, la stratégie ou le système établis ou par ailleurs mis en place soient respectés.

Conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 48 (1) 2, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que les programmes interdisciplinaires suivants soient élaborés et mis en œuvre au sein de l'établissement : offrir un programme de soin de la peau et des plaies pour promouvoir l'intégrité de la peau, prévenir l'apparition de plaies et de lésions de pression et proposer des interventions efficaces à l'égard des soins de la peau et des plaies.

La politique du foyer concernant les soins de la peau (revue le 28 mai 2013) et son protocole relatif aux soins de la peau et des plaies (revu le 27 mai 2013) ont été examinés par les inspectrices 545 et 126 et les directives suivantes y ont été trouvées :

Politique concernant les soins de la peau : politique pour l'évaluation régulière de la peau et rapport : « Le point 3 de la marche à suivre (*Procedure*), il est indiqué que « Si l'état de la peau, les lésions de pression et autres ne s'améliorent pas, l'IA ou IAA veillera à ce que le médecin en soit avisé par téléphone ou lors de sa prochaine visite en inscrivant des remarques sur le formulaire *Weekly Physician Visit*.

Protocole relatif aux soins de la peau et des plaies :

- Le point 10 de la marche à suivre (*Procedure*) indiquait : « Une photo doit être prise pour toutes les plaies de stade 3, 4 ou X au début, mensuellement et lorsque nécessaire et être conservée dans le dossier de traitement et d'observations (*Treatment and Observations*) et dans le dossier d'administration des traitements (*Treatment Administration Record*), le cas échéant.
- Le point 14 de la marche à suivre (*Procedure*) indiquait : « Si un résident a une plaie de stade 3 ou plus, l'IA ou IAA doit en aviser le directeur des soins et discuter d'un plan d'action. L'infirmière stomothérapeute peut être appelée pour une consultation, mais ce service n'est plus pris en charge par l'Assurance-santé. S'il s'agit d'une plaie de stade 2, il faut consulter un médecin pour déterminer le traitement approprié.
- Le point 1 de la marche à suivre pour changer un pansement (*Procedure for Clean Dressing Change*)

indiquait : « Vérifiez l'ordonnance médicale pour connaître le traitement actuel et approprié.

- Le point 16 de la marche à suivre pour changer un pansement (*Procedure for Clean Dressing Change*) indiquait : « Administrer le médicament selon l'ordonnance médicale et le pansement selon la recommandation du médecin. »

À l'évaluation, les résidents 003 et 005 présentaient des lésions de pression caractérisées par : la perte d'une couche complète de l'épiderme avec exposition des tissus sous-cutanés et formation d'un profond cratère avec ou sans lésions des tissus adjacents.

À l'évaluation, le résident 005 présentait une lésion de pression de stade 3 qu'il a eue dans une région du corps pendant un an.

L'inspectrice 545 a examiné le plus récent programme de soins du résident 005. Sous la rubrique concernant l'intégrité de la peau, il était indiqué de faire le « pansement selon les ordres du médecin ». La seule ordonnance trouvée dans la dernière révision médicale des médicaments (*Physician Medication Review*) était le protocole de soins de la peau (*Skin Protocol*).

Selon la coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI)/directrice des soins, aucune photo de la lésion de pression de stade 3 dans une région du corps n'a été trouvée dans le dossier de traitement et d'observations (*Treatment and Observations Record*) ni dans le dossier d'administration des traitements (*Treatment Administration Record*) du résident 005.

Lors d'un entretien avec l'IA n° 111, le 1^{er} août 2014, celle-ci a indiqué qu'elle n'avait jamais demandé d'ordres pour la lésion de pression de stade 3 du résident 005, a ajouté que divers traitements avaient d'abord été essayés et qu'à la mi-octobre 2013 une compresse antimicrobienne avait été appliquée. L'IA n° 111 a indiqué que, huit mois plus tard, le traitement avait été remplacé par une crème antimicrobienne. L'IA a expliqué que les crèmes antimicrobiennes étaient disponibles au foyer et qu'elle ne pensait pas qu'elle devait consulter le médecin pour le traitement d'une lésion de pression de stade 3; que le médecin faisait confiance au personnel autorisé en matière de protocoles de soins de la peau. L'IA n° 111 a indiqué qu'elle n'était pas infirmière praticienne ni infirmière stomothérapeute.

Le 5 août 2014, lors d'un entretien, la coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI)/directrice intérimaire des soins a indiqué que l'infirmière stomothérapeute aurait été consultée par téléphone ou par courriel et qu'une photo de la lésion de pression de stade 3 du résident 005 aurait probablement été envoyée en octobre 2013, mais elle a été incapable de trouver de la documentation et une photo à l'appui. Elle a expliqué que le foyer s'attendait à ce que les recommandations de l'infirmière stomothérapeute soient examinées avec le médecin et cosignées par celui-ci. [alinéas 8 (1) a) et 8 (1) b)]

2. Le résident 003 avait une lésion de pression de stade 3 dans une région du corps.

Lors d'un entretien avec l'IA n° 111, celle-ci a affirmé à l'inspectrice 126 que la coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI) avait envoyé (par courriel) une photo de la lésion de pression à l'infirmière stomothérapeute un jour de juillet 2014 et que cette dernière avait recommandé un traitement particulier qui a été amorcé par le personnel autorisé et documenté par celui-ci au dossier de traitement et d'observations (*Treatment and Observations Record*).

Le 31 juillet 2014, l'IA n° 8111 a indiqué que le foyer n'avait pas consulté de médecin ni obtenu d'ordonnance médicale pour l'administration de ce traitement. Une ordonnance téléphonique a été obtenue le 1^{er} août 2014 pour ce traitement particulier. (126) [alinéas 8 (1) a) et 8 (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect du programme, du plan, de la politique, du protocole, de la marche à suivre, de la stratégie ou du système établis ou par ailleurs mis en place pour promouvoir l'intégrité de la peau, prévenir l'apparition de plaies et de lésions de pression et assurer des interventions efficaces pour les soins de la peau et des plaies. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 50 (Soins de la peau et des plaies).

