



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

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

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

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

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 23 juin 2017	Numéro d'inspection 2017_619550_0015	N° de registre 007616-17	Type d'inspection Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
Titulaire de permis TAMIGANI INC. 5, rue Loiselle, CP 2132, Embrun ON K0A 1W1			
Foyer de soins de longue durée SARFIELD COLONIAL HOME 2861, chemin Colonial, CP 130 Sarsfield ON K0A 3E0			
Nom des inspectrices JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)			
Résumé de l'inspection			

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

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31 mai, et 1^{er} juin 2017.

Cette inspection incluait une inspection de suivi d'un ordre de conformité relatif à la prestation de soins infirmiers 24 heures sur 24 sous le numéro de registre 000291-17, et d'un ordre de conformité relatif à un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel sous le numéro de registre 005519-17.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur/l'inspectrice/les inspecteurs/inspectrices se sont entretenu(e)s avec les personnes suivantes : administrateur/administratrice du foyer, directeur général/directrice générale, directeur des soins/directrice des soins (DDS), directeur adjoint des soins/directrice adjointe des soins (DADS), diététiste, superviseur(e) du service d'alimentation (SSA)/coordonnateur/coordonnatrice du RAI, directeur/directrice des activités, aide aux activités, plusieurs infirmiers autorisés/infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmiers auxiliaires autorisés/infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposé(e)s aux services de soutien à la personne (PSSP), un cuisinier/une cuisinière, la personne qui préside le conseil des familles, l'agent/l'agent(e) des ressources humaines, plusieurs membres de familles, et plusieurs personnes résidentes.

De plus, les inspecteurs/inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques relatives à ce qui suit : administration des médicaments, évaluation de la continence, contrôle des infections, dotation en personnel, entretien, et procès-verbaux du conseil des personnes résidentes. Les inspecteurs/inspectrices ont observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, l'interaction du personnel et des personnes résidentes, et des services de repas.

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

Admission et mise en congé

Facilitation des selles et soins liés à la continence

Dignité, choix et vie privée

Observation de la restauration

Prévention des chutes

Conseil des familles

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Soins alimentaires et hydratation

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Activités récréatives et sociales

Conseil des résidents

Comportements réactifs

Foyer sûr et sécuritaire

Soins de la peau et des plaies

Dotation en personnel suffisante

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

22 AE

14 PRV

4 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions**

AE — Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD — Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

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

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

AE n° 1 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 8 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Soins infirmiers et services de soutien personnel

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 8 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé, qui est à la fois un(e) employé(e) du/de la titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer, soit de service et présent(e) au foyer en tout temps.

Cette inspection était un suivi de l'ordre de conformité n° 001 qui a été signifié au foyer le 1^{er} décembre 2016, sous le numéro d'inspection 2016_219211_0023 avec une date de conformité au 24 février 2017.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a examiné les horaires de travail du personnel infirmier autorisé pour la période du 25 février au 28 mai 2017, et a remarqué ce qui suit :

- 27 mars 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 28 mars 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 15 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pendant cinq des huit heures du poste de jour, de 6 h à 11 heures, et pendant toute la durée du poste du soir, de 14 h à 22 heures.
- 16 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 20 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 21 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 9 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 18 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 20 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 21 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.

L'alinéa 31 (3)d) du Règlement de l'Ontario 79/10 exige que le/la titulaire de permis ait un plan de dotation en personnel écrit qui comprenne un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels afin de parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail.

La disposition 45 (1)1 du Règlement de l'Ontario 79/10 indique ce qui suit pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins :

- i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent,
- ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3)d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :

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

- A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou à un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone,
- B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

Le paragraphe 45 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que l'on entend par « situation d'urgence » une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Sarsfield Colonial Home est un établissement de soins de longue durée de 46 lits situé dans une collectivité rurale.

Lors d'une entrevue le 30 mai 2017, le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a indiqué que, pour la totalité des dix postes de travail susmentionnés, il n'y avait pas un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée disponible pour assurer la couverture de ces postes de travail, et que ces dix postes de travail n'étaient pas des postes de travail dont on assurerait la couverture dans le cadre d'une « situation d'urgence ». Il/elle a dit à l'inspecteur/l'inspectrice que quand un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) est malade, ils appellent par ordre d'ancienneté les IA disponibles figurant sur leur liste. Si cela ne fonctionne pas, ils offrent alors à l'IA sur les lieux de faire des heures supplémentaires, et en dernier recours ils offrent le poste de travail à un ou une IAA avec le/la DDS ou un/une IA du foyer qui peut être rejoint(e) par téléphone. Le membre du personnel des ressources humaines a de plus indiqué que la liste des infirmiers autorisés ou des infirmières autorisées est limitée, car leurs IA à temps partiel ont un autre emploi et ne sont disponibles que pour des postes de travail particuliers. Le foyer a à l'heure actuelle quatre IA disponibles sur appel pour les postes de travail de jour et du soir, et deux pour le poste de travail de nuit.

Le lundi 27 mars, l'IA qui devait travailler ce jour-là a téléphoné pour dire qu'il/elle était malade. L'IA de nuit a appelé les IA sur la liste en offrant le poste sans succès. Un/une IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 27 mars 2017 de 6 h à 14 heures.

Le mardi 28 mars 2017, l'IA de jour qui travaille à plein temps et qui est également le/la DADS devait remplacer le/la DDS qui était en vacances, laissant le poste de jour sans IA. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a indiqué qu'il n'y avait qu'un(e) IA disponible à qui il/elle pouvait offrir le poste, car les autres soit n'étaient pas disponibles ou ne travaillaient pas pour le poste de jour. L'IA disponible a refusé le poste de travail, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 28 mars 2017 de 6 h à 14 heures.

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

Le samedi 15 avril 2017, on a autorisé un congé pour l'IA du poste du soir, et parce qu'il n'y avait pas d'IA pour assurer la couverture du poste de travail en question, l'IA permanent(e) du poste de travail de jour était censé(e) travailler de 11 h à 21 heures pour assurer la couverture d'une partie des deux poste de travail, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste de jour de 6 h jusqu'à l'arrivée de l'IA à 11 heures. L'IA permanente du poste de travail de jour est venu(e) travailler à 11 heures, mais est parti(e) à 14 heures, car il/elle était malade. Il y avait un(e) IA que l'on pouvait appeler pour le remplacement pour ce poste de travail, mais il/elle a refusé, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste avec le/la DDS de garde. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, il n'y avait pas d'IA censé(e) travailler de 6 h à 11 heures le jour, et pas d'IA disponible pour travailler de 14 h à 22 heures le soir.

Le dimanche 16 avril, on a autorisé un congé pour l'IA du poste du soir, et parce qu'il n'y avait pas d'IA pour assurer la couverture du poste de travail en question, l'IA permanent(e) du poste de travail de jour était censé(e) travailler de 11 h à 21 heures pour assurer en partie la couverture des deux poste de travail, mais il/elle a fini par téléphoner pour dire qu'il/elle était malade. Un(e) IAA a assuré la couverture du poste de jour à compter de 6 heures jusqu'à ce qu'il/elle arrive à 11 heures avec le/la DDS de garde. Comme il n'y avait pas d'IA que l'on pouvait appeler pour offrir le poste de travail de 11 h à 21 heures, on a offert à l'IA à plein temps qui assurait le poste du soir de faire des heures supplémentaires, et il/elle a assuré la couverture du poste de travail du soir de 14 h à 22 heures. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 16 avril de 6 h à 14 heures.

Le jeudi 20 avril, l'IA permanent(e) à temps plein était malade. On a appelé les IA sur la liste pour offrir le poste de travail, mais personne n'était disponible. Un(e) IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 20 avril de 6 h à 14 heures.

Le vendredi 21 avril, l'IA permanent(e) à temps plein était malade. Il n'y avait aucun(e) IA que l'on pouvait appeler pour le/la remplacer, car ils/elles avaient un horaire de travail ou n'étaient pas disponibles. On n'a pas offert d'heures supplémentaires, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 21 avril de 6 h à 14 heures.

Le mardi 9 mai, l'IA permanent(e) du poste de jour qui est aussi le/la DADS était censé(e) travailler, car le/la DDS était en congé. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 n'avait pas de document indiquant que le foyer avait tenté de faire un remplacement pour ce poste de travail, ni à qui il avait été offert. Une IAA a assuré la couverture du poste de travail. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 9 mai de 6 h à 14 heures.

Le jeudi 18 mai, l'IA permanent(e) du poste de jour qui est aussi le/la DADS était censé(e) travailler, car le/la DDS était en congé. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 n'avait pas de document indiquant que le foyer avait tenté de faire un remplacement pour ce poste de travail ni à qui il avait été offert. Une IAA a assuré la couverture du poste de travail. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 18 mai de 6 h à 14 heures.

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

Le samedi 20 mai et le dimanche 21 mai, l'IA censé(e) travailler a eu un congé approuvé. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 n'avait pas de document indiquant que le foyer avait tenté de faire un remplacement pour ces postes de travail ni à qui ils avaient été offerts. Une IAA a assuré la couverture des deux postes de travail avec le/la DDS de garde. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé les 20 et 21 mai de 6 h à 14 heures.

Au cours d'une entrevue le 30 mai 2017, le directeur général/la directrice générale et le membre du personnel des ressources humaines n° 113 ont indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que même s'ils n'avaient pas d'IA sur les lieux, ils/elles croyaient qu'ils étaient toujours conformes au Règlement, car le/la DDS ou un(e) IA du personnel permanent était soit de garde soit sur les lieux. Ils/elles ne savaient pas que, lorsque le/la DDS travaille en tant que DDS, il/elle ne peut pas être considéré(e) comme un(e) IA de service et présent(e) dans le foyer de soins de longue durée. Ils/elles croyaient également que, quand un(e) IA téléphonait pour dire qu'il/elle était malade ou qu'il n'y avait pas d'IA disponible pour assurer la couverture d'un poste de travail, l'on considérait qu'il s'agissait d'une situation d'urgence.

Le 31 mai 2017, lors d'une entrevue, l'administrateur/l'administratrice a indiqué aux inspecteurs/inspectrices n°s 550 et 547 qu'il/elle n'était pas au courant que le précédent ordre de conformité nécessitait qu'il/elle rédige, soumette et mette en œuvre un plan pour parvenir à se conformer à l'ordre, et qu'il/elle n'avait donc pas rédigé ni soumis de plan. Il/elle a indiqué que le plan d'urgence actuel pour la dotation en personnel des soins infirmiers du foyer comporte des stratégies telles que :

- appeler les personnes figurant sur la liste des IA,
- proposer des postes de travail de 12 heures, des heures supplémentaires,
- prévoir deux IAA, avec un(e) IA ou le/la DDS de garde.

Il/elle a indiqué que, bien que le/la DDS travaille actuellement 56 heures sur deux semaines, on ne lui demande pas de remplacer des postes de travail d'IA ni de changer son poste de travail pour assurer la couverture du poste de travail d'IA dans le cadre du plan d'urgence actuel. De plus, il/elle a indiqué que le foyer n'utilise pas actuellement une agence pour assurer le remplacement du personnel autorisé.

On a établi, pour la période du 25 février au 28 mai 2017, qu'il y avait onze postes de travail pour lesquels il n'y avait pas de service et présent au foyer un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée qui est à la fois un(e) employé(e) du/de la titulaire de permis et membre du personnel infirmier permanent du foyer. Le plan d'urgence pour la dotation en personnel du foyer n'a pas été suivi.

On a examiné la portée et la gravité de cette non-conformité. Le fait qu'il n'y avait pas de solide plan d'urgence pour la dotation en personnel afin de faire face aux situations d'urgence, fait auquel s'ajoute la non-conformité continue du/de la titulaire de permis, constitue un risque pour la sécurité des personnes résidentes et a une incidence sur chaque personne résidente vivant au foyer.

[Paragraphe 8 (3)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 15 du Règlement de l'Ontario 79/10. Côtés de lit

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

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

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

Faits saillants :

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

Le 21 août 2012, la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a émis un avis aux administrateurs/administratrices de foyer de soins de longue durée mentionnant un document produit par Santé Canada et intitulé « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques, 2008 » (document appelé « ligne directrice de Santé Canada »). Dans l'avis, on mentionnait que l'on s'attendait à ce que la ligne directrice de Santé Canada soit utilisée à titre de « document présentant des pratiques exemplaires ».

La ligne directrice de Santé Canada comporte les titres de deux autres documents connexes publiés par le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA). Ces documents auxquels on fait référence dans la ligne directrice de Santé Canada sont mentionnés comme étant des ressources utiles qui font état des pratiques couramment admises pour l'utilisation des côtés de lit. On entend par pratiques couramment admises les pratiques prédominantes, généralement acceptées et généralisées qui servent de base à la prise de décisions cliniques. Un des documents connexes est intitulé *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities and Home Care Settings* (U.S., FDA, 2003).

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

Ce document fournit des conseils nécessaires pour effectuer une évaluation clinique des personnes résidentes lorsqu'on utilise des côtés de lit. Il est recommandé que toute décision concernant l'utilisation des côtés de lit soit prise dans le contexte d'une évaluation personnalisée de la personne résidente, afin d'évaluer le risque relatif de l'utilisation des côtés de lit comparé à leur non-utilisation pour chaque personne résidente. Ce processus consiste à effectuer une comparaison entre le risque de blessure ou de décès lié à l'utilisation ou à la non-utilisation des côtés de lit, et les avantages que cette utilisation présente pour une personne résidente particulière. L'évaluation doit être effectuée par une équipe interdisciplinaire en tenant compte de nombreux facteurs, notamment, mais non exclusivement, le droit de la personne résidente de participer au processus de planification des soins, ses besoins médicaux, ses habitudes et son environnement de sommeil, son confort au lit, et les éventuels risques pour la sécurité que constitue l'utilisation de tout type de côté de lit. Le document mentionne de plus que l'évaluation des risques et des avantages, qui indique 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'efficacité des côtés de lit doit faire l'objet d'un examen régulier.

Le/la superviseur(e) du service d'alimentation/coordonnateur/coordonnatrice du RAI a mentionné, lors d'une entrevue avec l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 le 19 mai 2017, que l'on avait trouvé la personne résidente n° 023 suspendue à l'extérieur de son lit il y avait quelques semaines, et que l'on en avait fait rapport au directeur/à la directrice des soins (DDS) et au directeur général/à la directrice générale par courriel le 21 avril 2017 lors du changement entre les postes de travail de jour et du soir.

Le 24 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a observé le lit de la personne résidente n° 023. Le lit avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance qui étaient d'une demi-longueur, placés au centre, de chaque côté du lit. La tête du lit avait un écriteau indiquant que les deux côtés de lit étaient relevés.

