



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

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

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

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

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

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

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

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

Copie du public

| Date du rapport | N° de l'inspection | N° de registre | Type d'inspection |
|------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 6 février 2018 | 2018_617148_0002 | 016094-17, 016278-17, 016281-17 | Suivi |

Titulaire de permis

TAMINAGI 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 de l'inspectrice

AMANDA NIXON (148)

Résumé de l'inspection



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

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

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

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

Il s'agit d'une inspection de suivi.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 24, 25, 26, 29, 30 et 31 janvier 2018.

Cette inspection consistait en un suivi de trois ordres de conformité (OC) émis à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017_619550_0015. Les ordres de conformité concernaient ce qui suit : infirmière autorisée/infirmier autorisé de service 24 heures sur 24 (OC n° 001), côtés de lit (OC n° 002) et programme de soins alimentaires (OC n° 004).

En outre, l'OC n° 003 de la même inspection de la qualité des services aux personnes résidentes de 2017 a été trouvée en conformité en septembre 2017; il concernait l'inspection n° 2017_625133_0014. La conformité à cet ordre a été mentionnée dans le présent rapport d'inspection.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice du foyer, directrice/directeur des soins (DDS), directrice adjointe/directeur adjoint des soins (DADS), personnel des ressources humaines, coordonnatrice/coordonnateur du RAI, diététiste agréé(e)/responsable de la nutrition (DA/RN), directrice générale/directeur général, directrice/directeur des activités, membres du personnel infirmier autorisé (IA), membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), personnes préposées au service d'alimentation, personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), cuisinières/cuisiniers et personnes résidentes.

En outre, l'inspectrice a examiné l'environnement des soins aux personnes résidentes, notamment les systèmes de lit et l'équipement connexe, ainsi que plusieurs services de repas. L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de personnes résidentes identifiées, des documents utilisés par le service de diététique, notamment les menus et les régimes thérapeutiques prévus, des documents relatifs à l'évaluation des lits et aux évaluations de personnes résidentes effectuées relativement à l'utilisation des côtés de lit, ainsi que le planning du personnel infirmier et des politiques relatives au plan d'urgence pour la dotation en personnel.



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

Observation de la restauration

Foyer sûr et sécuritaire

Effectif suffisant

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

3 AE

0 PRV

2 OC

0 RD

0 OTA

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

| EXIGENCE | TYPE DE MESURE | N° DE L'INSPECTION | N° DE L'INSPECTRICE |
|---|----------------|--------------------|---------------------|
| Règl. de l'Ont. 79/10 par. 17. (1) | OC n° 003 | 2017_619550_0015 | 148 |
| LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8 par. 8. (3) | OC n° 001 | 2017_619550_0015 | 148 |



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.

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 15. Côtés de lit

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

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

a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).

b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).

c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit étaient utilisés, d'une part la personne résidente fût évaluée ou son système de lit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente, et d'autre part à ce que des mesures fussent prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes.

Le 23 juin 2017, on a signifié au titulaire de permis un ordre de conformité en application du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1) par suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017_619550_0015. Le type d'ordre était conforme à l'alinéa 153 (1) a) de la LFSLD 2007 en ce sens que l'on ordonnait au titulaire de permis de prendre des mesures particulières pour se conformer. Le titulaire de permis aurait dû s'être conformé à l'ordre de conformité au 21 septembre 2017.

On avait ordonné au titulaire de permis, en partie, de prendre les mesures suivantes :

1. Établir et mettre en œuvre un processus pour que, lorsque des côtés de lit sont utilisés, la personne résidente doive 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 système de 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.
3. Faire suivre la personne résidente par une équipe interdisciplinaire afin d'évaluer le besoin constant de ces côtés de lit et de leur utilisation, notamment pour les côtés de grandeur $\frac{1}{4}$ ou de grandeur $\frac{1}{2}$. Cette équipe interdisciplinaire doit être consultée avant de prendre la décision d'ajouter ou de modifier le style de système 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.