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

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

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

(i) dans les 24 heures de son admission,

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

(iii) dès son retour d'une absence de plus de 24 heures, le cas échéant; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).

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

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

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 50 (2) a) (ii), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce qu'un résident montrant une altération de l'intégrité épidermique se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital. Le résident 003 a été admis à l'hôpital un jour de juillet 2014 et est rentré au foyer trois jours plus tard. Le résident 003 avait une lésion de pression de stade 3 dans une région du corps avant d'être envoyé à l'hôpital. Le pansement du résident 003 a été changé le jour suivant son retour de l'hôpital et, contrairement à la politique du foyer, aucune documentation n'a été remplie au sujet de l'évaluation de la peau.

Le 5 août 2014, lors d'un entretien avec l'IA n° 111, celle-ci a indiqué qu'en date d'aujourd'hui, contrairement à la politique en vigueur, l'évaluation de la peau du résident 003 n'avait pas encore été faite.
[sous-alinéa 50 (2) a) (ii)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, sous-alinéa 50 (2) b) (iv),

dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce qu'un résident présentant une altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

L'évaluation du résident 005 avant son hospitalisation, il y a un an, a démontré que le résident était totalement dépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne et qu'il avait une déficience cognitive sévère. Comme l'indique une révision des ordonnances médicales, il a été documenté qu'à son retour de l'hôpital, des soins palliatifs avaient été amorcés.

Comme le confirme une révision du dossier de traitement et d'observations pour la gestion des soins de la peau (*Skin Care Management - Treatment and Observations Record*), il a été documenté que le résident 005 est rentré de l'hôpital il y a un an avec une cloque de sang non perforée sur une région du corps.

Au cours de la dernière année, le processus de guérison de la lésion de pression a été documenté au dossier de traitement et d'observations pour la gestion des soins de la peau (*Skin Care Management - Treatment and Observations Record*) :

- un jour d'octobre 2013 : lésion de pression de stade 3;
- un jour de novembre 2013 : lésion de pression de stade X;
- un jour de décembre 2013 : écoulement nauséabond, échantillon recueilli sur un tampon et envoyé au laboratoire;
- un jour de mai 2014 : lésion de pression de stade 2;
- un jour de juin 2014 : augmentation de la taille;
- 14 jours plus tard, en juin 2014 : écoulement nauséabond;
- 12 jours plus tard, en juin 2014 : échantillon recueilli sur un tampon et envoyé au laboratoire;
- 2 jours plus tard, en juillet 2014 : lésion de pression de stade X;
- un jour de juillet 2014 : lésion de pression de stade 3.

Lors d'un entretien avec l'IA 111, celle-ci a confirmé que les évaluations hebdomadaires de la peau n'avaient pas été faites chaque semaine entre le retour du résident 005 de l'hôpital, il y a un an, et la fin de juillet 2014 lorsque le résident 005 présentait, sur une région du corps, une lésion de pression qui ne guérissait pas :

- septembre 2013 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 1 semaine sur 4;
- octobre 2013 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 3 semaines sur 4;
- novembre 2013 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 1 semaine sur 4;
- janvier 2014 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 4 semaines sur 5;
- février 2014 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 3 semaines sur 4;
- mars 2014 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 2 semaines sur 4;
- avril 2014 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 1 semaine sur 4;
- mai 2014 : les évaluations hebdomadaires ont été faites 2 semaines sur 5.

Ainsi, le résident 005, qui présentait une altération de l'intégrité épidermique telle qu'une lésion de pression (du stade X au stade 3) sur une région du corps, n'a pas été réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé alors que cela s'imposait sur le plan clinique. [sous-alinéa 50 (2) b) (iv)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le résident 003 et le résident 005, dont l'intégrité épidermique est altérée, se fassent évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès leur retour de l'hôpital et se fassent réévaluer au moins une

fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : 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. 76 (Recyclage).

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

76. (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 76 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2008, chap. 8, par. 76 (4), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que tout le personnel se recycle annuellement dans les domaines suivants : la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des résidents, l'obligation de faire rapport conformément à l'article 24 et la protection des dénonciateurs.

Le 8 août 2014, l'inspectrice 126 a discuté avec l'infirmière enseignante, employée n° 121, qui a affirmé que pour la semaine de la santé et de la sécurité, en 2013, il n'y avait pas encore eu de formation sur les mauvais traitements, l'obligation de faire rapport et la protection des dénonciateurs. Elle a expliqué que le personnel avait eu un contrôle sur la déclaration des droits des résidents et d'autres sujets tels que la vie privée, les effets personnels et des exercices. L'IAA n° 121 travaille comme infirmière enseignante depuis un an et demi et, depuis son entrée à cette fonction, elle n'avait pas donné de formation annuelle au personnel sur les mauvais traitements, l'obligation de faire rapport et la protection des dénonciateurs.

Le dossier de la formation a été examiné pour 2013 et 2014 et aucune formation sur les mauvais traitements n'a été offerte au personnel durant cette période.

Un entretien avec l'administratrice adjointe a révélé qu'une formation avait été offerte aux nouveaux employés dans le cadre du programme d'orientation sur la déclaration des droits des résidents, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents et l'obligation de faire rapport. Le dossier d'une nouvelle employée a été examiné par l'inspectrice 126; il a été noté qu'une formation a été fournie et que l'employée a signé un formulaire confirmant cela. Le document a été signé par l'employée durant l'été 2013. La chef de bureau a indiqué qu'elle n'avait pas fait de formation annuelle concernant la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport conformément à l'article 24 et les mesures de protection des dénonciateurs.

Un entretien avec l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 126 que dans le passé, la formation obligatoire était offerte annuellement et que le foyer exigeait que le personnel signe un document confirmant qu'il avait assisté à la formation annuelle obligatoire. Le dossier de plusieurs employés a été examiné par l'administratrice et l'inspectrice 126 et il a été noté que la formation annuelle obligatoire avait été offerte pour 2011-2012, mais pas pour 2013.