Le 22 mai 2017, l'inspectrice n° 547 a fait passer une entrevue au directeur général/à la directrice générale concernant ce que le foyer avait fait après avoir appris l'incident concernant la personne résidente n° 023 le 21 avril 2017. Il/elle a indiqué que l'on avait vérifié le lit et les côtés de lit de la personne résidente, que tout était correctement serré, et que le personnel infirmier devait avoir accru la surveillance de la personne résidente. Il/elle a indiqué avoir rencontré le/la DDS lors de leurs réunions habituelles du lundi, et qu'ils/elles ont examiné quel élément de leur surveillance de la personne résidente ils devaient accroître. Le directeur général/la directrice générale a indiqué de plus que ses seules évaluations en bonne et due forme des lits consistaient à vérifier les cadres de lit et les côtés de lit avec les matelas pour s'assurer qu'ils étaient en bon état de fonctionnement. Il/elle a déclaré que cette vérification est effectuée toutes les deux semaines. Le directeur général/la directrice générale a également déclaré ne pas connaître la ligne directrice de Santé Canada ni le document connexe qui fournit des conseils pour l'évaluation clinique des personnes résidentes quand on utilise des côtés de lit.

Le/la DDS a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice se souvenir d'avoir eu une réunion avec le directeur général/la directrice générale au début mai 2017. Le/la DDS a retrouvé le COURRIEL envoyé par le/la SSA/coordonnateur/coordonnatrice du RAI du foyer le 21 avril 2017 à 14 h 28. Ce message était envoyé au/à la DDS et au directeur général/à la directrice générale du foyer. Le COURRIEL mentionnait que « la personne résidente n° 023 hurlait "au secours", mais que le personnel était

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

encore en réunion pour recevoir le rapport de la journée, la personne résidente n° 023 était suspendue hors du lit, la totalité de son torse et sa tête étaient sur le sol, et seules ses jambes étaient dans le lit, contre l'autre côté de lit. Je ne sais pas si l'on pouvait bouger le côté de lit, et dans l'affirmative si l'on pouvait déplacer ce côté de lit près de la tête et du torse de la personne résidente pour éviter cette situation ». Le/la DDS indiquait de plus que l'on n'avait pas réévalué la personne résidente après cet incident, et que l'on n'avait pas accru la surveillance de cette personne résidente.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 023; ils indiquaient qu'elle avait désormais deux côtés de lit de pleine longueur qu'elle utilise pour aider le personnel quand on la tourne et qu'on la change de position dans le lit. La réunion de 2016 sur les soins de la personne résidente qui était documentée indiquait qu'elle courait un risque élevé de faire des chutes et qu'elle utilisait un appareil d'aide personnelle pour sa sécurité et deux côtés de lit. Un formulaire de consentement au recours à des moyens de contention pour la personne résidente comportait le consentement du mandataire spécial/de la mandataire spéciale de la personne résidente pour l'utilisation de deux côtés de lit de pleine longueur, et ce formulaire était cosigné par le/la DDS. On remarquait de plus que la personne résidente résidait à un étage particulier au moment de ce consentement et de la réunion annuelle sur les soins.

Le 30 mai 2017, le/la DDS a indiqué que l'on avait ensuite déménagé la personne résidente à un autre étage d'après le classeur des transferts de chambre qui se trouvait dans le bureau. Le/la DDS a indiqué avoir discuté de cet incident dans son bloc-notes électronique avec le directeur général/la directrice générale, toutefois ils/elles n'avaient pas évalué le besoin de la personne résidente d'avoir ces côtés de lit de demi-longueur lors de son déménagement à un autre étage, et ils/elles n'avaient pas mis en œuvre d'autres modifications de la surveillance ou du programme de soins de la personne résidente.

Le/la DDS avait examiné la politique et marche à suivre du foyer remise à l'équipe d'inspection et intitulée « Bed Rail Policy » (politique relative aux côtés de lit), entrée en vigueur le 25 novembre 2007 et révisée pour la dernière fois le 6 juin 2013. Cette politique indiquait que lorsqu'on repère qu'une personne résidente risque de tomber hors de son lit, ou de se lever seule et de faire une chute, on peut utiliser des côtés de lit selon ce que détermine l'évaluation effectuée par le personnel infirmier. La marche à suivre du foyer indiquait que tous les lits seraient dotés de deux côtés de lit.

Au cours de cette inspection, l'équipe d'inspection a remarqué que la majorité des personnes résidentes étaient dans des lits qui avaient deux côtés de lit en place, par conséquent, la non-conformité susmentionnée est généralisée et constitue un risque de préjudice réel pour les personnes résidentes en l'absence d'une évaluation des personnes résidentes aux fins d'utilisation des côtés de lit et d'une évaluation de leur lit 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 pour ces personnes résidentes. [Alinéa 15 (1)a]

Autres mesures requises :

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

**AE n° 3 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 17 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Système de communication bilatérale**

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

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

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui soit aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps, qui permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation, et qui indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

Cette inspection était une inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 001 qui a été signifié au foyer le 8 mars 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017_548598_0005, avec une date de conformité au 12 mai 2017. Cette inspection faisait partie de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes du foyer.

Le 31 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a observé le système d'appels nouvellement installé dans la salle à manger de l'étage inférieur du foyer. La salle à manger principale du foyer, la cuisine, le salon de coiffure et le bureau de l'administration se trouvent à l'étage inférieur du foyer. L'inspecteur/l'inspectrice a remarqué une lumière stroboscopique au plafond du couloir à l'entrée des deux portes de la salle à manger. Une fois à l'intérieur de la salle à manger, l'inspecteur/l'inspectrice a remarqué qu'il y avait sur le mur en face de la cuisine un bouton-poussoir rouge à côté d'un téléphone mural. Un écriteau sous le bouton-poussoir indiquait ce qui suit en français et en anglais :

EN CAS D'URGENCE

Décrocher le combiné, appuyer sur PAGE et DIRE « UN INFIRMIER/UNE INFIRMIÈRE IMMÉDIATEMENT À LA SALLE À MANGER »

Appuyer aussi sur l'interrupteur pour activer les lampes d'éclairage de secours.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a appuyé sur bouton d'appel d'urgence pour déclencher un appel pendant que l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 se rendait à l'unité du 2^e étage. L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a remarqué que les deux lumières stroboscopiques au plafond du couloir de l'étage inférieur étaient activées, mais que l'on n'entendait aucun son dans la salle à manger ni à l'étage inférieur. L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a confirmé à l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 que rien n'indiquait sur le panneau du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel situé au 2^e étage que l'on avait fait un appel dans la salle à manger. On n'avait pas non plus entendu de son.

Lors d'une entrevue, le directeur général/la directrice générale a indiqué aux inspecteurs/inspectrices n^{os} 547 et 550 qu'il/elle pensait que c'était parce que leur système actuel de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel était vieux – il bénéficiait d'une clause de droits acquis. L'administrateur/l'administratrice et le directeur général/la directrice générale ont indiqué que le téléphone et les lumières stroboscopiques ne sont pas connectés entre eux, et qu'ils ne sont pas non plus connectés au système actuel de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel du foyer. Quand on active le bouton PAGE du téléphone, on l'entend à chaque étage. Pour faire un appel à l'aide, on doit lire l'écrêteau sur le mur, appeler les membres du personnel sur leur téléavertisseur en utilisant le bouton PAGE du téléphone, annoncer que la présence d'un infirmier/d'une infirmière est requise dans la salle à manger, puis appuyer sur le bouton rouge pour activer les lumières stroboscopiques de l'étage inférieur. Une fois l'appel terminé et le combiné téléphonique remis en place, il n'y a plus d'indication sonore d'appel à l'aide dans aucun secteur du foyer. L'appel ne se répète pas, il n'y a pas d'appel continu. On ne voit les lumières stroboscopiques de l'étage inférieur que si l'on se trouve dans le couloir, et elles restent allumées tant que l'on n'appuie pas de nouveau sur le bouton rouge pour les éteindre. Il ne reste pas d'autre indication en un endroit quelconque du foyer pour signaler que l'on a fait un appel à l'aide dans la salle à manger. Les lumières stroboscopiques n'avisent pas de l'appel à l'aide le personnel infirmier qui se trouve dans les unités de soins aux personnes résidentes.

Par conséquent, faire un appel à partir de la salle à manger implique de procéder en deux étapes. La première consiste à appeler l'infirmier/l'infirmière sur son téléavertisseur en utilisant le téléphone conformément aux directives écrites pour qu'il/elle vienne à la salle à manger; la deuxième étape consiste à appuyer sur le bouton d'appel d'urgence rouge. Une fois que l'infirmier/l'infirmière est prévenu(e) sur son téléavertisseur et que le combiné téléphonique est remis en place, l'appel prend fin à ce moment-là. Bien que les lumières stroboscopiques demeurent allumées jusqu'à ce que l'on appuie de nouveau sur le bouton d'appel d'urgence pour les désactiver, on ne peut les voir qu'au niveau inférieur du foyer, car elles ne sont pas connectées au panneau du système d'appels d'urgence principal.

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

Les deux inspecteurs/inspectrices ont déterminé que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans la salle à manger du niveau inférieur :

- peut aisément être vu sur le mur de la salle à manger. Ne peut pas être aisément accessible et utilisable par les personnes qui ont des handicaps physiques (qui les empêchent d'atteindre un objet aussi haut), car il est installé à cinq pieds environ au-dessus du sol. Les membres du personnel connaissent son emplacement et la façon de l'utiliser. L'inspecteur/l'inspectrice n'a pas été en mesure d'observer des visiteurs qui utilisaient le système durant la visite;
- est sous tension en tout temps;
- on ne peut pas annuler l'appel pour demander de l'aide seulement au point d'activation, car il n'y a pas d'appel continu à annuler. Un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel doit être un processus en une étape comportant un appel continu jusqu'à ce qu'il soit désactivé. Le système actuel qui se trouve dans la salle à manger est un processus en deux étapes et ce n'est pas un système à sonnerie continue. Quand le combiné téléphonique est replacé une fois que l'appel est effectué à l'aide du bouton PAGE, l'appel est automatiquement annulé. Si elles sont activées, les lumières stroboscopiques demeurent allumées jusqu'à ce que quelqu'un les désactive.
- est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes. La salle à manger est une aire très utilisée par les personnes résidentes pour les repas et pour certaines activités.
- n'indique pas clairement d'où provient le signal. L'installation nécessite que la personne qui utilise de système (téléphone) indique clairement d'où provient le signal (l'appel envoyé au téléavertisseur). Si, dans une situation d'urgence, la personne ne peut pas parler ou oublier d'annoncer l'endroit où l'assistance est requise quand elle fait un téléappel, l'infirmier/l'infirmière n'a aucun moyen de savoir où l'on a besoin d'aide. Et, à supposer que la personne poursuive en faisant la deuxième étape, qui consiste à appuyer sur le bouton rouge pour activer les lumières stroboscopiques, les lumières ne sont visibles que lorsqu'on est dans le corridor à côté de la salle à manger au niveau inférieur du foyer. Les membres du personnel qui se trouvent ailleurs dans le foyer n'ont aucun moyen de voir les lumières stroboscopiques et d'être informés qu'un appel pour avoir de l'aide émanait de la salle à manger;
- le système de téléavertisseur est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

On a examiné les antécédents de conformité du foyer, la portée et la gravité de la non-conformité. Un plan de redressement volontaire avait été demandé en mars 2015 dans le cadre de l'inspection n° 2015_225126_0012 et en décembre 2016 dans le cadre de l'inspection n° 2016_219211_0023. Un ordre de conformité a été émis en mars 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017_548592_0005. Le fait que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel du foyer, qui est situé dans la salle à manger de l'étage inférieur du foyer, ne puisse pas être facilement accessible et utilisable par les personnes résidentes, qu'il ne permette pas d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qu'il n'indique pas clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal, ainsi que la non-conformité continue du/de la titulaire de permis constituent un risque pour la sécurité des personnes résidentes et a une incidence sur chaque personne résidente qui vit au foyer. [Paragraphe 17 (1)]

Autres mesures requises :

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

**AE n° 4 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 71 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Planification des menus****Faits saillants :**

1. Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 71 du règlement, car le foyer n'a pas veillé à ce que la planification des menus du foyer comprenne ce qui suit :

1. Le cycle de menus du foyer comprend des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (1)b).

Le 15 mai 2017, au cours de l'observation du repas du déjeuner, l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a remarqué qu'il y avait un seul choix d'aliments en purée pour le repas, aucun autre choix n'était offert. Le 15 mai 2017, lors d'une entrevue, le cuisinier/la cuisinière a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il y avait un choix d'aliments en purée pour le repas, et que c'était du poisson. Il/elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'autres choix pour les personnes résidentes qui avaient un régime comportant des aliments en purée. Le 19 mai 2017, au cours d'une entrevue, le/la SSA a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il y avait un choix de régime comportant des aliments en purée pour les trois repas et que c'était toujours comme ça.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a examiné le cycle de menus de trois semaines, et elle a remarqué qu'il y avait un choix à chaque repas pour le régime comportant des aliments en purée et que l'on n'offrait pas d'autres choix. Il/elle a aussi remarqué que l'on ne mentionnait pas de collations de l'après-midi sur le menu pour toutes les personnes résidentes. Également, on remarquait sur le menu que la collation du soir des personnes résidentes qui avaient un régime comportant des aliments en purée ne comportait aucun choix.

2. On offre à chaque personne résidente un minimum de trois repas par jour. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (3)a).

La personne résidente n° 013 a été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. Lors de son admission, son poids correspondait à une plage de poids particulière.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente, l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a remarqué que l'on documentait une perte de poids graduelle et continue pendant six mois particuliers.

La documentation dans les notes d'évolution, rédigée par le/la diététiste et par les membres du personnel autorisé depuis l'admission de la personne résidente, indiquait que cette perte de poids graduelle et continue et le refus de manger étaient connus de l'équipe soignante.

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

L'inspecteur/l'inspectrice a examiné le dossier de l'ingestion quotidienne d'aliments et de liquides pour la personne résidente pendant vingt-trois jours particuliers. Il/elle a remarqué que l'on documentait pendant cette période que la personne résidente avait refusé un petit déjeuner pendant quatre des vingt-trois jours. Il n'y avait pas de documentation pour deux des vingt-trois jours. Lors d'une journée particulière, on avait indiqué la mention « A » ce qui signifiait d'après le/la diététiste que la personne résidente était absente de la salle à manger. L'inspecteur/l'inspectrice a examiné les notes d'évolution, et il n'y avait aucune indication que l'on avait fourni ou proposé un plateau à la personne résidente lors de l'une de ces journées.

Déjeuner : On avait documenté que la personne résidente avait refusé de déjeuner pendant huit des vingt-trois jours. Il n'y avait pas de documentation pour deux des vingt-trois jours. On indiquait dans les notes d'évolution que l'on avait fourni un plateau à la personne résidente à une date particulière, mais pas à aucune des autres dates.

Dîner : On avait documenté que la personne résidente avait refusé de dîner pendant douze des vingt-trois jours. On indiquait dans les notes d'évolution que l'on avait fourni un plateau à la personne résidente pendant deux jours particuliers, mais pas à aucune des autres dates.