En août 2012, le directeur intérimaire de la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié une note de service à tous les administrateurs et administratrices de foyers de soins de longue durée concernant les risques de coincement liés aux lits. La note de service indiquait que la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de*

piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques (ligne directrice de Santé Canada) devait être utilisée par tous les foyers à titre de document présentant des pratiques exemplaires. La ligne directrice de Santé Canada définit où l'on doit utiliser les côtés de lit, les parties du corps présentant un risque de piégeage pouvant avoir des conséquences mortelles (tête, cou, poitrine), elle décrit les emplacements des ouvertures des lits d'hôpital qui sont des zones présentant un risque potentiel de coincement (zones un à sept), elle recommande des limites dimensionnelles pour les espaces dans certaines des zones présentant un risque potentiel de coincement (zones un à quatre), et elle prescrit des outils pour effectuer les essais et des méthodes pour mesurer et évaluer les espaces dans certaines des zones présentant un risque potentiel de coincement (zones un à quatre).

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 des pratiques prédominantes, généralement admises et répandues qui servent de fondement aux prises de décision cliniques. L'un des documents d'accompagnement est intitulé *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long-Term Care Facilities and Home Care Settings* (FDA des États-Unis, 2003). Ce document fournit une orientation nécessaire quand on effectue une évaluation clinique si des côtés de lit sont utilisés. Dans ce document, on indique que toute décision d'utiliser ou de cesser d'utiliser des côtés de lit devrait être prise dans le contexte d'une évaluation personnalisée de la personne résidente en faisant appel à une équipe interdisciplinaire. On doit prendre en considération de nombreux éléments lors de l'évaluation de la personne résidente et notamment : diagnostic médical, états pathologiques, symptômes et/ou symptômes comportementaux, habitudes de sommeil, médication, présence d'état confusionnel aigu, capacité de se rendre à la toilette par ses propres moyens en toute sécurité, cognition, communication, mobilité (pour se mettre au lit et en sortir), risque de chutes, etc. Le processus doit produire une évaluation documentée des risques et des avantages avant que l'équipe conclue qu'il peut être indiqué d'utiliser des côtés de lit. Des directives particulières sont fournies concernant trois aspects de l'évaluation requise des risques et des avantages qui sont comme suit :

- a. Évaluation du risque relatif d'utiliser des côtés de lit comparé à leur non-utilisation pour chaque personne résidente.
- b. Détermination de la raison pour laquelle d'autres interventions en matière de soins ne sont pas pertinentes ni efficaces si on les a précédemment essayées et que l'on a



déterminé qu'elles ne constituent pas un traitement de choix pour la personne résidente.

c. Comparaison entre les risques potentiels de blessure ou de décès liés à l'utilisation ou à la non-utilisation des côtés de lit, et les avantages pour la personne résidente.

Le document intitulé *Clinical Guidance* (directives cliniques) 2003 de la FDA indique que, si les interventions cliniques et environnementales se sont avérées infructueuses pour répondre aux besoins évalués de la personne résidente, ou si l'on a déterminé que le risque d'utilisation des côtés de lit est moindre que celui de faire d'autres interventions ou de s'abstenir d'utiliser des côtés de lit, il peut être indiqué d'utiliser des côtés de lit. La décision d'utiliser ou de cesser d'utiliser des côtés de lit doit être approuvée par l'équipe interdisciplinaire, et l'on doit revoir régulièrement leur efficacité.

L'établissement Sarsfield Colonial Home est situé dans une collectivité rurale et comporte 46 lits autorisés. On a établi lors de l'inspection que le foyer utilisait divers côtés de lit, les plus couramment utilisés étant des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, avec des côtés de lit de grandeur $\frac{3}{4}$ et de pleine grandeur.

Le 25 janvier 2018, l'administratrice du foyer a indiqué que la directrice/le directeur des soins et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI étaient les deux responsables chargés de veiller à la conformité au paragraphe 15 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 et à l'ordre de conformité du 23 juin 2017. L'administratrice a indiqué que l'on avait terminé tout le travail concernant les exigences de l'ordre de conformité.

Le 25 janvier 2018, l'inspectrice 148 a eu un entretien avec la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI qui a indiqué avoir participé à l'évaluation des personnes résidentes relativement à l'utilisation des côtés de lit. Il/elle a indiqué que pour chaque personne résidente qui utilisait des côtés de lit on avait effectué une évaluation pour s'assurer que la personne résidente était cognitivement apte à utiliser les côtés de lit en tant qu'aide à la mobilité. Il/elle a indiqué que, si la personne résidente était cognitivement apte, on continuait d'utiliser les côtés de lit. Si elle n'était pas cognitivement apte à utiliser les côtés de lit, on les enlevait. Il/elle a indiqué que si une personne résidente le nécessitait, on mettait en place d'autres interventions relativement au risque de chutes (par exemple, abaisser le cadre de lit et utiliser un tapis de chute). Pour préciser davantage, la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a dit qu'auparavant on utilisait les côtés de lit pour la mobilité et/ou pour les risques de chutes, et que depuis que l'on avait effectué l'évaluation de chaque personne résidente on n'utilisait désormais les côtés de lit que pour la mobilité; il/elle a également indiqué que certains côtés de lit sont utilisés en raison du choix de la personne résidente et/ou de sa mandataire spéciale ou de son mandataire spécial.