Un entretien avec les employés 111 et 126 a révélé qu'ils ne se souvenaient pas d'avoir reçu une formation annuelle sur la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et

de la négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport conformément à l'article 24 et la protection des dénonciateurs. [par. 76 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tout le personnel a reçu une formation annuelle pour se recycler dans les domaines suivants : la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport conformément à l'article 24 et les mesures de protection des dénonciateurs. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 130 (Sécurité de la réserve de médicaments).

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

- 1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.**
- 2. Seuls ont accès à ces endroits :**
 - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,**
 - ii. l'administrateur du foyer.**
- 3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130**

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 130 (1), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que tous les endroits où sont entreposés des médicaments soient gardés verrouillés en tout temps lorsqu'ils ne sont pas utilisés.

L'entrepôt des médicaments était situé au deuxième étage et appelé « Nursing Room/Salle des infirmières ». Cette salle contenait tous les stocks de médicaments du gouvernement, les médicaments qui ne servaient plus, les dossiers des résidents, le chariot à médicaments, un ordinateur et des manuels de ressources tels que celui des politiques et des marches à suivre (*Policies and Procedures*). La porte de l'entrepôt des médicaments a été vue non verrouillée le 30 juillet et le 7 août 2014.

Le 7 août 2014, l'inspectrice 126 a remarqué que le foyer gardait les stocks du gouvernement tels que le Novasen, l'acétaminophène, le Senokot, la diphénhydramine, le bisacodyle, le dimenhydrinate, la vitamine C, le sirop lactulose et la pompe Advair dans cette salle, dans une armoire non verrouillée.

Également, le foyer gardait les médicaments qui ne servaient plus et qui n'étaient plus utilisés dans un panier, dans une armoire non verrouillée. [par. 130 (1)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, sous-alinéas 130 (2) (i) et (ii), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments et à assurer que celle-ci est gardée verrouillée en tout temps lorsqu'elle n'est pas utilisée et que l'accès à ces lieux est réservé à l'administratrice et aux personnes qui peuvent préparer,

prescrire ou administrer des médicaments au foyer.

Le 29 juillet 2014, l'inspectrice 547 a vu le directeur des services environnementaux déverrouiller la « Nursing Room/Salle des infirmières » au deuxième étage. Dans cette salle, il n'y avait pas personnel autorisé et l'administratrice n'y était pas non plus au moment où le directeur des services environnementaux s'y trouvait. Dans cette salle, il y avait deux armoires qui ne fermaient pas à clé et qui contenaient des médicaments pour l'usage des résidents du foyer.

Le 30 juillet 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'aide-physiothérapeute du foyer, employée n° 110, qui se trouvait seule dans cette même « Nursing Room/Salle des infirmières », sans aucun membre du personnel autorisé et sans la présence de l'administratrice, et qui a expliqué qu'elle avait accès à cette salle parce que les dossiers des résidents y étaient conservés. Cette salle avait deux armoires qui ne fermaient pas à clé et qui contenaient des médicaments pour l'usage des résidents du foyer. (547)

Le 7 août 2014, l'IA n° 111 a indiqué à l'inspectrice 126 que l'entrepôt des médicaments était utilisé par les membres de l'équipe (physiothérapie, diététique, entretien ménager). Une employée du service d'entretien ménager est venue nettoyer cette salle et le personnel infirmier n'est pas resté pendant qu'elle nettoyait. L'aide-physiothérapeute, employée n° 110, a été vue dans cette salle pour terminer la documentation sur les résidents et aucun membre du personnel infirmier autorisé ne se trouvait dans la salle.

Le personnel qui utilisait cette salle pour consigner des renseignements aux dossiers ou pour nettoyer a reçu l'ordre de fermer la porte et de s'assurer qu'elle était verrouillée avant de quitter les lieux. [par. 130 2]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer la sécurité de la réserve de médicaments et à assurer que celle-ci est gardée verrouillée en tout temps lorsqu'elle n'est pas utilisée et que l'accès à ces lieux est réservé à l'administratrice et aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

Par. 3 (1) 11. Le résident a le droit :

- i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,**
- ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,**
- iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,**
- iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette**

loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci.**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, sous-alinéa 3 (1) 11 (iv), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les résidents voient respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de leurs renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi.

Le 7 août 2014, l'inspectrice 126 a observé la distribution des médicaments par l'IAA n° 112. Il a été noté que l'IAA n° 112 jetait dans une poubelle attachée au chariot à médicaments, des sachets de médicaments portant le nom du résident, le type de médicament et la dose. Elle a expliqué que le contenu du sac était jeté à la poubelle avec les autres ordures lorsque le sac était plein.

Le 31 juillet 2014, lors d'un entretien avec la directrice des soins et l'IA de jour, celles-ci ont affirmé que les médicaments portant des renseignements personnels sur la santé étaient jetés à la poubelle avec les autres ordures. [sous-alinéa 3 (1) 11 (iv)]

AE n° 7 : 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. 15 (Services d'hébergement).

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

- 15. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**
- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
 - b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
 - c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, alinéa 15 (2) a), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

L'examen des politiques du foyer concernant les tâches de nettoyage des employés du service d'entretien ménager et les tâches de nettoyage des PSSP et des aides-ménagères, les résultats attendus ont été documentés comme étant : « un environnement propre et agréable pour les résidents qui y vivent, le personnel qui y travaille et les visiteurs qui le fréquentent.

Lors de l'examen des politiques et des procédures du foyer fournies par le directeur des services environnementaux et l'administratrice adjointe, les renseignements suivants ont été notés :

Horaire de nettoyage quotidien du personnel du service d'entretien

- L'aide-ménagère doit nettoyer la salle de toilette des résidents chaque jour.