Lors d'une entrevue le 24 mai 2017 avec le/la diététiste du foyer et l'IA n° 100, ils/elles ont indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que le foyer n'offre pas de plateau à une personne résidente quand elle refuse de venir à la salle à manger pour les repas, car ils/elles ne veulent pas que la personne résidente prenne l'habitude de manger dans sa chambre; ils/elles veulent favoriser l'interaction sociale. De plus, le/la diététiste a indiqué que l'on ne fournit pas à la personne résidente de collation du matin, même quand elle ne mange pas son petit déjeuner, car le foyer ne fournit que des liquides aux personnes résidentes à ce moment-là. On donne des biscuits à la personne résidente lors de la collation de l'après-midi et un demi-sandwich au coucher. Il/elle a indiqué que bien que la personne résidente aime les sandwiches, ils ne veulent pas lui donner un sandwich entre les repas parce qu'ils craignent qu'elle ne veuille pas manger ses repas. Le/la diététiste a indiqué qu'en dehors du pudding et d'un supplément alimentaire déterminé que la personne résidente refusait en raison d'effets secondaires ennuyeux, ils n'avaient pas essayé d'autres options, notamment des aliments enrichis ou d'autres types de suppléments en raison de restrictions budgétaires.

On a examiné la portée et la gravité de cette non-conformité. Le fait que le cycle de menus du foyer ne comporte pas de menus pour les régimes thérapeutiques et de régimes à texture modifiée pour les repas et les collations, plus le fait que l'on n'offre pas au minimum trois repas par jour à la personne résidente n° 013, qui est identifiée comme ayant une perte de poids graduelle continue, constitue un risque potentiel de préjudice réel pour cette personne résidente. [Article 71]

Autres mesures requises :

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

**AE n° 5 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 9 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Portes**

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

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

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

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles du foyer soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce qu'elles soient gardées verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 15 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que la porte de l'office était déverrouillée et ne faisait pas l'objet d'une surveillance d'un membre du personnel de 8 h 50 à 9 heures et à 13 h 30. Cet office est situé à l'étage inférieur du foyer en face de la cuisine et à deux portes seulement de l'ascenseur du foyer. Les personnes résidentes utilisent fréquemment l'ascenseur tous les jours pour se rendre à la salle à manger principale. Il y avait dans l'office plusieurs éléments de rayonnage contenant des paquets d'aliments séchés. On remarquait également qu'il y avait une porte de congélateur qui n'était pas verrouillée et qui permettait l'accès des personnes résidentes du foyer.

Le 15 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que la porte de la salle du matériel propre au premier étage n'était pas fermée. Cette salle est située tout près du coin salon central près de l'ascenseur. Du linge propre et des dispositifs enfichables se trouvaient dans cette salle et étaient accessibles. L'IAA n° 101 était au chariot de médicaments à l'extérieur de cette salle, et elle a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que l'on ne verrouillait jamais cette salle du matériel propre, car le personnel y faisait des allées et venues toute la journée. Il/elle a de plus indiqué que la salle du matériel propre n'était pas toujours surveillée et que ce n'était pas une aire résidentielle. Le/la PSSP n° 102 a indiqué que cette porte n'était pas verrouillée.

Le 16 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que la porte de l'office était de nouveau ouverte et non verrouillée. Cette porte était tenue en position ouverte par un crochet métallique fixé à l'arrière de la porte de l'office et à l'élément de rayonnage à l'intérieur de cette salle. L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a pu ouvrir la porte du congélateur et entrer dans cette salle. Aucun membre du personnel ne surveillait cette salle.

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

Le 17 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que la porte de l'office était ouverte et non verrouillée. Le membre du personnel de cuisine n° 103 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que l'on ne verrouillait pas la porte de cet office pendant la journée, car le personnel de cuisine y faisait des allées et venues toute la journée. Le membre du personnel de cuisine n° 103 a indiqué qu'il verrouillait cette porte après le souper quand ils ont fini de préparer les aliments pour la journée. Le membre du personnel de cuisine n° 103 a confirmé que cette salle n'était pas toujours dans son champ de vision quand il/elle était dans la cuisine, et qu'elle n'était pas surveillée. L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué un écriteau à l'extérieur de la porte de l'office portant la mention « garder cette porte fermée et verrouillée en tout temps ».

L'administrateur/l'administratrice a indiqué cette même journée à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que l'office était une aire non résidentielle, et que la porte était censée être fermée et verrouillée pour la sécurité des personnes résidente, comme l'indiquait l'écriteau qui se trouvait sur la porte.

Le 18 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que la porte de la salle du matériel propre au premier étage n'était pas verrouillée à 13 h 50 alors que la personne résidente n° 005 était assise à l'extérieur de cette salle. L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a fait une entrevue de l'IA n° 100 qui faisait fonction de directeur/directrice des soins intermédiaire ce jour-là. Il/elle a indiqué que cette salle du matériel propre avait un mécanisme de verrouillage sur la porte. L'IA n° 100 a de plus indiqué que les salles du matériel propre n'étaient pas des aires résidentielles du foyer, et il/elle a indiqué de plus que cette porte n'était probablement pas verrouillée, car la personne résidente n° 005 était capable de déverrouiller le type de serrure à peine dormant. L'IA n° 100 a indiqué qu'il/elle fera un bon de travail au service de l'entretien pour faire changer ce mécanisme de verrouillage afin de le remplacer par un autre que la personne résidente ne peut pas déverrouiller. [Disposition 9 (1)2]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle d'une part les portes de l'office et des salles du matériel propre sont dotées de verrous pour empêcher l'accès non supervisé à ces aires par les personnes résidentes, et d'autre part sont verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 15 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8. Services d'hébergement

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

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

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).

Faits saillants :

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

Le 16 mai 2017, au cours d'une observation des personnes résidentes, les inspecteurs/inspectrices ont remarqué que l'équipement suivant était en mauvais état :

Personne résidente n° 005 : quand l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a activé la sonnette d'appel au chevet de la personne résidente, le plafonnier au-dessus de la porte de la chambre à coucher s'est allumé, mais il n'y avait pas de son audible.

Personne résidente n° 006 : quand l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a activé la sonnette d'appel au chevet de la personne résidente, le plafonnier au-dessus de la porte de la chambre à coucher s'est allumé, mais il n'y avait pas de son audible.

Personne résidente n° 028 : l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que le bouton de déclenchement situé sur le fil de la sonnette d'appel au chevet de la personne résidente avait disparu et qu'il y avait une épingle métallique à l'intérieur du bouton. Quand l'inspecteur/l'inspectrice a appuyé sur l'épingle métallique, la sonnette d'appel n'a pas été activée. Le 25 mai 2017, douze jours plus tard, l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a observé la sonnette d'appel au chevet de cette personne résidente, et a remarqué qu'elle était toujours en mauvais état.

Lors d'une entrevue le 29 mai 2017, le directeur général/la directrice générale a indiqué aux inspecteurs/inspectrices n°s 550 et 547 que la personne qui s'occupe de l'entretien fait une vérification du système d'appels toutes les deux semaines conjointement avec la vérification des systèmes de lit. Bien qu'il y eût des documents sur la vérification des systèmes de lit, cette personne a été incapable de fournir des documents pour la dernière vérification du système d'appels.

Le 31 mai 2017, l'administrateur/l'administratrice a indiqué aux inspecteurs/inspectrices n°s 550 et 547 lors d'une entrevue, que dans le cadre des inspections mensuelles du Comité mixte de la santé et de la sécurité au travail, la personne qui s'occupe de l'entretien est tenue de faire une vérification mensuelle du système d'appels du foyer. Cette personne doit vérifier chaque sonnette d'appel pour s'assurer qu'elle fonctionne, que le fil est intact, que le dispositif du tableau électrique est en état de marche, et elle doit documenter ce point sur la liste de contrôle des inspections mensuelles du Comité mixte de la santé et de la sécurité au travail. L'administrateur/l'administratrice a fourni à l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 la dernière liste de contrôle de l'inspection des sonnettes d'appel qui datait de mars 2017. Il/elle a indiqué que le directeur général/la directrice générale et la personne qui s'occupe de l'entretien n'étaient probablement pas au courant de cette marche à suivre, en indiquant de plus que la personne qui s'occupe de l'entretien était nouvelle dans le foyer.

Comme le prouve ce qui précède, le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système d'appels du foyer soit gardé en bon état. [Alinéa 15 (2)c)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les sonnettes d'appel du foyer sont gardées en bon état. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 34 du Règl. de l'Ont. 79/10. Soins buccaux

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit :

- a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).**
- b) une aide physique ou des conseils pour aider tout résident qui, pour quelque raison que ce soit, ne peut pas se brosser les dents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).**
- c) une offre d'évaluation dentaire annuelle et d'autres services dentaires préventifs, sous réserve de l'autorisation du paiement par le résident ou son mandataire spécial, si un paiement est exigé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).**

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit : a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires, et b) une aide physique ou des conseils pour aider toute personne résidente qui, pour quelque raison que ce soit, ne peut pas se brosser les dents.

Personne résidente n° 006 :

Le 17 mai 2017, la personne résidente n° 006 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 que le personnel des services de soutien à la personne lui fournit des soins dentaires quotidiennement.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 006 qui indiquaient qu'elle avait été admise en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. Le programme de soins de la personne résidente concernant l'hygiène personnelle mentionnait son incapacité à prendre soin d'elle-même en raison d'un handicap physique. Le personnel des services de soutien à la personne devait assurer quotidiennement l'hygiène buccale de la personne résidente, conformément à la norme du foyer relative aux soins buccaux en vigueur à l'heure actuelle. Cette norme mentionnait le nettoyage des dents matin et soir.

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

Le 26 mai 2017, la personne résidente n° 006 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que le personnel utilise des écouvillons Toothette pour lui broser les dents et qu'elle préférerait qu'il utilise une brosse à dents.

Les PSSP n°s 108 et 114 ont indiqué que le personnel des services de soutien à la personne utilise un écouvillon Toothette et du rince-bouche pour fournir des soins buccaux à la personne résidente n° 006 matin et soir. Le/la PSSP n° 114 a indiqué ne pas avoir connaissance d'une marche à suivre indiquant d'utiliser une brosse à dents pour les personnes résidentes du foyer qui avaient leurs propres dents, et qu'il/elle utilisait habituellement un écouvillon Toothette et du rince-bouche pour fournir des soins buccaux à la personne résidente.

Personne résidente n° 034 :

Le 17 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que les dents de la personne résidente n° 034 étaient sales et comportaient des débris que la personne résidente ramassait de la main droite. La personne résidente a dit qu'elle se brossait elle-même les dents quand elle peut et qu'elle a besoin que le personnel des services de soutien à la personne l'installe pour ce faire.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 034 qui indiquaient qu'elle avait été admise en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont un handicap physique. Le programme de soins de la personne résidente concernant les soins dentaires indiquait que le personnel des services de soutien à la personne devait nettoyer les dents de la personne résidente matin et soir.

La personne résidente n° 034 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 le 26 mai 2017, que le personnel utilise un écouvillon Toothette pour lui broser les dents, qu'elle préférerait qu'il utilise une brosse à dents, et qu'elle pensait pouvoir le faire si le personnel l'installait.

Le/la PSSP n° 108 a indiqué que le personnel des services de soutien à la personne utilise un écouvillon Toothette et du rince-bouche pour fournir des soins buccaux à la personne résidente matin et soir, car elle n'était pas capable de se broser les dents. Le/la PSSP n° 108 a de plus indiqué qu'ils utilisent un écouvillon Toothette et du rince-bouche parce que la personne résidente serre les dents ce qui empêche le personnel de pouvoir introduire la brosse à dents dans sa bouche.

Personne résidente n° 039 :

On a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 039 et ils indiquaient qu'elle avait été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont une déficience cognitive. Le programme de soins de la personne résidente n° 039 indiquait que les soins d'hygiène personnelle devaient être effectués par un membre du personnel des services de soutien à la personne. On indiquait que la personne résidente n° 039 avait une prothèse dentaire et également des dents à elle, et qu'elle nécessitait d'être surveillée et assistée pour se broser les dents tous les matins et tous les soirs.

Le 17 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué que la personne résidente avait une mauvaise haleine et des dents sales qui étaient brunes, avec des débris d'aliments coincés entre les dents. La personne résidente n° 039 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que si seulement elle pouvait avoir une brosse à dents elle pourrait enfin se broser les dents.

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

Le 18 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a interrogé le/la mandataire spécial(e) (MS) de la personne résidente qui a indiqué que la personne résidente n° 039 avait souvent les dents sales et une mauvaise haleine. Le/la MS a indiqué de plus que la personne résidente n° 039 lui avait dit récemment qu'elle avait mal aux gencives et que le personnel ne lui brossait pas les dents.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les feuilles des soins quotidiens documentés pour les soins dentaires de la personne résidente n° 039 pendant une durée particulière. Ces feuilles mentionnaient le codage suivant pour les soins buccaux : TB pour brossage des dents, D/C pour nettoyage de prothèse dentaire, M/C pour soins buccaux avec des écouvillons Toothette. Les mentions sur ces feuilles de soins quotidiens pour la personne résidente n° 039 étaient principalement M/C deux fois par jour et D/C occasionnellement. Il n'y avait aucune mention de soins dentaires fournis aux dents de la personne résidente (TB) ou de soins de prothèse dentaire (D/C) pour la personne résidente deux fois par jour pendant cette période.

Le 29 mai 2017, les PSSP n^{os} 108 et 115 ont indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que la personne résidente n° 039 nécessitait qu'on lui brosse les dents, car elle ne semblait plus comprendre comment le faire toute seule. Les soins dentaires de la personne résidente n° 039 étaient fournis à l'aide d'écouvillons Toothette et de rince-bouche pour laver.

Lors d'une entrevue, l'IA n° 100 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que les personnes résidentes du foyer qui ont leurs dents ont une brosse à dents et du dentifrice fournis par le foyer, sauf si elles achètent les leurs. Les personnes résidentes qui ont des prothèses dentaires doivent utiliser un autre style de brosse, des écouvillons Toothette et du rince-bouche pour nettoyer leur palais. L'IA n° 100 a montré à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 la salle d'entreposage du foyer qui est verrouillée et accessible quand le personnel des services de soutien à la personne demande des fournitures; la salle contenait plusieurs brosses à dents, dentifrices et rince-bouche dans leurs emballages, et il/elle a indiqué avoir récemment dû refaire une commande d'écouvillons Toothette, car le foyer en manquait.

Lors d'une entrevue le 30 mai 2017, le/la DDS a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que les personnes résidentes qui ont leurs dents devraient avoir ces dents brossées avec une brosse à dents, et que si elles avaient des prothèses dentaires, celles-ci devaient être brossées avec une brosse pour prothèse dentaire, et que l'on devait les faire tremper pendant la nuit avec des comprimés nettoyants. Les écouvillons Toothette et le rince-bouche ne doivent être utilisés que pour les personnes résidentes qui n'ont aucune dent, pour faire des soins buccaux pour leur palais et leurs gencives, et cette mesure doit figurer spécifiquement dans le programme de soins de la personne résidente. Le/la DDS a indiqué de plus que le/la dentiste peut fournir des séparateurs dentaires pour aider au brossage des dents des personnes résidentes si elles le nécessitent; ces séparateurs sont fournis par le/la dentiste, et il serait nécessaire de faire une évaluation pour la personne résidente n° 034. (547) [Paragraphe 34 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les personnes résidentes n° 006, 034 et 039 reçoivent d'une part des soins buccaux matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires, et d'autre part de l'aide physique ou des conseils pour se brosser les dents. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 8 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 35 du Règl. de l'Ont. 79/10. Soins des pieds et des ongles

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 35 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds, afin d'assurer son confort et de prévenir les infections. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 35 (1).

Par. 35 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 35 (2).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce la personne résidente reçoive des services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds, afin d'assurer son confort et de prévenir les infections.

Le 23 mai 2017, le/la mandataire spécial(e) (MS) de la personne résidente n° 039 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 qu'il/elle avait dû se plaindre à l'infirmier/l'infirmière du foyer la semaine passée au sujet des ongles des pieds de la personne résidente. Il/elle avait de la difficulté à trouver des chaussures confortables pour la personne résidente, car ses ongles des pieds avaient poussé par-dessus les doigts de pied et étaient recourbés sous les doigts de pied des deux pieds.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 et le/la MS de la personne résidente ont observé les ongles des pieds de celle-ci le 23 mai 2017 et ont remarqué qu'ils étaient coupés à ras. Le/la MS a indiqué que les ongles des pieds de la personne résidente s'étaient améliorés depuis la semaine passée, car ils n'étaient plus recourbés par-dessus les doigts de pied.

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

L'IAA n° 101 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que les soins des ongles des pieds sont fournis par les PSSP pendant les bains, sauf si l'on a pris des dispositions pour des services de soins des pieds, ou s'il s'agit d'ongles complexes que les membres du personnel des services de soutien à la personne sont incapables de couper. Quand une personne résidente nécessite qu'un membre du personnel infirmier autorisé lui coupe les ongles, le membre du personnel des services de soutien à la personne doit faire venir un membre du personnel infirmier autorisé dans la salle de bains pendant le bain de la personne résidente pour lui couper les ongles des pieds à ce moment-là.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a fait passer une entrevue au/à la PSSP n° 102 qui était chargé(e) de donner des bains aux personnes résidentes la semaine passée. Il/elle a indiqué qu'il/elle se souvenait que les ongles des pieds de la personne résidente avaient été coupés la semaine passée par l'IA n° 100. Les personnes résidentes figurant sur la liste des bains avec la mention FC pour « foot care » (soins des pieds) doivent recevoir des soins de l'infirmier/l'infirmière chargé(e) des soins des pieds qui vient au foyer. La personne résidente n° 039 était sur la liste des bains ordinaires, et les PSSP étaient chargées de lui couper les ongles des mains et des pieds.

L'IA n° 100 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que le foyer doit réviser la marche à suivre pour les soins des ongles des pieds. Nombre de PSSP ne font pas cette tâche avec les bains, car ils/elles croient que c'est le personnel infirmier autorisé qui le fait. L'IA avait l'impression que seuls les ongles complexes ou les ongles des personnes diabétiques doivent être signalés par les PSSP les jours où l'on donne le bain pour qu'on coupe les ongles des pieds de ces personnes résidentes. L'IA n° 100 a indiqué qu'on ne l'avait pas mis(e) au courant de l'état des ongles des pieds de la personne résidente n° 039 jusqu'à ce que le/la MS de la personne résidente l'eût informé(e) la semaine dernière. L'IA n° 100 a indiqué qu'il/elle devait couper les ongles des pieds de la personne résidente, car ils étaient très longs et que c'était inconfortable pour elle. [Paragraphe 35 (1)]

2. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué pendant cinq jours particuliers que la personne résidente n° 039 avait de la matière brune logée sous ses ongles des mains qui étaient longs.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 039. Elle avait été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont des problèmes d'ordre cognitif. Les évaluations du minimum de données standardisées (MDS) effectuées tous les trimestres par le/la SSA et coordonnateur/coordonnatrice du RAI indiquaient que la personne résidente avait des comportements réactifs et manifestait de la résistance aux soins presque quotidiennement, attitude qu'il n'était pas facile de réorienter. La personne résidente n° 039 nécessitait une assistance totale pour son hygiène personnelle y compris les soins des ongles.

Le 23 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a parlé au/à la MS de la personne résidente qui a indiqué qu'il/elle désirait que le personnel infirmier coupe tout simplement les ongles des mains de la personne résidente courts pour empêcher que la saleté y reste coincée.

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

Le/la PSSP n° 105 a indiqué que pendant les bains la personne résidente n° 039 refusait de le/la laisser lui nettoyer ou lui couper les ongles. La personne résidente leur avait toutefois permis que l'on mette ses deux mains dans l'eau du bain, car ses ongles des mains étaient souvent sales.

Le/la PSSP n° 102 qui est maintenant chargé(e) de donner les bains a indiqué qu'habituellement la personne résidente n° 039 ne laisse pas le personnel lui nettoyer les ongles des mains avec les bâtons à cuticule en bois. Il/elle ne savait pas qu'il fallait signaler le problème de nettoyage au personnel infirmier autorisé, mais si la personne résidente avait besoin qu'on lui coupe les ongles des mains, et refusait, alors ils/elles demandaient l'aide du personnel infirmier autorisé.

Le 26 mai 2017, le/la PSSP n° 109 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que la marche à suivre du foyer pour les soins des ongles consistait à nettoyer et à couper les ongles des mains et des pieds de la personne résidente au besoin pendant les bains. Le/la PSSP n° 109 a de plus indiqué que les soins des ongles sont documentés sur la feuille de contrôle de la peau pendant le bain. L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné cette feuille, qui indiquait que la personne résidente n° 039 avait eu les ongles des mains nettoyés à une seule date particulière. Cette feuille de contrôle de la peau ne comportait pas de dates documentées pour la coupe des ongles des mains ou des pieds pour les autres jours.

Le 26 mai 2017, l'IA n° 100 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 qu'on ne l'avait pas mis(e) au courant des problèmes afférents au nettoyage et à la coupe des ongles des mains ou des pieds de la personne résidente n° 039 concernant son refus des soins dans le cadre de ses comportements réactifs. La personne résidente n° 039 met souvent les mains dans sa culotte d'incontinence, ce qui fait qu'il est très important de lui nettoyer les ongles des mains à des fins sanitaires. L'IA demandera à un membre du personnel de s'occuper des ongles de la personne résidente, de les faire tremper, de les nettoyer et de les couper court, et elle mettra à jour le programme de soins de la personne résidente concernant ces comportements. [Paragraphe 35 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la personne résidente n° 039 reçoit des services de soins des ongles des mains et des pieds, notamment la coupe des ongles des mains et des ongles des pieds. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 9 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 51 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence**

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) à ce qui suit :

Par. 51 (1) Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. Des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité des résidents, notamment de l'équipement, des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 51 (1).

Par. 51 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) chaque résident souffrant d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 51 (2).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de facilitation des selles et des soins liés à l'incontinence prévoie des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité de la personne résidente, notamment de l'équipement, des fournitures et des appareils fonctionnels.

Pendant l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, on a remarqué que la personne résidente n° 011 n'avait pas fait l'objet d'une évaluation après l'enlèvement d'un équipement particulier, et qu'elle avait fait par la suite de l'incontinence urinaire.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a demandé le programme de facilitation des selles et des soins liés à l'incontinence du foyer, et on lui a fourni deux politiques : « *Bowel and Bladder Continence Care/Assessment/Monitoring* » (facilitation des selles et soins liés l'incontinence – évaluation et surveillance), révisée le 25 juillet 2016, et « *Bowel and Bladder Continence Care / Toileting Program* » (facilitation des selles et soins liés l'incontinence/programme d'élimination et de propreté), révisée le 18 octobre 2016. L'inspecteur/l'inspectrice a examiné le programme, et a remarqué qu'il ne prévoyait pas de stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité de la personne résidente, notamment de l'équipement, des fournitures et des appareils fonctionnels.

Lors d'une entrevue le 31 mai 2017, le/la DDS a indiqué que les deux politiques susmentionnées constituaient le programme de facilitation des selles et des soins liés à l'incontinence du foyer. Il/elle a de plus indiqué que leur programme actuel ne prévoit pas de stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité de la personne résidente, notamment de l'équipement, des fournitures et des appareils fonctionnels. [Disposition 51 (1)4]

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

2. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente souffrant d'incontinence :
- reçoive une évaluation qui comprend l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières;
 - et, lorsque l'état ou la situation de la personne résidente l'exige, fasse l'objet d'une autre évaluation au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

Lors de leur examen, les dossiers médicaux de la personne résidente n° 011 indiquaient que cette personne résidente avait été admise avec un certain type d'équipement en place. On indiquait également à une date particulière que la personne résidente avait enlevé l'équipement et qu'il n'avait pas été réinstallé, car les mictions de la personne résidente se faisaient de façon adéquate. À une date particulière, la personne résidente est revenue au foyer après un séjour en hôpital avec un type particulier d'équipement pour l'aider, car elle avait un état pathologique particulier. On indiquait à une autre date particulière que la personne résidente avait enlevé l'équipement et que le médecin du foyer en avait alors fait cesser l'utilisation le lendemain, car les mictions de la personne résidente se faisaient correctement.

Lors d'une entrevue le 29 mai 2017, l'IA n° 100 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que l'on effectuait une évaluation de la continence lors de l'admission d'une personne résidente, et que l'on en faisait une autre quand il y avait un changement dans son état de santé. Elle a indiqué que l'on n'avait pas fait d'évaluation de la continence quand on avait enlevé l'équipement particulier, et que l'on avait déterminé que la personne résidente était incontinente parce que son conjoint/sa conjointe avait précédemment dit à l'IA qu'elle était incontinente chez elle, par conséquent l'IA n'avait pas pensé que la personne résidente pouvait être continente.

Lors d'une entrevue le 30 mai 2017, le/la DDS a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que l'on aurait dû effectuer une évaluation de la continence quand on avait enlevé le type d'équipement particulier de la personne résidente n° 011 et que l'on avait déterminé qu'elle était incontinente, car cela était considéré comme un changement de l'état de continence de la personne résidente [Alinéa 51(2)a)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le programme de facilitation des selles et des soins liés à l'incontinence du foyer d'une part prévoit des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité de la personne résidente, notamment de l'équipement, des fournitures et des appareils fonctionnels, et prévoit d'autre part que la personne résidente n° 011 reçoive une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, lorsque l'état ou la situation de celle-ci l'exige, qu'une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

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

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) à ce qui suit :

Par. 53 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**
- c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs que la personne résidente affiche, dans la mesure du possible.

La personne résidente n° 039 a été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, notamment de la démence. L'évaluation actuelle de la personne résidente indiquait qu'elle opposait de la résistance aux soins presque quotidiennement, et qu'il n'était pas facile de la réorienter. Le programme de soins actuel de la personne résidente n° 039 indiquait qu'elle avait fait l'objet de certaines interventions liées à la démence pour l'élimination et la propreté, le bain et l'hygiène personnelle.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait de plus qu'elle avait des antécédents d'infection particulière et une altération de l'intégrité épidermique liée à une excoriation.

Au cours de cette inspection, on a remarqué à plusieurs reprises que la personne résidente n° 039 avait de la matière brune logée sous les ongles des mains comme cela est mentionné dans l'AE n° 8.

Les PSSP n°s 102 et 109 et l'IAA n° 101 ont indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que la personne résidente affiche souvent des comportements réactifs consistant à manifester de la résistance aux soins relatifs à l'hygiène et aux soins des ongles des mains, et en mettant les mains à l'intérieur de la culotte d'incontinence après être allée à la selle et en jouant avec des excréments.

On a examiné les notes d'évolution de la personne résidente pendant une période de quatre-vingt-dix jours, et l'on a remarqué trois cas où l'on indiquait que l'on avait trouvé la personne résidente qui mangeait ses excréments après avoir été incontinente. Les notes d'évolution de la personne résidente mentionnaient également qu'elle avait quotidiennement une rougeur et une excoriation des fesses pendant cette période. L'IAA n° 101 a documenté que cette rougeur/excoriation des fesses pouvait découler d'une incontinence fréquente de selles molles durant cette période.

Ce comportement n'était pas mentionné dans le programme de soins actuel de la personne résidente, relativement à la continence intestinale, dans l'approche spécialisée pour l'hygiène des mains et des ongles ou dans les exigences pour les soins lors du bain. On remarquait de plus que l'on n'avait élaboré et mis en œuvre aucune stratégie pour atténuer ces comportements lorsque la personne résidente mangeait ses propres excréments, et l'on n'avait pas remarqué d'aiguillage vers le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) concernant ces comportements. [Alinéa 53 (4)b)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs de la personne résidente n° 039. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 11 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 59 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Conseil des familles

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

Par. 59 (7) (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; 2007, chap. 8, par. 59 (7).**
- 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).**

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé en l'absence de conseil des familles, à convoquer des réunions semestrielles pour informer les familles des personnes résidentes et les personnes qui ont de l'importance pour ces dernières de leur droit de constituer un conseil des familles.

Le 30 mai 2017, lors d'une entrevue avec le directeur/la directrice des activités, on a déterminé que le foyer n'avait pas de conseil des familles en bonne et due forme dans le foyer. La façon actuelle de procéder consiste à ce que le directeur/la directrice des activités organise et dirige des réunions trois fois par an avec les membres de certaines familles pour discuter des problèmes du foyer que les familles peuvent avoir, mais il n'y a pas de mandat ni de personne qui préside ce comité. Le directeur/la directrice des activités a indiqué que les membres des familles sont conviés à assister à ces réunions par l'intermédiaire du « *Residents/Family Newsletter* » (bulletin des personnes résidentes et des familles), mais qu'il/elle ne convoque pas de réunions semestrielles pour informer les familles des personnes résidentes et les personnes qui ont de l'importance pour ces dernières de leur droit de constituer un conseil des familles.

Lors d'une entrevue le 31 mai 2017, l'administrateur/l'administratrice a confirmé que le foyer n'a pas à l'heure actuelle de conseil des familles en bonne et due forme. Il/elle a indiqué que les familles sont conviées à assister à des réunions trois fois par an pour discuter des problèmes qu'elles peuvent avoir. Il/elle a de plus indiqué que le foyer ne convoque pas de réunions semestrielles pour informer les familles des personnes résidentes et les personnes qui ont de l'importance pour ces dernières de leur droit de constituer un conseil des familles. [Alinéa 59 (7)b)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle on convoque des réunions semestrielles pour informer les familles des personnes résidentes et les personnes qui ont de l'importance pour ces dernières de leur droit de constituer un conseil des familles. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 12 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 73 du Règl. de l'Ont. 79/10. Service de restauration et de collation

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

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

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

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

5. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

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

8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les menus hebdomadaires et quotidiens soient communiqués aux personnes résidentes.

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

Le 15 mai 2017 à l'heure du déjeuner, l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a remarqué que le menu quotidien était communiqué aux personnes résidentes par affichage sur le mur à côté de la salle à manger principale, mais que le menu hebdomadaire n'était pas communiqué.

Au cours de cette inspection, les inspecteurs/inspectrices n°s 547 et 550 ont remarqué que le menu quotidien était communiqué aux personnes résidentes, mais que le menu hebdomadaire n'était pas communiqué.

Le 18 mai 2016, le/la diététiste a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 que le menu hebdomadaire n'était pas affiché ni communiqué aux personnes résidentes. [Disposition 73 (1)1]

2. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un processus pour faire en sorte que les préposé(e)s au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes.

Le 15 mai 2017 pendant l'observation du déjeuner, l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a remarqué que les préférences des personnes résidentes n'étaient pas documentées sur la fiche des régimes alimentaires des personnes résidentes qui était affichée à côté de l'office.