Tâches de nettoyage des PSSP et des aides-ménagères

- Les PSSP et les aides-ménagères doivent assurer la propreté générale de l'environnement et des effets personnels des résidents dans le cadre des soins qui leur sont offerts ».

Le 29 juillet 2014, l'inspectrice 547 a observé la salle de toilette commune de trois résidents et noté ce qui suit :

Chambre 100

- Matière brune collée à la base de la toilette et saleté de couleur brune autour de la toilette.

Chambre 101

- Matière brune couvrant les vis des pattes de la chaise percée en métal blanche.

Chambre 200

- Matière foncée sèche à l'intérieur du siège de toilette surélevé installé sur la cuvette.
- Matière foncée sèche à l'intérieur de la toilette, autour du réservoir de la toilette et sur le réservoir de la toilette.

Lors d'un entretien avec l'aide-ménagère n° 127, le 7 août 2014, celle-ci a indiqué qu'elle était chargée de nettoyer la salle de toilette des résidents, y compris la toilette, avec du Fantastik et a ajouté que le nettoyage des sièges de toilette surélevés et des chaises percées étaient la responsabilité des PSSP.

Lors d'un entretien avec la PSSP n° 128, le 8 août 2014, celle-ci a indiqué que les PSSP devaient suivre l'horaire de nettoyage de la journée, par exemple nettoyer les secteurs autour des bureaux, les vestibules, les baignoires, les fauteuils releveurs et les accessoires entre les baignoires, ainsi que les matelas et les lits des résidents au moment de changer les draps. Elle a indiqué qu'il incombait aux préposés à l'entretien de nettoyer les toilettes, les chaises percées et les sièges de toilette surélevés. Elle a ajouté que si elle remarquait des endroits sales, elle utilisait du Virox et essuyait la saleté.

Le 7 août 2014, à 14 h 30, l'inspectrice 545 a observé la salle de toilette commune de trois résidents, remarquant ce qui suit :

Chambre 100

- Une chaise percée à roulettes installée entre le lavabo et la toilette remplie de selles et d'urine; couvercle fermé.
- Une chaise percée fixe installée sur la toilette remplie de selles et d'urine.
- Matière brune collée à la base de la toilette et saleté de couleur brune autour de la toilette.
- Grande tache jaune sèche autour de la cuvette, près du réservoir.

Chambre 101

- Matière brune couvrant une vis sur la patte avant de la chaise percée fixe en métal blanc; toutes les autres vis étaient très rouillées.
- Une longue traînée foncée dans la cuvette.

Chambre 200

- Matière sèche foncée à l'intérieur du siège de toilette surélevé installé sur la toilette.
- Matière sèche foncée à l'intérieur de la toilette, autour du réservoir de la toilette et sur le réservoir.
- Grande tache jaune sèche autour de la cuvette, près du réservoir de la toilette.

Lors d'un entretien avec le directeur des services environnementaux, le 7 août 2014, celui-ci a indiqué qu'il était du devoir de l'aide-ménagère de nettoyer et désinfecter toutes les toilettes chaque jour. Lorsqu'il a observé les chambres 100, 101 et 200 avec l'inspectrice 545, il a affirmé qu'il était inacceptable que les toilettes, les sièges de toilette et les chaises percées soient aussi sales qu'ils l'étaient lors de leur observation. Il a immédiatement demandé à l'aide-ménagère de nettoyer la toilette et le siège de toilette surélevé de la chambre 200. [alinéa 15 (2) a)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 37 (Effets personnels et aides personnelles)

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

37. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 37 (1) a), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels et ses aides personnelles : a) étiquetés dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents, les inspectrices 545, 547 et 592 ont observé des effets personnels non étiquetés dans les chambres, les salles de bain et les salles de bain communes des résidents dans l'ensemble du foyer.

Entre le 28 juillet et le 1^{er} août 2014, les inspectrices identifiées ci-dessus ont observé que les effets personnels suivants n'étaient pas étiquetés.

Chambre 101 (salle de bain commune) : 1 brosse à dents, 1 tube de dentifrice sur le comptoir du lavabo.

Chambre 104 (salle de bain commune) : 1 brosse à dents

- 1 chariot en plastique blanc à roulettes avec plusieurs tiroirs placé à l'entrée de la salle de bain à baignoire à remous (rez-de-chaussée) le 28 juillet 2014 avec les articles non étiquetés suivants : 2 brosses à cheveux, 1 pot de crème pour le visage (S^t Ives), 3 peignes, 2 gros coupe-ongles, 1 pot de Vitarub, deux savons dans un contenant en plastique vert, 1 lime à ongles en métal

- 1 chariot en plastique blanc à roulettes avec plusieurs tiroirs utilisé pour les 3 salles de bain à baignoire thérapeutique (observé dans la salle de bain à baignoire thérapeutique du deuxième étage) le 1^{er} août 2014 : 3 brosses à cheveux avec cheveux sur les soies, 3 coupe-ongles, 1 paire de ciseaux à ongles et 2 limes à ongles jetables usagées.

Le 28 juillet 2014, lors d'un entretien avec la PSSP n° 100, celle-ci a indiqué que le chariot était entreposé dans la lingerie du deuxième étage à la fin de son quart de travail et que le chariot en plastique blanc à roulettes était utilisé par tous les PSSP pour tous les résidents qui se faisaient donner des bains. Elle a expliqué qu'elle apportait le chariot en plastique blanc à roulettes avec elle dans les salles de bain à baignoire thérapeutique du premier, du deuxième et du troisième étage. Elle a ajouté que les brosses à cheveux (non étiquetées) étaient utilisées pour tous les résidents ayant besoin de se faire brosser les cheveux après leur bain.

Le 30 juillet 2014, lors d'un entretien avec la PSSP n° 101, celle-ci a indiqué que le personnel utilisait les mêmes ciseaux à ongles et les mêmes limes à ongles rangées dans le chariot en plastique blanc à roulettes et que le personnel devait nettoyer ces ciseaux et ces limes avec un tampon d'alcool avant et après chaque usage sur un résident.