Le 15 mai 2017, au cours d'une entrevue, le cuisinier/la cuisinière a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il y avait une liste sur le mur qui mentionnait le régime alimentaire des personnes résidentes, le thé et le café, mais qui ne comportait pas les préférences de chaque personne résidente. Ce jour-là, la viande pour les régimes composés d'aliments en purée était du poisson et le cuisinier/la cuisinière a indiqué qu'il n'y avait pas de deuxième choix pour les personnes résidentes qui avaient un régime composé d'aliments en purée. Il/elle a déclaré de plus qu'il/elle servait le poisson à toutes les personnes résidentes qui ont un régime composé d'aliments en purée sans savoir si ces personnes aimaient le poisson ou pas.

Le 15 mai 2017, au cours d'une entrevue, le/la SSA a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il lui incombe d'effectuer l'évaluation initiale des préférences des personnes résidentes. Il/elle a indiqué que l'on conserve cette information dans le programme de soins/Kardex de chaque personne résidente dans ses dossiers médicaux. Le/la SSA a indiqué que les choses sont ainsi parce qu'il s'agit d'un petit foyer et que l'on connaît généralement les préférences des personnes résidentes.

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

Le 15 mai 2017, à l'heure du déjeuner, on a remarqué que les personnes résidentes n° 009, 027, 030 et 032 étaient assises à la même table et qu'on leur avait servi leur entrée, leur plat principal et leur dessert en même temps. Toutes ces personnes résidentes avaient besoin d'aide pour manger ou le personnel devait les faire manger.

Le 7 juin 2017, le/la SSA a fourni le programme de soins actuel des quatre personnes résidentes susmentionnées. Il ne comportait aucune indication que l'on devait servir à ces personnes résidentes tous les plats en même temps. [Disposition 73 (1)8]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les menus hebdomadaires sont communiqués aux personnes résidentes, à ce qu'un processus soit en place pour faire en sorte que les préposé(e)s au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes, et à ce que les repas soient servis un plat après l'autre, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 13 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 79 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Affichage des renseignements

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (1).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Conformément au paragraphe 79 (3) de la LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8, les renseignements requis pour l'application du paragraphe (1) sont les suivants :

- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;
- k) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée.

Le 15 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a effectué la première visite des lieux pour l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes et a remarqué que les renseignements suivants n'étaient pas affichés dans le foyer :

- la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes;
- la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes, et la façon d'en obtenir une copie;

- des copies des rapports d'inspection des deux dernières années.

Le 18 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les exigences concernant les renseignements à afficher dans le foyer avec l'administrateur/l'administratrice qui a indiqué qu'on venait juste d'enlever les rapports d'inspection pour les mettre à jour. Quand on a retourné les rapports d'inspection, il/elle avait enlevé tous les rapports d'inspection de 2015, car il/elle pensait que seuls étaient requis les rapports de l'année précédente (2016) et de l'année en cours (2017).

L'administrateur/l'administratrice a de plus indiqué que les politiques visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes et visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention n'étaient pas affichées dans le foyer à l'heure actuelle, car il/elle n'était pas au courant que c'était requis. L'administrateur/l'administratrice a indiqué que le membre du personnel des ressources humaines s'occupe désormais de l'affichage dans le foyer, et veillera à ce que tous les renseignements requis y soient affichés. [Paragraphe 79 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, la politique du foyer visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes ainsi que la façon d'en obtenir une copie, et des copies des rapports d'inspection des deux dernières années soient affichées dans le foyer. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 14 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 114 du Règl. de l'Ont. 79/10. Système de gestion des médicaments

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 114 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

- a) d'une part, être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).**
- b) d'autre part, être examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (3).**

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits exigés en application du paragraphe 114 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10 soient :
 - a) élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques appropriées fondées sur des données probantes.

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

Le paragraphe 114 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10 exige que le/la titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Classic Care Pharmacy est la pharmacie du foyer, et elle exige que les foyers qui lui sont affiliés suivent ses politiques.

Ce point concerne la question de l'apposition de signatures dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) avant que le médicament soit administré; et à deux reprises, on avait apposé une signature pour le médicament, mais il n'avait pas été administré à la personne résidente.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné la politique et marche à suivre d'administration courante des médicaments n° 4.2 de la pharmacie Classic Care Pharmacy, qui a été révisée pour la dernière fois en novembre 2015. On remarquait que l'on documentait que chaque médicament est inspecté individuellement et que l'on en vérifie l'exactitude par rapport à la feuille de la personne résidente dans le MAR en vérifiant la compétence, la sécurité et l'autorité, puis le médicament qui a été contrôlé est administré à la personne résidente conformément à l'ordre. On doit apposer ses initiales dans les cases prévues à cet effet pour chaque médicament administré, en indiquant la date et l'heure au moment de l'administration.

Lors de l'examen des rapports d'incident liés à des médicaments du foyer pour une durée particulière, on a repéré les trois incidents suivants :

1. On devait administrer un médicament tous les mois à la personne résidente n° 028 à titre de médicament habituel pour un diagnostic particulier à une date particulière, mais cette personne résidente a reçu ce médicament habituel seulement lorsque la pharmacie l'a livré au foyer quelques jours plus tard. On remarquait que l'IA n° 100 avait signé le dossier d'administration des médicaments (MAR) le jour particulier où le médicament devait être administré, toutefois le médicament n'avait été administré à la personne résidente n° 028 qu'à une date ultérieure. Ce rapport d'incident mentionnait que l'IA n° 100 avait signé le MAR avant la préparation et la vérification du médicament.
2. On devait administrer à la personne résidente n° 008 un médicament habituel à deux dates particulières. L'administration de ce médicament avait été validée par une signature dans le MAR, mais il n'avait pas été administré à la personne résidente.

Ces membres du personnel infirmier autorisé n'avaient pas suivi la politique du foyer pour l'administration de médicaments habituels, et l'on n'avait pas alors fourni aux personnes résidentes leurs médicaments tel que prescrit.

Cet incident concerne la question de l'administration d'une substance désignée à une personne résidente comme étant un médicament administré selon besoin, et à ne pas en documenter l'administration dans aucun des registres du foyer.

La politique et marche à suivre n° 4.4 de la pharmacie Classic Care Pharmacy pour l'administration de médicaments selon le besoin, qui a été révisée pour la dernière fois en novembre 2015, indiquait que quand on administre un médicament selon le besoin, on documente des renseignements détaillés sur la dose. La dose du médicament administré selon le besoin est documentée en indiquant la date et

l'heure, le nom du médicament et sa force, sa posologie, la raison de son administration, et la signature de la personne qui l'administre. Cette marche à suivre mentionnait de plus que l'on atteste de l'administration d'un médicament selon le besoin dans le MAR en y apposant ses initiales immédiatement après l'administration du médicament, et que l'on documente l'efficacité/le résultat obtenu grâce au médicament administré selon le besoin.

3. Le 8 mars 2017, on avait administré à la personne résidente n° 044 une injection d'hydromorphone, un médicament administré selon le besoin. Ce médicament n'avait pas été documenté comme ayant été administré par le personnel autorisé qui l'administre ni dans le MAR de la personne résidente ni dans la fiche de suivi des substances désignées.

Ce membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas suivi la politique du foyer pour administrer une dose selon le besoin d'une substance désignée, ce qui constituait un risque d'erreur d'administration de médicament pour cette personne résidente, car aucune mention de l'administration, de l'efficacité ou du résultat du médicament administré selon le besoin n'était documentée. [Alinéa 114 (3)a]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les politiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre dans le foyer. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 15 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 131 du Règl. de l'Ont. 79/10. Administration des médicaments

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 131 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente n° 008 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Dans le cadre de l'observation des médicaments, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les rapports du foyer sur des incidents liés à des médicaments.

On n'avait pas fourni à la personne résidente n° 008 un médicament particulier tel que prescrit. Ce médicament était requis pour un certain diagnostic, et il n'a pas été fourni à la personne résidente à la date à laquelle il devait lui être administré.

On n'a pas fourni à deux reprises à la personne résidente n° 008 un médicament particulier tel que prescrit. On indiquait que le membre du personnel infirmier autorisé en cause à chaque occasion n'avait pas lu les renseignements concernant le médicament et n'avait pas administré ce médicament à la personne résidente. Ce médicament est utilisé pour faire diminuer l'exacerbation d'un état pathologique chronique particulier.

Ces incidents liés à des médicaments révélait que les médicaments n'avaient pas été administrés à ces personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. [Paragraphe 131 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il/elle doit veiller à administrer aux personnes résidentes n° 008 et 028 leurs médicaments conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 16 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 135 du Règl. de l'Ont. 79/10. Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 135 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient :

a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).

b) d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente, et à ce que chaque réaction indésirable à un médicament soient rapportés à la personne résidente, à son/sa mandataire spécial(e) s'il en a un(e).

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

Le 26 mai 2017, l'IA n° 116 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 que, quand il se produit au foyer un incident lié à un médicament, le personnel infirmier autorisé doit remplir un formulaire de rapport d'incident lié à un médicament. L'IA n° 116 a indiqué qu'ils/elles doivent faire rapport de cet incident au/à la MS, à la pharmacie, au médecin, au/à la DDS et à l'IA responsable de l'unité si le formulaire est rempli par l'IAA. Une fois ce document rempli, le/la DDS reçoit alors le rapport d'incident, examine les renseignements et gère alors la situation avec le membre du personnel des soins infirmiers en cause et conserve un dossier dans son bureau.

On a procédé à l'examen des rapports d'incidents liés à des médicaments du foyer concernant quatre incidents qui ont eu lieu au cours des six derniers mois, rapports qui ont été rédigés par le personnel infirmier autorisé du foyer. Un rapport indiquait que l'incident doit être signalé à la personne résidente/à la personne qui exerce une procuration, au fournisseur de services pharmaceutiques, au médecin traitant, au/à la DDS, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au directeur médical/à la directrice médicale et à l'IA (de la catégorie supérieure), et que l'on doit indiquer la date et l'heure à laquelle il est signalé.

On a remarqué que l'on n'avait pas mis au courant les personnes résidentes/les personnes qui exercent une procuration de ces incidents liés à des médicaments qui mettaient en cause des personnes résidentes du foyer.

Le 1^{er} juin 2017, le/la DDS a indiqué qu'après examen des quatre incidents liés à des médicaments pour les personnes résidentes du foyer, on constatait qu'aucune personne résidente/personne qui exerce une procuration n'avait été informée. Le/la DDS a de plus indiqué qu'il/elle devra réviser, avec du personnel infirmier autorisé, le processus pour remplir un rapport d'incident lié à des médicaments concernant à qui l'on doit signaler ces incidents comme on l'indique dans le processus du foyer.
[Alinéa 135 (1)b]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle tous les incidents liés à des médicaments mettant en cause une personne résidente et chaque réaction indésirable à un médicament sont rapportés à la personne résidente et à son/sa mandataire spécial(e) si elle en a un(e). Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 17 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 213 du Règl. de l'Ont. 79/10. Directeur des soins infirmiers et des soins personnels

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 213 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur des soins infirmiers et des soins personnels du foyer soit présent chaque semaine au foyer et y travaille régulièrement comme tel pendant les périodes suivantes :

1. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est d'au plus 19 lits, au moins quatre heures par semaine. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 213 (1).

2. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de plus de 19, mais de moins de 30 lits, au moins huit heures par semaine. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 213 (1).
3. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de plus de 29, mais de moins de 40 lits, au moins 16 heures par semaine. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 213 (1).
4. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de plus de 39, mais de moins de 65 lits, au moins 24 heures par semaine. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 213 (1).
5. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de 65 lits ou plus, au moins 35 heures par semaine. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 213 (1).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'à compter du 1^{er} janvier 2011, le directeur/la directrice des soins infirmiers et des soins personnels soit présent(e) chaque semaine au foyer et y travaille régulièrement comme tel chaque semaine pendant les périodes suivantes :

1. Dans un foyer d'au plus 19 lits autorisés, au moins 4 heures.
2. Dans un foyer de 20 à 29 lits autorisés, au moins 8 heures.
3. Dans un foyer de 30 à 39 lits autorisés, au moins 16 heures.
4. Dans un foyer de 40 à 64 lits autorisés, au moins 24 heures.
5. Dans un foyer de 65 lits autorisés ou plus, au moins 35 heures.

Note : Dans un foyer de plus de 39 lits autorisés, un directeur/une directrice des soins infirmiers et des soins personnels qui assiste à une réunion ou à une formation concernant son poste de directeur/directrice des soins infirmiers et des soins personnels est réputé(e) travailler sur les lieux au foyer à condition d'être accessible par téléphone.

Sarsfield Colonial Home est un établissement de soins de longue durée de 46 lits, il est donc tenu d'avoir un directeur/une directrice des soins infirmiers et des soins personnels sur les lieux pendant au moins 24 heures par semaine.

Aux fins du présent rapport, on désigne également le directeur/la directrice des soins infirmiers et des soins personnels sous le nom de directeur/directrice des soins (DDS).

Le 15 mai 2017, le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a informé l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 que le/la DDS était en congé et que l'on ne s'attendait pas à ce qu'il/elle revienne avant le 24 mai 2017. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a de plus indiqué que l'IA n° 100/directeur/directrice des soins intérimaire (DDSI) remplaçait le/la DDS. Le 23 mai 2017, le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 que le congé du/de la DDS était prolongé jusqu'au 31 mai 2017. Le 29 mai 2017, le/la DDS a repris le travail selon son horaire habituel.

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

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a examiné le planning du personnel autorisé, notamment l'horaire de travail du/de la DDSI pour la période du 25 février au 28 mai 2017. On avait alors déterminé que le/la DDS avait été en congé approuvé depuis le 8 mai 2017. L'inspecteur/l'inspectrice a remarqué que l'on indiquait sur le planning du personnel qu'il était prévu que le/la DDSI n° 100 remplaçât le/la DDS aux dates suivantes pendant les semaines suivantes :

Semaine du 8 au 14 mai : les 9 et 11 mai pour un total de 16 heures,

Semaine du 15 au 21 mai : le 18 mai pour un total de 8 heures,

Semaine du 22 au 28 mai : le 25 mai pour un total de 8 heures.

Les constatations qui précèdent ont été examinées avec l'administrateur/l'administratrice le 31 mai 2017. Il/elle a confirmé que durant son congé, le/la DDS n'assistait pas à une réunion ni à une formation. Il/elle a également confirmé que durant ce congé, le foyer n'avait pas de DDS sur les lieux et présent(e) au foyer 24 heures par semaine pendant les semaines suivantes :

Semaine du 8 au 14 mai : 8 heures manquantes,

Semaine du 15 au 21 mai : 16 heures manquantes,

Semaine du 22 au 28 mai : 16 heures manquantes. [Paragraphe 213 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il y a un/une DDS sur les lieux pendant un minimum de 24 heures par semaine. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 18 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 229 du Règl. de l'Ont. 79/10. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

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

Faits saillants :

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

Le 17 mai 2017, de 8 h 15 à 9 h 15, l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a observé le service du petit déjeuner dans le salon de télévision du premier étage. Au moment de cette observation, il y avait dix personnes résidentes dans le salon. Pendant le service, l'inspecteur/l'inspectrice a observé le/la PSSP n° 114 qui faisait des rôties pour les personnes résidentes, mettait du beurre et de la confiture sur les rôties, dressait la nourriture sur les assiettes, versait les boissons, servait aux personnes résidentes leurs repas et leurs boissons et prenait des croissants à mains nues dans un plat en acier inoxydable et les mettait sur les assiettes. L'inspecteur/l'inspectrice a observé le/la PSSP n° 102 qui

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

faisait manger une personne résidente qu'il fallait faire manger, enlevait la vaisselle sale ensuite, et allait alors aider à manger une autre personne résidente sans se laver les mains.