Le 1^{er} août 2014, lors d'un entretien avec le PSSP n° 102, elle a montré à l'inspectrice 592 le contenu des tiroirs et indiqué que les brosses, les limes, les coupe-ongles et les ciseaux à ongles non étiquetés étaient

utilisés pour tous les résidents et qu'ils étaient nettoyés avec de l'alcool après chaque usage.

Lors d'entretiens avec les PSSP 115 et 103, celles-ci ont indiqué que les brosses à cheveux non étiquetées ne devaient pas être gardées dans le chariot en plastique blanc à roulettes. Elles ont expliqué que ces articles auraient dû être étiquetés. Les PSSP ont précisé que la plupart des résidents avaient leur propre brosse à cheveux ou leur peigne, qui étaient gardés dans leur chambre, et que pour cette raison les brosses et les peignes rangés dans le chariot en plastique blanc à roulettes n'étaient pas utilisés. La PSSP n° 103 a ajouté qu'elle et ses collègues utilisaient les brosses et les peignes non étiquetés qui se trouvaient dans le chariot si les résidents n'en possédaient pas, mais qu'elles devaient les nettoyer avec du Virox. [alinéa 37 (1) a)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 41 (Routines au coucher et au moment du repos).

41. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les routines que suit chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 41.

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 41, dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que les routines que suit chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Le 7 août 2014 à 8 h 15, l'inspectrice 545 a observé le résident 015 en tenue de ville qui se reposait au lit, sous les couvertures. Quand elle lui a demandé si elle ou il avait mangé, le résident 015 a répondu que le personnel l'avait fait lever avant 7 h pour le petit-déjeuner et qu'elle ou il était très fatigué. Le résident a affirmé n'avoir jamais été un lève-tôt, se lever toujours après 9 h pour le petit-déjeuner et avoir une préférence pour le thé et le pain grillé.

En examinant le plus récent programme de soins du résident 015, il était indiqué que le résident 015 désirait dormir plus longtemps au lieu de descendre manger le matin et qu'elle ou il avait la permission de choisir le deuxième service pour le petit-déjeuner si elle ou il désirait rester au lit plus longtemps.

Lors d'un entretien avec la PSSP n° 120, celle-ci a indiqué qu'elle faisait lever le résident 015 avant 7 h parce que le résident devait prendre le petit-déjeuner au premier service. La PSSP a indiqué qu'elle savait que le résident avait la permission de se lever plus tard et de choisir le deuxième service pour le petit-déjeuner, mais la PSSP essayait encore de persuader le résident de se lever pour le premier service.

Lors d'un entretien avec l'IAA n° 112, celle-ci a affirmé que le personnel faisait habituellement lever le résident 015 pour le petit-déjeuner à 7 h. L'IAA a expliqué qu'elle savait que le résident 015 aimait dormir plus longtemps le matin, mais qu'elle encourageait le personnel à le faire lever parce qu'elle ne voulait pas qu'elle ou il reste au lit étant donné qu'il avait un trouble de l'humeur et un œdème des membres inférieurs. L'IAA a expliqué que peut-être deux fois par semaine elle permettait à la PSSP de laisser le résident dormir plus longtemps le matin et prendre le petit-déjeuner plus tard. L'IAA 112 a ajouté que le personnel était très occupé entre et les services du petit-déjeuner et après avec la toilette et les bains à donner et n'avaient peut-être pas le temps d'aider le résident 015 à s'habiller.

Lors d'un entretien avec la coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI)/directrice intérimaire des soins, le 7 août 2014, celle-ci a indiqué que le résident 015 n'aimait pas se lever le matin et que sa famille avait

expliqué, au moment de son admission, qu'elle ou il n'était pas un lève-tôt. Elle a expliqué que le personnel devait respecter les désirs du résident 015 en le laissant dormir le matin et en lui offrant du thé et du pain grillé lors du deuxième service du petit-déjeuner. [art. 41.]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 57 (Pouvoirs du conseil des résidents).

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

57. (2) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 57 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 57 (2), dans la mesure où il n'a pas répondu par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé par celui-ci de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Lors de l'examen du procès-verbal du conseil des résidents pour 2014, les préoccupations suivantes ont été documentées :

23 juillet 2014

- Le niveau de bruit du personnel infirmier a augmenté de nouveau à 6 h dans la salle du deuxième étage.

18 juin 2014

- Si les urnes à proximité du kiosque de jardin ne sont pas utilisées, pourrait-on les enlever, car elles recueillent l'eau et les moustiques s'y multiplient --> ces urnes doivent être rangées.
- Les résidents veulent plus de sandwiches à la mortadelle et de *dîners Kraft* au menu.

9 avril 2014

- Le personnel qui commence à 6 h et à 22 h est encore très bruyant dans la salle et fait grincer les chaises sur le plancher.
- Les résidents (du deuxième étage) sont mis en pyjama à 18 h et, faute d'activités, vont au lit trop tôt. Ils sont réveillés à 20 h pour la collation. Certains résidents ont de la difficulté à se rendormir.
- D'autres ont le sentiment de ne pas être bienvenus au bureau de l'administration.

12 mars 2014

- Plaintes selon lesquelles l'équipe qui commence à 22 h est bruyante pendant que les résidents dorment.
- Les résidents du deuxième étage aimeraient jouer aux cartes plus longtemps le mardi soir, mais le deuxième service perturbe cette activité.
- Les résidents aimeraient avoir des films différents à regarder.

Lors d'un entretien avec un membre du conseil des résidents, le résident 021, le 5 août 2014, il a été dit que l'administratrice ne répondait pas par écrit dans les 10 jours lorsqu'elle était informée de sujets de préoccupation ou de recommandations par le conseil des résidents.

Le 5 août 2014, lors d'un entretien avec l'administratrice, celle-ci a indiqué qu'une réponse écrite dans les 10 jours n'était pas fournie lorsque le conseil des résidents l'informait de sujets de préoccupation ou de

recommandations. [par. 57 (2)]

AE n° 11 : 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. 59 (Conseil des familles).