L'inspecteur/l'inspectrice a également observé les deux PSSP qui fournissaient de l'assistance à des personnes résidentes qui en avaient besoin. Les deux PSSP ont passé d'une tâche à l'autre et d'une personne résidente à l'autre pendant toute la durée du service du repas sans se laver les mains.

L'inspecteur/l'inspectrice a remarqué qu'il n'y avait pas d'évier avec de l'eau courante et du savon et pas de distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool dans le salon de télévision pour que le personnel les utilise pour se laver les mains.

Lors d'une entrevue, le/la PSSP n° 102 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 qu'il n'y avait pas de distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool ni d'évier dans le salon de télévision pour que le personnel se lave les mains.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a examiné le programme d'hygiène des mains du foyer fourni par le directeur/la directrice des soins, document intitulé « Best Practices for Hand Washing Sarsfield Colonial Home » (pratiques exemplaires pour se laver les mains – Sarsfield Colonial Home), révisé le 29 mai 2013. À la page 2 de 7, à la rubrique « Indications and Moments for Hand Hygiene » (indications et moments d'hygiène des mains), on mentionnait ce qui suit :

On entend par indication relative à l'hygiène des mains la raison pour laquelle il est nécessaire de se laver les mains à un moment donné. Il peut y avoir plusieurs indications d'hygiène des mains au cours d'une seule séance de soins ou d'une activité :

Le troisième point centré indiquait :

- Avant de préparer, de manipuler ou de servir des aliments ou des médicaments à la personne résidente.

Le cinquième point centré indiquait :

- Après un contact avec une personne résidente ou avec des articles se trouvant dans les environs immédiats avant de quitter la chambre de la personne résidente.

À la page 4 de 7, à la rubrique « Hand Hygiene Products and Agents » (produits et agents d'hygiène des mains), on indiquait :

Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) :

Le deuxième point centré indiquait :

- Des désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) facilement accessibles ont montré que davantage de gens pratiquent ce lavage des mains comparé au lavage des mains traditionnel. Il est plus rapide et s'est avéré plus efficace que de se laver à l'eau et au savon quand les mains ne sont pas visiblement souillées.

Le troisième point centré indiquait :

- Quand les mains sont visiblement souillées et qu'il n'y a pas d'eau courante, utiliser des essuie-mains jetables, puis des DMBA, et se rendre ensuite à l'endroit le plus proche pour faire un lavage à l'eau et au savon.

Lors d'une entrevue le 1^{er} juin 2017, le directeur des soins/la directrice des soins et l'administrateur/l'administratrice ont indiqué à l'inspectrice que le personnel est censé utiliser pour se laver les mains le distributeur de désinfectant pour les mains à base d'alcool qui est situé sur le mur de l'autre côté du couloir en face du salon de télévision. L'administrateur/l'administratrice a de plus confirmé qu'il n'y avait pas d'essuie-mains jetables pour que le personnel se nettoie les mains quand elles sont visiblement souillées. [Paragraphe 229 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections en suivant le programme d'hygiène des mains du foyer. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 19 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 3 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Déclaration des droits des résidents

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

8. Le résident a le droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels. 2007, chap. 8, par. 3 (1).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente n° 023 à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

Le 23 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a remarqué à 13 h 53 les PSSP n^{os} 106 et 107 qui prodiguaient des soins à la personne résidente n° 023 en lui changeant sa culotte d'incontinence alors qu'elle était au lit et que les PSSP n'avaient pas tiré les rideaux de séparation autour de son lit. La personne résidente n° 023 réside dans une chambre partagée avec trois autres personnes résidentes qui étaient également présentes dans la chambre à ce moment-là. Cette chambre est dotée de rideaux de séparation pour l'espace qui entoure le lit de chaque personne résidente afin de préserver l'intimité des personnes résidentes.

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

La personne résidente n° 024 qui partage cette chambre avait un rideau tiré, mais il y avait un espace de deux pieds au chevet du lit, directement en face du lit de la personne résidente n° 023 à ce moment-là. La personne résidente n° 042 qui réside également dans cette chambre avait quitté son lit et se dirigeait vers l'inspecteur/l'inspectrice qui l'a fait se retourner et ne pas se rendre à la salle de bains commune à ce moment-là, vu qu'elle aurait dû traverser directement l'endroit où le rideau était ouvert, car le lit de la personne résidente est situé à côté de la salle de bains commune.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a fait une entrevue de la personne résidente n° 024 qui dort dans le lit à côté de la personne résidente n° 023. La personne résidente n° 024 a dit qu'elle avait effectivement vu la personne résidente n° 023 la veille quand les membres du personnel avaient changé sa culotte d'incontinence, comme cela se produit toujours, qu'elle n'aimait pas cela, et que souvent elle se détournait du côté de la fenêtre. La personne résidente n° 024 a indiqué que cela est terrible, et qu'elle ne peut pas comprendre pourquoi ils/elles n'utilisent pas les rideaux. L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a alors interrogé la personne résidente n° 023 qui a indiqué que les PSSP ne tirent jamais les rideaux en lui prodiguant des soins, et que c'est simplement la réalité.

Lors d'une entrevue, le/la PSSP n° 107 a indiqué qu'ils/elles auraient dû tirer les deux rideaux pour cette personne résidente, dans cette chambre partagée, car n'importe qui aurait pu arriver, comme l'a fait l'inspecteur/l'inspectrice ou d'autres personnes résidentes de cette chambre partagée.

Lors d'une entrevue, le/la PSSP n° 106 a indiqué qu'il/elle avait tiré les rideaux entre les personnes résidentes et n'avait pas remarqué le vide de deux pieds pour le lit de la personne résidente n° 024 en face de celui de la personne résidente n° 023. Il/elle n'avait pas non plus déterminé la nécessité de tirer tout autre rideau pour cette personne résidente. Il/elle a indiqué ne pas avoir pensé à ce rideau au moment de prodiguer des soins à la personne résidente.

Le 24 mai 2017, l'administrateur/l'administratrice a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 qu'il/elle s'était assuré(e) que chaque personne résidente avait le rideau de séparation requis pour les soins et pour l'intimité, en particulier dans ces chambres partagées par quatre personnes résidentes. Il/elle a indiqué qu'il/elle fera un suivi auprès du personnel lors d'une réunion sur l'importance d'utiliser les rideaux de séparation dans chaque chambre partagée entre plusieurs personnes résidentes pour assurer leur intimité.

AE n° 20 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 70 du Règl. de l'Ont. 79/10. Services de diététique

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'élément services de diététique du programme de soins alimentaires et de services de diététique comprenne ce qui suit :

- a) la planification des menus;**
- b) la préparation alimentaire;**
- c) le service de restauration et de collation;**
- d) la disponibilité de fournitures et d'équipement pour la préparation alimentaire et le service de restauration et de collation. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 70.**

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'élément services de diététique du programme de soins alimentaires et de services de diététique comprenne d) la disponibilité de fournitures et d'équipement pour la préparation alimentaire et le service de restauration et de collation.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a observé le 17 mai 2017 le service de repas pour l'activité « petit déjeuner au lit » au premier étage, de 8 h 15 à 9 h 15. Cette activité a lieu deux fois par semaine à chaque étage : les dimanches et les mercredis.

Au cours du service de ce repas, l'inspecteur/l'inspectrice a remarqué que l'on servait le petit déjeuner aux personnes résidentes dans le salon de télévision de chacun de leurs étages respectifs, et qu'on leur servait leur petit déjeuner en utilisant de la vaisselle jetable, à l'exception des couverts et des tasses. Les céréales froides étaient servies dans des bols blancs en mousse de polystyrène, le plat principal était servi sur une assiette en papier, les liquides froids dans des verres jetables en plastique et la purée de fruits dans de petits plats jetables en plastique transparent.

Le 9 juin 2017, lors d'une entrevue, le/la SSA a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice qu'ils utilisaient de la vaisselle jetable pour l'activité « petit déjeuner au lit » parce que ce service de repas prend plus de temps que le service de repas habituel, et que le personnel de cuisine n'aurait pas le temps de laver toute la vaisselle à temps pour le service de repas suivant qui commence à 11 heures. Il/elle a de plus indiqué que le risque de blessure pour une personne résidente serait moindre en utilisant de la vaisselle jetable que quand on utilise la vaisselle habituelle en porcelaine, si une personne résidente venait à laisser tomber de la vaisselle. [Alinéa 70d]

AE n° 21 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 91 du Règl. de l'Ont. 79/10. Substances dangereuses

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.

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

Le 15 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a fait la tournée des trois salles de bains du foyer. Ces salles de bains n'étaient pas verrouillées et étaient accessibles aux personnes résidentes. À l'intérieur de ces salles de bains, il y avait un placard situé près de la baignoire à côté des fenêtres; il contenait un flacon de détergent liquide « Mikro-Quat » de la compagnie Ecolab comportant une étiquette qui indiquait de l'utiliser seulement pour les baignoires et la désinfection des instruments pour les soins des ongles. On remarquait que ce placard était doté d'un mécanisme de verrouillage avec clef qui n'était pas verrouillé.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné la fiche de données de sécurité (FDS) pour le détergent/désinfectant Mikro-Quat qui doit être considéré comme un produit dangereux pour les personnes résidentes du foyer.

Le 23 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a discuté de ce produit de nettoyage avec le directeur général/la directrice générale du foyer, qui a indiqué que ces placards des salles de bains sont censés être gardés verrouillés, car ils contiennent des produits pour le bain et le nettoyage. [Article 91]

AE n° 22 : Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 219 du Règl. de l'Ont. 79/10. Recyclage

En particulier, il/elle ne s'est pas conformé(e) aux dispositions suivantes :

Par. 219 (4) Le titulaire de permis veille à ce que la formation et le recyclage du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections prévus à la disposition 9 du paragraphe 76 (2) et au paragraphe 76 (4) de la Loi comprennent ce qui suit :

- a) l'hygiène des mains; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 219 (4).**
- b) les modes de transmission des infections; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 219 (4).**
- c) les pratiques de nettoyage et de désinfection; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 219 (4).**
- d) l'utilisation d'équipement de protection individuelle. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 219 (4).**

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation et le recyclage du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections prévus à la disposition 9 du paragraphe 76 (2) et au paragraphe 76 (4) de la Loi comprennent ce qui suit :

- a) Hygiène des mains

Conformément au paragraphe 76 (1) de la LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis veille à ce que tout le personnel du foyer ait reçu la formation exigée par le présent article.

Aux fins du paragraphe 76 (4) de la Loi, le/la 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.

Conformément au paragraphe 219 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, les intervalles prévus pour l'application du paragraphe 76 (4) de la Loi sont des intervalles annuels.

Au cours de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, le 1^{er} juin 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a passé en revue la formation annuelle du foyer en matière de prévention et de contrôle des infections, plus particulièrement concernant l'hygiène des mains.

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

Lors d'une entrevue, le/la DDS a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que les membres du personnel reçoivent une formation en hygiène des mains lors de la Semaine de la santé et de la sécurité au travail, et que la dernière formation avait eu lieu la semaine du 28 novembre au 4 décembre 2016.

L'inspecteur/l'inspectrice a demandé le matériel d'enseignement/de formation sur le lavage des mains, et le membre du personnel des ressources humaines n° 113 le lui a remis. L'enseignement était fourni sous forme d'une vidéo de cinq minutes sur l'hygiène des mains, puis on donnait un jeu-questionnaire à faire aux employé(e)s qui avaient assisté à la formation pour s'assurer qu'ils/elle l'avaient comprise. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a indiqué qu'au moment où l'on avait donné la formation en 2016 il y avait un total de cinquante-trois employé(e)s dans le foyer. On remarquait que l'on avait documenté que quarante-deux des cinquante-trois employé(e)s (79 %) n'avaient pas assisté à la formation sur le lavage des mains en 2016. Le/la DDS et le membre du personnel des ressources humaines ont indiqué que nombre des membres de leur personnel ne travaillaient pas cette semaine-là, et n'avaient donc pas assisté à la formation. [Alinéa 219 (4)a]

Émis le 18 juillet 2017.

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

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



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Long-Term Care Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de longue durée
Inspection des FSLD

Copie destinée au public

Nom des inspectrices (n°) : JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126),
LISA KLUKE (567)

N° de l'inspection : 2017_619550_0015

Registre n° : 007616-17

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

Date(s) du rapport : 23 juin 2017

Titulaire de permis : TAMINAGI INC.
5, rue Loisel, CP 2132, Embrun, ON K0A 1W1

Foyer de SLD : SARFIELD COLONIAL HOME
2861, chemin Colonial, CP 130, Sarsfield ON K0A 3E0

Nom de l'administratrice : CHANTAL CRISPIN

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

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

Lien vers ordre existant : 2016_219211_0023, OC n° 001

Aux termes du :

paragraphe 8 (3) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Ordre :

Le/la titulaire de permis doit réviser son plan d'urgence actuel pour la dotation en personnel infirmier afin de veiller à ce qu'il se conforme à l'article 45 du Règl. de l'Ont. 79/10.

La version révisée du plan d'urgence de dotation en personnel infirmier doit comprendre ce qui suit :

- des stratégies détaillées pour les cas où l'infirmier autorisé/l'infirmière autorisée qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi est incapable de se présenter au travail,
- une définition des situations d'urgence conformément au paragraphe 45 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10
- des stratégies pour les situations d'urgence quand le plan d'urgence ne permet pas d'avoir au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé, qui est à la fois un(e) employé(e) du/de la titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer, de service et présent(e) au foyer en tout temps.

Motifs :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé, qui est à la fois un(e) employé(e) du/de la titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer, soit de service et présent(e) au foyer en tout temps.

Cette inspection était un suivi de l'ordre de conformité n° 001 qui a été signifié au foyer le 1^{er} décembre 2016, sous le numéro d'inspection 2016_219211_0023 avec une date de conformité au 24 février 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*

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a examiné les horaires de travail du personnel infirmier autorisé pour la période du 25 février au 28 mai 2017, et a remarqué ce qui suit :

- 27 mars 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 28 mars 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 15 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pendant cinq des huit heures du poste de jour, de 6 h à 11 heures, et pendant toute la durée du poste du soir, de 14 h à 22 heures.
- 16 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 20 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 21 avril 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 9 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 18 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 20 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.
- 21 mai 2017 : il n'y avait pas d'IA prévu(e) pour le poste de jour de huit heures, de 6 h à 14 heures.

L'alinéa 31 (3)d) du Règlement de l'Ontario 79/10 exige que le/la titulaire de permis ait un plan de dotation en personnel écrit qui comprenne un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels afin de parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail.