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

59. (7) En l'absence de conseil des familles, le titulaire de permis :

- a) d'une part, informe continuellement les membres de la famille des résidents et les personnes qui ont de l'importance pour ces derniers de leur droit de constituer un conseil des familles;**
- b) d'autre part, convoque des réunions semestrielles pour informer ces personnes de leur droit de constituer un conseil des familles. 2007, chap. 8, par. 59 (7).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 59 (7) b), dans la mesure où, en l'absence d'un conseil des familles au foyer, le titulaire de permis n'a pas convoqué des réunions semestrielles pour informer les familles des résidents et les personnes importantes pour ces derniers de leur droit de constituer un conseil des familles.

Lors d'un entretien avec la directrice des activités par intérim, le 1^{er} août 2014, celle-ci a indiqué que le foyer n'avait pas de conseil des familles.

Le 1^{er} août 2014, lors d'un entretien avec l'administratrice, celle-ci a affirmé que le foyer avait inclus une note dans les bulletins des résidents et des familles d'août 2013 et de juillet 2014 pour recruter des membres pour combler leur désir de mettre en place un conseil des familles. L'administratrice a expliqué que le foyer ne convoquait pas de réunions semestrielles pour informer les familles des résidents et les personnes importantes pour ces derniers de leur droit de constituer un conseil des familles. [alinéa 59 (7) b)]

AE n° 12 : 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. 67 (Obligation du titulaire de permis de consulter les conseils).

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

67. Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte tous les trois mois au moins. 2007, chap. 8, art. 67.

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 67, dans la mesure où il n'a pas consulté régulièrement le conseil des résidents et, dans tous les cas, tous les trois mois au moins.

Lors d'un entretien avec le résident 021, membre du conseil des résidents, le 5 août 2014, la résidente ou le résident 021 a affirmé qu'à son avis l'administratrice ne consultait pas régulièrement le conseil des résidents.

Le 5 août 2014, lors d'un entretien avec l'administratrice, celle-ci a affirmé qu'elle lisait le procès-verbal des réunions mensuelles du conseil des résidents, mais n'avait pas l'habitude de consulter le conseil des résidents et, dans tous les cas, ne le faisait pas tous les trois mois au moins. [art. 67.]

AE n° 13 : 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. 85 (Sondage sur la satisfaction).

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

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

(4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3); 2007, chap. 8, par. 85 (4)

b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un; 2007, chap. 8, par. 85 (4)

c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille; 2007, chap. 8, par. 85 (4)

d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 85 (3), dans la mesure où il n'a pas demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Le 5 août 2014, lors d'un entretien avec le résident 021, membre du conseil des résidents, il a été dit que l'administratrice n'avait pas demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Lors d'un entretien avec l'administratrice, celle-ci a indiqué que le sondage de 2014 avait été envoyé au début de janvier 2014 aux mandataires et aux parties responsables des résidents du foyer. Elle a expliqué que le foyer n'avait pas demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci. [par. 85 (3)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 85 (4) a), dans la mesure où il n'a pas documenté ni communiqué au conseil des résidents les résultats du sondage sur la satisfaction pour lui demander conseil sur le sondage.

Le 5 août 2014, lors d'un entretien avec le résident 021, membre du conseil des résidents, il a été indiqué qu'elle ou il se souvenait d'avoir rempli le questionnaire sur la satisfaction, mais ne se souvenait pas que l'administratrice en ait partagé les résultats pour demander conseil au conseil sur le sondage.

Lors d'un entretien avec l'administratrice, le 5 août 2014, celle-ci a indiqué que les résultats du sondage sur la

satisfaction de 2014 avaient été affichés sur le tableau d'amélioration constante de la qualité près de son bureau, au sous-sol, mais qu'ils n'avaient pas été communiqués au conseil des résidents pour lui demander conseil sur les résultats du sondage. [alinéa 85 (4) a)]

AE n° 14 : 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. 87 (Entretien ménager).

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

87. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des services d'entretien ménager soient fournis sept jours par semaine. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 87 (1), dans la mesure où le foyer n'a pas fourni des services d'entretien ménager sept jours par semaine.

Lors d'un entretien avec l'aide-ménagère n° 127, le 7 août 2014, celle-ci a indiqué que les services d'entretien ménager n'étaient pas fournis sept jours par semaine, ajoutant que le personnel travaillait par rotation et, qu'ainsi, les services d'entretien ménager étaient offerts 10 jours sur 14. Elle a expliqué que l'aide-ménagère travaillait une fin de semaine sur deux.

Le 7 août 2014, lors d'un entretien avec le directeur des services environnementaux, celui-ci a indiqué qu'en 2009, en raison de restrictions budgétaires, le foyer avait instauré une rotation pour les services d'entretien ménager, offrant un service quotidien la semaine, mais seulement une fin de semaine sur deux. Il a expliqué que le foyer avait une aide-ménagère à temps plein et que l'aide à la buanderie remplaçait l'aide-ménagère lorsque celle-ci était en congé.

Lors d'un entretien avec l'administratrice adjointe, le 8 août 2014, celle-ci a indiqué que le foyer fournissait des services d'entretien ménager 12 jours sur 14, précisant qu'elle prévenait le directeur des services environnementaux lorsque l'aide-ménagère était en congé au cours de la semaine pour qu'il vide au moins les poubelles dans toutes les unités. Elle a poursuivi en expliquant l'horaire du service d'entretien ménager :

- 1 aide-ménagère travaillait 10 jours sur 14 : congé samedi et dimanche; travail lundi, mardi et mercredi; congé jeudi; travail vendredi, samedi et dimanche; congé lundi; travail mardi, mercredi, jeudi et vendredi.
- 1 directeur des services environnementaux travaillait 10 jours sur 14 : du lundi au vendredi.