La disposition 45 (1)1 du Règlement de l'Ontario 79/10 indique ce qui suit pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins :

- i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent,
- ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3)d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :

A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou à un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone,

B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Le paragraphe 45 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que l'on entend par « situation d'urgence » une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Sarsfield Colonial Home est un établissement de soins de longue durée de 46 lits situé dans une collectivité rurale.

Lors d'une entrevue le 30 mai 2017, le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a indiqué que, pour la totalité des dix postes de travail susmentionnés, il n'y avait pas un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée disponible pour assurer la couverture de ces postes de travail, et que ces dix postes de travail n'étaient pas des postes de travail dont on assurerait la couverture dans le cadre d'une « situation d'urgence ». Il/elle a dit à l'inspecteur/l'inspectrice que quand un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) est malade, ils appellent par ordre d'ancienneté les IA disponibles figurant sur leur liste. Si cela ne fonctionne pas, ils offrent alors à l'IA sur les lieux de faire des heures supplémentaires, et en dernier recours ils offrent le poste de travail à un ou une IAA avec le/la DDS ou un/une IA du foyer qui peut être rejoint(e) par téléphone. Le membre du personnel des ressources humaines a de plus indiqué que la liste des infirmiers autorisés ou des infirmières autorisées est limitée, car leurs IA à temps partiel ont un autre emploi et ne sont disponibles que pour des postes de travail particuliers. Le foyer a à l'heure actuelle quatre IA disponibles sur appel pour les postes de travail de jour et du soir, et deux pour le poste de travail de nuit.

Le lundi 27 mars, l'IA qui devait travailler ce jour-là a téléphoné pour dire qu'il/elle était malade. L'IA de nuit a appelé les IA sur la liste en offrant le poste sans succès. Un/une IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 27 mars 2017 de 6 h à 14 heures.

Le mardi 28 mars 2017, l'IA de jour qui travaille à plein temps et qui est également le/la DADS devait remplacer le/la DDS qui était en vacances, laissant le poste de jour sans IA. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 a indiqué qu'il n'y avait qu'un(e) IA disponible à qui il/elle pouvait offrir le poste, car les autres soit n'étaient pas disponibles ou ne travaillaient pas pour le poste de jour. L'IA disponible a refusé le poste de travail, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 28 mars 2017 de 6 h à 14 heures.

Le samedi 15 avril 2017, on a autorisé un congé pour l'IA du poste du soir, et parce qu'il n'y avait pas d'IA pour assurer la couverture du poste de travail en question, l'IA permanent(e) du poste de travail de jour était censé(e) travailler de 11 h à 21 heures pour assurer la couverture d'une partie des deux poste de travail, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste de jour de 6 h jusqu'à l'arrivée de l'IA à 11 heures. L'IA permanente du poste de travail de jour est venu(e) travailler à 11 heures, mais est parti(e) à 14 heures, car il/elle était malade. Il y avait un(e) IA que l'on pouvait appeler pour le remplacement pour ce poste de travail, mais il/elle a refusé, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste avec le/la DDS de garde. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence

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

pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, il n'y avait pas d'IA censé(e) travailler de 6 h à 11 heures le jour, et pas d'IA disponible pour travailler de 14 h à 22 heures le soir.

Le dimanche 16 avril, on a autorisé un congé pour l'IA du poste du soir, et parce qu'il n'y avait pas d'IA pour assurer la couverture du poste de travail en question, l'IA permanent(e) du poste de travail de jour était censé(e) travailler de 11 h à 21 heures pour assurer en partie la couverture des deux poste de travail, mais il/elle a fini par téléphoner pour dire qu'il/elle était malade. Un(e) IAA a assuré la couverture du poste de jour à compter de 6 heures jusqu'à ce qu'il/elle arrive à 11 heures avec le/la DDS de garde. Comme il n'y avait pas d'IA que l'on pouvait appeler pour offrir le poste de travail de 11 h à 21 heures, on a offert à l'IA à plein temps qui assurait le poste du soir de faire des heures supplémentaires, et il/elle a assuré la couverture du poste de travail du soir de 14 h à 22 heures. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 16 avril de 6 h à 14 heures.

Le jeudi 20 avril, l'IA permanent(e) à temps plein était malade. On a appelé les IA sur la liste pour offrir le poste de travail, mais personne n'était disponible. Un(e) IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 20 avril de 6 h à 14 heures.

Le vendredi 21 avril, l'IA permanent(e) à temps plein était malade. Il n'y avait aucun(e) IA que l'on pouvait appeler pour le/la remplacer, car ils/elles avaient un horaire de travail ou n'étaient pas disponibles. On n'a pas offert d'heures supplémentaires, et un(e) IAA a assuré la couverture du poste de travail. Il n'y avait pas d'autres options de plan d'urgence pour la dotation en personnel planifiées ou offertes. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 21 avril de 6 h à 14 heures.

Le mardi 9 mai, l'IA permanent(e) du poste de jour qui est aussi le/la DADS était censé(e) travailler, car le/la DDS était en congé. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 n'avait pas de document indiquant que le foyer avait tenté de faire un remplacement pour ce poste de travail, ni à qui il avait été offert. Une IAA a assuré la couverture du poste de travail. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 9 mai de 6 h à 14 heures.

Le jeudi 18 mai, l'IA permanent(e) du poste de jour qui est aussi le/la DADS était censé(e) travailler, car le/la DDS était en congé. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 n'avait pas de document indiquant que le foyer avait tenté de faire un remplacement pour ce poste de travail ni à qui il avait été offert. Une IAA a assuré la couverture du poste de travail. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé le 18 mai de 6 h à 14 heures.

Le samedi 20 mai et le dimanche 21 mai, l'IA censé(e) travailler a eu un congé approuvé. Le membre du personnel des ressources humaines n° 113 n'avait pas de document indiquant que le foyer avait tenté de faire un remplacement pour ces postes de travail ni à qui ils avaient été offerts. Une IAA a assuré la couverture des deux postes de travail avec le/la DDS de garde. En conséquence, aucun(e) IA n'avait travaillé les 20 et 21 mai de 6 h à 14 heures.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Au cours d'une entrevue le 30 mai 2017, le directeur général/la directrice générale et le membre du personnel des ressources humaines n° 113 ont indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que même s'ils n'avaient pas d'IA sur les lieux, ils/elles croyaient qu'ils étaient toujours conformes au Règlement, car le/la DDS ou un(e) IA du personnel permanent était soit de garde soit sur les lieux. Ils/elles ne savaient pas que, lorsque le/la DDS travaille en tant que DDS, il/elle ne peut pas être considéré(e) comme un(e) IA de service et présent(e) dans le foyer de soins de longue durée. Ils/elles croyaient également que, quand un(e) IA téléphonait pour dire qu'il/elle était malade ou qu'il n'y avait pas d'IA disponible pour assurer la couverture d'un poste de travail, l'on considérait qu'il s'agissait d'une situation d'urgence.

Le 31 mai 2017, lors d'une entrevue, l'administrateur/l'administratrice a indiqué aux inspecteurs/inspectrices n^{os} 550 et 547 qu'il/elle n'était pas au courant que le précédent ordre de conformité nécessitait qu'il/elle rédige, soumette et mette en œuvre un plan pour parvenir à se conformer à l'ordre, et qu'il/elle n'avait donc pas rédigé ni soumis de plan. Il/elle a indiqué que le plan d'urgence actuel pour la dotation en personnel des soins infirmiers du foyer comporte des stratégies telles que :

- appeler les personnes figurant sur la liste des IA,
- proposer des postes de travail de 12 heures, des heures supplémentaires,
- prévoir deux IAA, avec un(e) IA ou le/la DDS de garde.

Il/elle a indiqué que, bien que le/la DDS travaille actuellement 56 heures sur deux semaines, on ne lui demande pas de remplacer des postes de travail d'IA ni de changer son poste de travail pour assurer la couverture du poste de travail d'IA dans le cadre du plan d'urgence actuel. De plus, il/elle a indiqué que le foyer n'utilise pas actuellement une agence pour assurer le remplacement du personnel autorisé.

On a établi, pour la période du 25 février au 28 mai 2017, qu'il y avait onze postes de travail pour lesquels il n'y avait pas de service et présent au foyer un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée qui est à la fois un(e) employé(e) du/de la titulaire de permis et membre du personnel infirmier permanent du foyer. Le plan d'urgence pour la dotation en personnel du foyer n'a pas été suivi.

On a examiné la portée et la gravité de cette non-conformité. Le fait qu'il n'y avait pas de solide plan d'urgence pour la dotation en personnel afin de faire face aux situations d'urgence, fait auquel s'ajoute la non-conformité continue du/de la titulaire de permis, constitue un risque pour la sécurité des personnes résidentes et a une incidence sur chaque personne résidente vivant au foyer. (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 15 septembre 2017.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Aux termes du :

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

- a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident; 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).

Ordre :

Le/la titulaire de permis a l'ordre de faire ce qui suit :

1. Établir et mettre en œuvre un processus pour que, lorsque des côtés de lit sont utilisés, la personne résidente doit être évaluée pour déterminer la nécessité de ces côtés de lit conformément aux pratiques couramment admises.
2. Établir et mettre en œuvre un processus pour que, lorsque des côtés de lit sont utilisés, le lit de la personne résidente soit 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 de coincement, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes.
3. Faire suivre la personne résidente par une équipe interdisciplinaire aux fins d'évaluation du besoin constant de ces côtés de lit et de leur utilisation, notamment pour les côtés de quart de longueur ou de demi-longueur. Cette équipe interdisciplinaire doit être consultée avant de prendre la décision d'ajouter ou de modifier le style de lit, les côtés de lit ou le matelas utilisés pour la personne résidente.
4. Veiller à ce que les évaluations et réévaluations susmentionnées soient documentées, en indiquant notamment les noms des membres de l'équipe qui participent à l'évaluation, les résultats de l'évaluation, et les recommandations à l'intention de ces personnes résidentes relativement à leur lit et aux côtés de lit.

Motifs :

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

Le 21 août 2012, la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a émis un avis aux administrateurs/administratrices de foyer de soins de longue durée mentionnant un document produit par Santé Canada et intitulé « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques, 2008 » (document appelé « ligne directrice de Santé Canada »). Dans l'avis, on mentionnait que l'on s'attendait à ce que la ligne directrice de Santé Canada soit utilisée à titre de « document présentant des pratiques exemplaires ».

La ligne directrice de Santé Canada comporte les titres de deux autres documents connexes publiés par le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA). Ces documents auxquels on fait référence dans la ligne directrice de Santé Canada sont mentionnés comme étant des ressources utiles qui font état des pratiques couramment admises pour l'utilisation des côtés de lit. On entend par pratiques couramment admises les pratiques prédominantes, généralement acceptées et généralisées qui servent de base à la prise de décisions cliniques. Un des documents connexes est intitulé *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities and Home Care Settings* (U.S., FDA, 2003).

Ce document fournit des conseils nécessaires pour effectuer une évaluation clinique des personnes résidentes lorsqu'on utilise des côtés de lit. Il est recommandé que toute décision concernant l'utilisation des côtés de lit soit prise dans le contexte d'une évaluation personnalisée de la personne résidente, afin d'évaluer le risque relatif de l'utilisation des côtés de lit comparé à leur non-utilisation pour chaque personne résidente. Ce processus consiste à effectuer une comparaison entre le risque de blessure ou de décès lié à l'utilisation ou à la non-utilisation des côtés de lit, et les avantages que cette utilisation présente pour une personne résidente particulière. L'évaluation doit être effectuée par une équipe interdisciplinaire en tenant compte de nombreux facteurs, notamment, mais non exclusivement, le droit de la personne résidente de participer au processus de planification des soins, ses besoins médicaux, ses habitudes et son environnement de sommeil, son confort au lit, et les éventuels risques pour la sécurité que constitue l'utilisation de tout type de côté de lit. Le document mentionne de plus que l'évaluation des risques et des avantages, qui indique 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'efficacité des côtés de lit doit faire l'objet d'un examen régulier.

Le/la superviseur(e) du service d'alimentation/coordonnateur/coordonnatrice du RAI a mentionné, lors d'une entrevue avec l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 le 19 mai 2017, que l'on avait trouvé la personne résidente n° 023 suspendue à l'extérieur de son lit il y avait quelques semaines, et que l'on en avait fait rapport au directeur/à la directrice des soins (DDS) et au directeur général/à la directrice générale par courriel le 21 avril 2017 lors du changement entre les postes de travail de jour et du soir.

Le 24 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a observé le lit de la personne résidente n° 023. Le lit avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance qui étaient d'une demi-longueur, placés au centre, de chaque côté du lit. La tête du lit avait un écriteau indiquant que les deux côtés de lit étaient relevés.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Le 22 mai 2017, l'inspectrice n° 547 a fait passer une entrevue au directeur général/à la directrice générale concernant ce que le foyer avait fait après avoir appris l'incident concernant la personne résidente n° 023 le 21 avril 2017. Il/elle a indiqué que l'on avait vérifié le lit et les côtés de lit de la personne résidente, que tout était correctement serré, et que le personnel infirmier devait avoir accru la surveillance de la personne résidente. Il/elle a indiqué avoir rencontré le/la DDS lors de leurs réunions habituelles du lundi, et qu'ils/elles ont examiné quel élément de leur surveillance de la personne résidente ils devaient accroître. Le directeur général/la directrice générale a indiqué de plus que ses seules évaluations en bonne et due forme des lits consistaient à vérifier les cadres de lit et les côtés de lit avec les matelas pour s'assurer qu'ils étaient en bon état de fonctionnement. Il/elle a déclaré que cette vérification est effectuée toutes les deux semaines. Le directeur général/la directrice générale a également déclaré ne pas connaître la ligne directrice de Santé Canada ni le document connexe qui fournit des conseils pour l'évaluation clinique des personnes résidentes quand on utilise des côtés de lit.

Le/la DDS a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice se souvenir d'avoir eu une réunion avec le directeur général/la directrice générale au début mai 2017. Le/la DDS a retrouvé le COURRIEL envoyé par le/la SSA/coordonnateur/coordonnatrice du RAI du foyer le 21 avril 2017 à 14 h 28. Ce message était envoyé au/à la DDS et au directeur général/à la directrice générale du foyer. Le COURRIEL mentionnait que « la personne résidente n° 023 hurlait "au secours", mais que le personnel était encore en réunion pour recevoir le rapport de la journée, la personne résidente n° 023 était suspendue hors du lit, la totalité de son torse et sa tête étaient sur le sol, et seules ses jambes étaient dans le lit, contre l'autre côté de lit. Je ne sais pas si l'on pouvait bouger le côté de lit, et dans l'affirmative si l'on pouvait déplacer ce côté de lit près de la tête et du torse de la personne résidente pour éviter cette situation ». Le/la DDS indiquait de plus que l'on n'avait pas réévalué la personne résidente après cet incident, et que l'on n'avait pas accru la surveillance de cette personne résidente.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 023; ils indiquaient qu'elle avait désormais deux côtés de lit de pleine longueur qu'elle utilise pour aider le personnel quand on la tourne et qu'on la change de position dans le lit. La réunion de 2016 sur les soins de la personne résidente qui était documentée indiquait qu'elle courait un risque élevé de faire des chutes et qu'elle utilisait un appareil d'aide personnelle pour sa sécurité et deux côtés de lit. Un formulaire de consentement au recours à des moyens de contention pour la personne résidente comportait le consentement du mandataire spécial/de la mandataire spéciale de la personne résidente pour l'utilisation de deux côtés de lit de pleine longueur, et ce formulaire était cosigné par le/la DDS. On remarquait de plus que la personne résidente résidait à un étage particulier au moment de ce consentement et de la réunion annuelle sur les soins.