Le 8 août 2014, l'administrateur a expliqué que le foyer ne fournissait pas de services d'entretien ménager sept jours par semaine pour le moment, mais qu'il allait immédiatement mettre en place des services d'entretien ménager quotidiens, conformément à la loi. [par. 87 (1)]

AE n° 15 : 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. 91. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 91.

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 91, dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Au cours de cette inspection, la porte de la salle de bain à baignoire thérapeutique du rez-de-chaussée a été vue, par toutes les inspectrices, ouverte en tout temps. Une grande armoire contenant divers produits pour les soins et divers produits de nettoyage se trouvaient dans la salle de bain à baignoire thérapeutique. Le 7 août 2014, la porte de l'armoire a été observée ouverte et les produits suivants y ont été observés :

- nettoyeur désinfectant IV, désinfectant/virucide, bouteille d'une capacité de 3 litres contenant une petite quantité et sans bouchon;
- alcool à 70 %, 1 bouteille.

Lors d'un entretien avec la PSSP n° 104 le 7 août 2014, celle-ci a mentionné que l'armoire aurait dû être verrouillée vu que des produits dangereux y étaient gardés et elle a verrouillé l'armoire.

Lors d'un entretien avec le directeur des services environnementaux le 8 août 2014, celui-ci a affirmé que les deux produits étaient dangereux, comme l'indiquait la feuille de données sur la sûreté des matériaux (FDSM) :

- nettoyeur désinfectant IV, désinfectant/virucide : corrosif et toxique;
- alcool à 70 % : irritant s'il vient au contact de la peau ou des yeux ou s'il est ingéré.

Le directeur des services environnementaux a indiqué que la porte de l'armoire de la salle de bain à baignoire thérapeutique devait être verrouillée en tout temps étant donné que des produits dangereux y sont gardés. Il a expliqué que tous les membres du personnel avaient une clé pour accéder à l'armoire et avaient reçu l'ordre de la garder verrouillée en tout temps. [art. 91.]

AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).

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

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

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

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

(ii) il est sûr et verrouillé,

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, sous-alinéa 129 (1) a) (ii), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un lieu sûr et verrouillé.

Le 28 juillet 2014 à 9 h 30, l'inspectrice 592 a observé un chariot à médicaments non verrouillé et sans surveillance à l'étage principal (sous-sol) devant le bureau de l'administration et près de la salle à manger où le repas était servi aux résidents.

Au cours d'une période de 45 minutes, le chariot à médicaments a été observé non verrouillé et sans surveillance, jusqu'à ce qu'un membre du personnel autorisé vienne à 10 h 15 et enlève le chariot.
[sous-alinéa 129 (1) a) (ii)]

AE n° 17 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 136 (Destruction et élimination et des médicaments).

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

136. (6) Pour l'application du présent article, un médicament est considéré comme étant détruit s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (6).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 136 (6), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un médicament est détruit, il soit modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation devienne impossible ou improbable.

La politique concernant l'élimination des médicaments d'ordonnance excédentaires (*Disposal of Surplus Prescribed Drugs*) a été examinée par l'inspectrice 126. Il a été noté dans cette politique que les « médicaments d'ordonnance excédentaires » sont envoyés, ramassés par Daniel Sharpsmart & Pharmasmart Waste comme prévu par *Classic Pharmacy* ».

L'entrepôt des médicaments était situé au deuxième étage et appelé « Nursing Room/Salle des infirmières ». Cette salle contenait tous les stocks de médicaments du gouvernement, les médicaments qui avaient été jetés, les dossiers des résidents, le chariot à médicaments, un ordinateur et des manuels de ressources tels que celui des politiques et des marches à suivre (*Policies and Procedures*).

Un entretien avec la directrice des soins et l'IA n° 111 a révélé que les médicaments qui ne servaient plus ou qui n'étaient pas utilisés étaient placés dans un panier qui était gardé dans une armoire dans l'entrepôt des médicaments au deuxième étage. Ces médicaments ont été examinés par deux membres du personnel de nuit puis mis dans un contenant qui a été ramassé par Daniel Sharpsmart & Pharmasmart Waste et ils devaient être détruits ailleurs.

L'inspectrice 126 a observé plusieurs médicaments (pilules, sirop, médicaments injectables, gouttes pour les yeux) dans un panier blanc dans une armoire dans l'entrepôt des médicaments au deuxième étage. Elle y a également observé des médicaments qui avaient été jetés sans être altérés ou dénaturés et qui étaient gardés dans un petit contenant jaune muni d'un couvercle étiqueté « contenant à déchets biodangereux ». [par. 136 (6)]

AE n° 18 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 228 (Amélioration constante de la qualité).

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :

1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.
2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.
3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.
4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :
 - i. les questions visées à la disposition 3,
 - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,
 - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 228 (3), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que les améliorations apportées par le biais du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents soient communiquées au conseil des résidents.

Lors d'un entretien avec le résident 021, membre du conseil des résidents, il a été indiqué que ce résident ou cette résidente ne pensait pas que les améliorations apportées par le biais du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents étaient communiquées au conseil des résidents.

Le 5 août 2014, l'administrateur a indiqué que les améliorations apportées par le biais du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents n'avaient pas été communiquées au conseil des résidents au cours des deux dernières années. [par. 228 (3)]

NON-RESPECTS CORRIGÉS

EXIGENCE	TYPE DE MESURE OU D'ORDRE ET NUMÉRO	N° DU RAPPORT D'INSPECTION	N° D'IDENTIFICATION DE L'INSPECTRICE
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (3)	O.C. 901	2014_284545_0020	545

 Date de délivrance : **15 août 2014**



Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

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

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice

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

	Copie destinée au public
Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :	ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547), LYNE DUCHESNE (117), MELANIE SARRAZIN (592)
N° de registre :	O-000717-14
N° du rapport d'inspection :	2014_284545_0020
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	8 et 14 août 2014
Titulaire de permis :	TAMIGAMI INC. 05, rue Loiselle, C.P. 2132, Embrun (Ontario), K0A 1W1
Foyer de soins de longue durée :	SARFIELD COLONIAL HOME 2861 Colonial Road, C.P. 130, Sarsfield (Ontario) K0A 3E0
Nom de l'administrateur :	CHANTAL CRISPIN