Le 30 mai 2017, le/la DDS a indiqué que l'on avait ensuite déménagé la personne résidente à un autre étage d'après le classeur des transferts de chambre qui se trouvait dans le bureau. Le/la DDS a indiqué avoir discuté de cet incident dans son bloc-notes électronique avec le directeur général/la directrice générale, toutefois ils/elles n'avaient pas évalué le besoin de la personne résidente d'avoir ces côtés de lit de demi-longueur lors de son déménagement à un autre étage, et ils/elles n'avaient pas mis en œuvre d'autres modifications de la surveillance ou du programme de soins de la personne résidente.

Le/la DDS avait examiné la politique et marche à suivre du foyer remise à l'équipe d'inspection et intitulée « Bed Rail Policy » (politique relative aux côtés de lit), entrée en vigueur le 25 novembre 2007 et révisée pour la dernière fois le 6 juin 2013. Cette politique indiquait que lorsqu'on repère qu'une personne résidente risque de tomber hors de son lit, ou de se lever seule et de faire une chute, on peut utiliser des côtés de lit selon ce que détermine l'évaluation effectuée par le personnel infirmier. La marche à suivre du foyer indiquait que tous les lits seraient dotés de deux côtés de lit.



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Au cours de cette inspection, l'équipe d'inspection a remarqué que la majorité des personnes résidentes étaient dans des lits qui avaient deux côtés de lit en place, par conséquent, la non-conformité susmentionnée est généralisée et constitue un risque de préjudice réel pour les personnes résidentes en l'absence d'une évaluation des personnes résidentes aux fins d'utilisation des côtés de lit et d'une évaluation de leur lit 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 pour ces personnes résidentes. (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 21 septembre 2017.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Lien vers ordre existant : 2017_548592_0005, OC n° 001

Aux termes du :

paragraphe 17 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

Ordre :

Le/la titulaire de permis a l'ordre de veiller à ce que le système d'appels de la salle à manger de l'étage inférieur :

- soit aisément accessible à toutes les personnes résidentes,
- permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation,
- indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

Motifs :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui soit aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps, qui permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation, et qui indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

Cette inspection était une inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 001 qui a été signifié au foyer le 8 mars 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017_548598_0005, avec une date de conformité au 12 mai 2017. Cette inspection faisait partie de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes du foyer.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Le 31 mai 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a observé le système d'appels nouvellement installé dans la salle à manger de l'étage inférieur du foyer. La salle à manger principale du foyer, la cuisine, le salon de coiffure et le bureau de l'administration se trouvent à l'étage inférieur du foyer.

L'inspecteur/l'inspectrice a remarqué une lumière stroboscopique au plafond du couloir à l'entrée des deux portes de la salle à manger. Une fois à l'intérieur de la salle à manger, l'inspecteur/l'inspectrice a remarqué qu'il y avait sur le mur en face de la cuisine un bouton-poussoir rouge à côté d'un téléphone mural. Un écriteau sous le bouton-poussoir indiquait ce qui suit en français et en anglais :

EN CAS D'URGENCE

Décrocher le combiné, appuyer sur PAGE et DIRE « UN INFIRMIER/UNE INFIRMIÈRE IMMÉDIATEMENT À LA SALLE À MANGER »

Appuyer aussi sur l'interrupteur pour activer les lampes d'éclairage de secours.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a appuyé sur bouton d'appel d'urgence pour déclencher un appel pendant que l'inspecteur/l'inspectrice n° 547 se rendait à l'unité du 2^e étage.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a remarqué que les deux lumières stroboscopiques au plafond du couloir de l'étage inférieur étaient activées, mais que l'on n'entendait aucun son dans la salle à manger ni à l'étage inférieur. L'inspecteur/l'inspectrice n° 547 a confirmé à l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 que rien n'indiquait sur le panneau du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel situé au 2^e étage que l'on avait fait un appel dans la salle à manger. On n'avait pas non plus entendu de son.

Lors d'une entrevue, le directeur général/la directrice générale a indiqué aux inspecteurs/inspectrices n^{os} 547 et 550 qu'il/elle pensait que c'était parce que leur système actuel de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel était vieux – il bénéficiait d'une clause de droits acquis. L'administrateur/l'administratrice et le directeur général/la directrice générale ont indiqué que le téléphone et les lumières stroboscopiques ne sont pas connectés entre eux, et qu'ils ne sont pas non plus connectés au système actuel de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel du foyer. Quand on active le bouton PAGE du téléphone, on l'entend à chaque étage. Pour faire un appel à l'aide, on doit lire l'écriteau sur le mur, appeler les membres du personnel sur leur téléavertisseur en utilisant le bouton PAGE du téléphone, annoncer que la présence d'un infirmier/d'une infirmière est requise dans la salle à manger, puis appuyer sur le bouton rouge pour activer les lumières stroboscopiques de l'étage inférieur. Une fois l'appel terminé et le combiné téléphonique remis en place, il n'y a plus d'indication sonore d'appel à l'aide dans aucun secteur du foyer. L'appel ne se répète pas, il n'y a pas d'appel continu. On ne voit les lumières stroboscopiques de l'étage inférieur que si l'on se trouve dans le couloir, et elles restent allumées tant que l'on n'appuie pas de nouveau sur le bouton rouge pour les éteindre. Il ne reste pas d'autre indication en un endroit quelconque du foyer pour signaler que l'on a fait un appel à l'aide dans la salle à manger. Les lumières stroboscopiques n'avisent pas de l'appel à l'aide le personnel infirmier qui se trouve dans les unités de soins aux personnes résidentes.

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*

Par conséquent, faire un appel à partir de la salle à manger implique de procéder en deux étapes. La première consiste à appeler l'infirmier/l'infirmière sur son téléavertisseur en utilisant le téléphone conformément aux directives écrites pour qu'il/elle vienne à la salle à manger; la deuxième étape consiste à appuyer sur le bouton d'appel d'urgence rouge. Une fois que l'infirmier/l'infirmière est prévenu(e) sur son téléavertisseur et que le combiné téléphonique est remis en place, l'appel prend fin à ce moment-là. Bien que les lumières stroboscopiques demeurent allumées jusqu'à ce que l'on appuie de nouveau sur le bouton d'appel d'urgence pour les désactiver, on ne peut les voir qu'au niveau inférieur du foyer, car elles ne sont pas connectées au panneau du système d'appels d'urgence principal.

Les deux inspecteurs/inspectrices ont déterminé que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans la salle à manger du niveau inférieur :

- peut aisément être vu sur le mur de la salle à manger. Ne peut pas être aisément accessible et utilisable par les personnes qui ont des handicaps physiques (qui les empêchent d'atteindre un objet aussi haut), car il est installé à cinq pieds environ au-dessus du sol. Les membres du personnel connaissent son emplacement et la façon de l'utiliser. L'inspecteur/l'inspectrice n'a pas été en mesure d'observer des visiteurs qui utilisaient le système durant la visite;
- est sous tension en tout temps;
- on ne peut pas annuler l'appel pour demander de l'aide seulement au point d'activation, car il n'y a pas d'appel continu à annuler. Un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel doit être un processus en une étape comportant un appel continu jusqu'à ce qu'il soit désactivé. Le système actuel qui se trouve dans la salle à manger est un processus en deux étapes et ce n'est pas un système à sonnerie continue. Quand le combiné téléphonique est replacé une fois que l'appel est effectué à l'aide du bouton PAGE, l'appel est automatiquement annulé. Si elles sont activées, les lumières stroboscopiques demeurent allumées jusqu'à ce que quelqu'un les désactive.
- est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes. La salle à manger est une aire très utilisée par les personnes résidentes pour les repas et pour certaines activités.
- n'indique pas clairement d'où provient le signal. L'installation nécessite que la personne qui utilise le système (téléphone) indique clairement d'où provient le signal (l'appel envoyé au téléavertisseur). Si, dans une situation d'urgence, la personne ne peut pas parler ou oublier d'annoncer l'endroit où l'assistance est requise quand elle fait un téléappel, l'infirmier/l'infirmière n'a aucun moyen de savoir où l'on a besoin d'aide. Et, à supposer que la personne poursuive en faisant la deuxième étape, qui consiste à appuyer sur le bouton rouge pour activer les lumières stroboscopiques, les lumières ne sont visibles que lorsqu'on est dans le corridor à côté de la salle à manger au niveau inférieur du foyer. Les membres du personnel qui se trouvent ailleurs dans le foyer n'ont aucun moyen de voir les lumières stroboscopiques et d'être informés qu'un appel pour avoir de l'aide émanait de la salle à manger;
- le système de téléavertisseur est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

On a examiné les antécédents de conformité du foyer, la portée et la gravité de la non-conformité. Un plan de redressement volontaire avait été demandé en mars 2015 dans le cadre de l'inspection n° 2015_225126_0012 et en décembre 2016 dans le cadre de l'inspection n° 2016_219211_0023. Un ordre de conformité a été émis en mars 2017 dans le cadre de l'inspection n° 2017_548592_0005. Le fait que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel du foyer, qui est situé dans la salle à manger de l'étage inférieur du foyer, ne puisse pas être facilement accessible et utilisable par les personnes résidentes, qu'il ne permette pas d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qu'il n'indique pas clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal, ainsi que la non-conformité continue de la titulaire de permis constituent un risque pour la sécurité des personnes résidentes et a une incidence sur chaque personne résidente qui vit au foyer. (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 22 août 2017.

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

Aux termes du :

Paragraphe 71 du Règl. de l'Ont. 79/10. Planification des menus

Ordre :

Le/la titulaire de permis veille à ce que la planification des menus comprenne ce qui suit :

1. des menus pour les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations;
2. des choix de mets principaux, de légumes et de desserts en purée au déjeuner et au dîner;
3. une option de collation en purée pour le menu des collations de l'après-midi et du soir;
4. l'offre à chaque personne résidente d'un minimum de trois repas par jour.

Motifs :

1. Le/la titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) à l'article 71 du règlement, car le foyer n'a pas veillé à ce que la planification des menus du foyer comprenne ce qui suit :

1. Le cycle de menus du foyer comprend des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (1)b).

Le 15 mai 2017, au cours de l'observation du repas du déjeuner, l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a remarqué qu'il y avait un seul choix d'aliments en purée pour le repas, aucun autre choix n'était offert. Le 15 mai 2017, lors d'une entrevue, le cuisinier/la cuisinière a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il y avait un choix d'aliments en purée pour le repas, et que c'était du poisson. Il/elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'autres choix pour les personnes résidentes qui avaient un régime comportant des aliments en purée. Le 19 mai 2017, au cours d'une entrevue, le/la SSA a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il y avait un choix de régime comportant des aliments en purée pour les trois repas et que c'était toujours comme ça.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a examiné le cycle de menus de trois semaines, et elle a remarqué qu'il y avait un choix à chaque repas pour le régime comportant des aliments en purée et que l'on n'offrait pas d'autres choix. Il/elle a aussi remarqué que l'on ne mentionnait pas de collations de l'après-midi sur le menu pour toutes les personnes résidentes. Également, on remarquait sur le menu que la collation du soir des personnes résidentes qui avaient un régime comportant des aliments en purée ne comportait aucun choix.

2. On offre à chaque personne résidente un minimum de trois repas par jour. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (3)a).

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

La personne résidente n° 013 a été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. Lors de son admission, son poids correspondait à une plage de poids particulière.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente, l'inspecteur/l'inspectrice n° 550 a remarqué que l'on documentait une perte de poids graduelle et continue pendant six mois particuliers.

La documentation dans les notes d'évolution, rédigée par le/la diététiste et par les membres du personnel autorisé depuis l'admission de la personne résidente, indiquait que cette perte de poids graduelle et continue et le refus de manger étaient connus de l'équipe soignante.

L'inspecteur/l'inspectrice a examiné le dossier de l'ingestion quotidienne d'aliments et de liquides pour la personne résidente pendant vingt-trois jours particuliers. Il/elle a remarqué que l'on documentait pendant cette période que la personne résidente avait refusé un petit déjeuner pendant quatre des vingt-trois jours. Il n'y avait pas de documentation pour deux des vingt-trois jours. Lors d'une journée particulière, on avait indiqué la mention « A » ce qui signifiait d'après le/la diététiste que la personne résidente était absente de la salle à manger. L'inspecteur/l'inspectrice a examiné les notes d'évolution, et il n'y avait aucune indication que l'on avait fourni ou proposé un plateau à la personne résidente lors de l'une de ces journées.

Déjeuner : On avait documenté que la personne résidente avait refusé de déjeuner pendant huit des vingt-trois jours. Il n'y avait pas de documentation pour deux des vingt-trois jours. On indiquait dans les notes d'évolution que l'on avait fourni un plateau à la personne résidente à une date particulière, mais pas à aucune des autres dates.

Dîner : On avait documenté que la personne résidente avait refusé de dîner pendant douze des vingt-trois jours. On indiquait dans les notes d'évolution que l'on avait fourni un plateau à la personne résidente pendant deux jours particuliers, mais pas à aucune des autres dates.

Lors d'une entrevue le 24 mai 2017 avec le/la diététiste du foyer et l'IA n° 100, ils/elles ont indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice que le foyer n'offre pas de plateau à une personne résidente quand elle refuse de venir à la salle à manger pour les repas, car ils/elles ne veulent pas que la personne résidente prenne l'habitude de manger dans sa chambre; ils/elles veulent favoriser l'interaction sociale. De plus, le/la diététiste a indiqué que l'on ne fournit pas à la personne résidente de collation du matin, même quand elle ne mange pas son petit déjeuner, car le foyer ne fournit que des liquides aux personnes résidentes à ce moment-là. On donne des biscuits à la personne résidente lors de la collation de l'après-midi et un demi-sandwich au coucher. Il/elle a indiqué que bien que la personne résidente aime les sandwiches, ils ne veulent pas lui donner un sandwich entre les repas parce qu'ils craignent qu'elle ne veuille pas manger ses repas. Le/la diététiste a indiqué qu'en dehors du pudding et d'un supplément alimentaire déterminé que la personne résidente refusait en raison d'effets secondaires ennuyeux, ils n'avaient pas essayé d'autres options, notamment des aliments enrichis ou d'autres types de suppléments en raison de restrictions budgétaires.



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

On a examiné la portée et la gravité de cette non-conformité. Le fait que le cycle de menus du foyer ne comporte pas de menus pour les régimes thérapeutiques et de régimes à texture modifiée pour les repas et les collations, plus le fait que l'on n'offre pas au minimum trois repas par jour à la personne résidente n° 013, qui est identifiée comme ayant une perte de poids graduelle continue, constitue un risque potentiel de préjudice réel pour cette personne résidente. (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 18 août 2017.



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

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



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel, auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé, de la décision rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire
Commission d'appel et de
révision des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

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



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au www.hsarb.on.ca.

Émis le 23 juin 2017

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joanne Henrie

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