Aux termes du présent document, **TAMINAGI INC.** est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre :	901	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a
<p>Aux termes du :</p> <p>Règlement de l'Ontario 79/10, par. 131 (3) Sous réserve des paragraphes (4), (4.1) et (5), le titulaire de permis veille à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (3); Règl. de l'Ont. 218/13, par. 1 (1).</p>			
<p>Ordre :</p> <p>Le titulaire de permis doit veiller à ce que l'employée n° 117 cesse immédiatement d'administrer des médicaments d'ordonnance aux résidents de ce foyer.</p>			
<p>Motifs :</p> <p>1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, paragraphe 131 (3), sous réserve du paragraphe 4.1, et à l'alinéa 131 (8) b) dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que nul autre qu'un médecin, un dentiste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé n'administre un médicament à un résident au foyer.</p> <p>Conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 131 (4.1) :</p> <p>Un membre du personnel infirmier autorisé peut permettre à une étudiante infirmière ou à un étudiant infirmier d'administrer des médicaments aux résidents si les conditions suivantes sont réunies :</p> <p>a) le titulaire de permis a vérifié auprès de l'université ou du collège offrant le programme d'études en sciences infirmières auquel l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier est inscrit que cette personne a reçu un enseignement ou une formation sur l'administration des médicaments dans le cadre du programme;</p> <p>b) l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier a reçu une formation, dispensée par un membre du personnel infirmier autorisé, sur les politiques et les protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments prévu au paragraphe 114 (2);</p> <p>c) le membre du personnel infirmier autorisé qui permet l'administration des médicaments est convaincu que l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier peut les administrer en toute sécurité;</p> <p>d) l'étudiante infirmière ou l'étudiant infirmier qui administre les médicaments le fait sous la supervision du membre du personnel infirmier autorisé. Règl. de l'Ont. 218/13, par. 1 (2).</p> <p>De plus, conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 131 (8), la définition qui suit s'applique au présent article.</p> <p>« étudiante infirmière ou étudiant infirmier » Personne qui :</p> <p>a) d'une part, est inscrite à un programme d'études dont la réussite répond aux exigences en matière d'études pour la délivrance d'un certificat d'inscription à titre d'infirmière autorisée ou d'infirmier autorisé ou à titre d'infirmière auxiliaire autorisée ou d'infirmier auxiliaire autorisé qui sont énoncées dans les règlements pris en vertu de la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers;</p>			

b) d'autre part, travaille au foyer de soins de longue durée dans le cadre du placement clinique exigé par le programme d'études conformément à une entente conclue entre le titulaire de permis et l'université ou le collège offrant le programme d'études. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (8); Règl. de l'Ont. 218/13, par. 1 (3).

Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), l'employée 117 a été observée au cours de plusieurs quarts de jour au moment de fournir des soins et des services aux résidents du foyer en tant que préposée aux services de soutien à la personne (PSSP).

En examinant l'emploi du temps du personnel pour la période du 19 juillet au 15 août 2014, il a été noté que l'employée 117 devait travailler comme infirmière auxiliaire autorisée durant les quarts de jour suivants :

les 25 et 30 juillet 2014;
les 2, 3, 8 et 13 août 2014.

Ce foyer fournit des soins et des services à 46 résidents répartis sur trois étages. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) durant le jour est chargée d'administrer les médicaments prescrits aux 46 résidents.

Le 8 août 2014 à 8 h 20, l'inspectrice 545 a observé l'employé 117 administrer des médicaments par voie orale à des résidents du troisième étage. Lorsqu'on lui a demandé si elle était infirmière auxiliaire autorisée ou infirmière autorisée (IA), l'employée 117 a indiqué qu'elle n'était ni IAA ni IA. L'employée 117 a expliqué qu'elle était étudiante infirmière et qu'elle retournait à l'université en septembre 2014. L'employée 117 a ajouté que la directrice des soins savait qu'elle n'avait pas de permis d'exercer en qualité d'IA ou d'IAA et qu'elle l'avait autorisée à exercer en qualité d'IAA et en qualité de PSSP.

Le 8 août 2014 à 8 h 45, durant un entretien avec la coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI)/directrice des soins, celle-ci a affirmé qu'elle pensait que l'employée 117 avait un permis temporaire l'autorisant à exercer en tant qu'IAA. Lors d'un entretien avec l'adjointe administrative (chef de bureau), celle-ci a indiqué que l'employée 117 n'avait pas de permis d'IAA ni de permis d'IA et qu'elle ne travaillait pas dans ce foyer de soins de longue durée dans le cadre d'un stage clinique. L'adjointe administrative a ajouté que la directrice des soins lui avait donné la permission d'affecter l'employée 117 en tant qu'IAA aux trois étages du foyer.

Le 8 août 2014 à 8 h 50, durant un entretien téléphonique avec l'administratrice, celle-ci a expliqué à l'inspectrice 126 qu'elle savait que l'employée 117 n'était pas IAA et que, pourtant, le foyer la faisait travailler comme IAA. L'administratrice a ajouté qu'elle croyait acceptable de faire travailler l'employée 117 comme IAA étant donné qu'elle retournait à l'université en septembre 2014 pour terminer son programme de formation d'infirmière.

Vous devez vous conformer à cet ordre :

immédiatement

RÉEXAMEN ET APPELS

AVIS IMPORTANT :

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur

a.s. du comité aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
11^e étage
1075, rue Bay
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du greffier
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

a.s. du comité aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
11^e étage
1075, rue Bay
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance :	8 août 2014
Signature de l'inspecteur :	Original signé par
Nom de l'inspectrice :	Angèle Albert-Ritchie
Bureau régional de services :	Ottawa