La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a mentionné le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) (document d'évaluation) que l'on utilisait pour effectuer l'évaluation des personnes résidentes. Ce document prévoit la déclaration suivante :

« La personne résidente (nom) a été évaluée par la directrice/le directeur des soins ou bien par sa représentante ou son représentant et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI pour les critères d'utilisation d'un côté de lit d'assistance conformément aux normes du ministère de la Santé. »

Cette déclaration continuait comme suit :

« La personne résidente susmentionnée - satisfait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit - ne satisfait pas aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit ».

La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a déclaré que l'on indiquait que la personne résidente satisfaisait ou non aux exigences. Si la personne résidente satisfaisait aux exigences, le ou les côtés de lit restaient en place, si elle ne satisfaisait pas aux exigences on enlevait le ou les côtés de lit. La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI comprenait que le fait que la personne soit ou non cognitivement apte à utiliser le côté de lit faisait également partie des exigences. Quand l'inspectrice le lui a demandé, la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a dit ne pas connaître la ligne directrice de Santé Canada ni les documents d'accompagnement.

Le 25 janvier 2018, l'inspectrice 148 a eu un entretien avec la/le DDS du foyer au sujet de la conformité à l'article 15 du Règl. de l'Ont. 79/10. La/le DDS a déclaré qu'en consultation avec le conseil consultatif professionnel, il/elle avait élaboré le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance). La/le DDS a indiqué avoir rempli en décembre 2017 cette évaluation documentée pour toutes les personnes résidentes qui utilisaient un ou plusieurs côtés de lit. Durant un examen du document d'évaluation avec la/le DDS, il/elle a déclaré ne pas connaître la ligne directrice de Santé Canada, toutefois il/elle avait un exemplaire du document intitulé *A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment* (document d'accompagnement de la ligne directrice de Santé Canada). La/le DDS a indiqué que l'on n'avait pas utilisé ce guide lors de la conception du document d'évaluation.

Au cours d'une discussion avec la/le DDS sur le contenu du document d'évaluation, l'inspectrice a posé des questions sur le sens des expressions « meet the requirements for safe use » (satisfait aux exigences d'utilisation sécuritaire) et « Ministry of Health standards » (norme de sécurité du ministère de la Santé). La/le DDS a indiqué que la norme/l'exigence était que si la personne résidente est incapable d'utiliser le côté de lit pendant un transfert ou pour changer de position, alors on doit enlever le côté de lit, car il



y a un risque élevé de coincement. Quand on le lui a demandé, la/le DDS n'a pas pu trouver où elle avait repéré cette affirmation en tant que norme ou exigence du ministère de la Santé. Ainsi, aucun autre élément n'a été pris en considération quand on a effectué l'évaluation de la personne résidente.

On a déterminé que le titulaire de permis n'avait pas établi et mis en œuvre un processus d'évaluation personnalisée des personnes résidentes conformément aux pratiques couramment admises (directive clinique 2003 de la FDA). L'équipe interdisciplinaire, qui comprenait la/le DDS et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI, a effectué une évaluation de l'utilisation des côtés de lit de la personne résidente; on n'a effectué aucune évaluation de personne résidente en tenant compte des éléments suivants : diagnostic médical, états pathologiques, symptômes et/ou symptômes comportementaux, habitudes de sommeil, médication, présence d'état confusionnel aigu, capacité de se rendre à la toilette par ses propres moyens en toute sécurité, cognition, communication, mobilité (pour se mettre au lit et en sortir), risque de chutes, etc.

L'inspectrice a examiné les documents d'évaluation de la personne résidente fournis par la/le DDS du foyer; lors de l'examen de ces documents et de dossiers médicaux identifiés de la personne résidente, l'inspectrice n'a pas pu localiser d'évaluation documentée des risques et des avantages. L'inspectrice a discuté du concept d'évaluation des risques et des avantages avec la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI et la/le DDS, qui ont indiqué que l'on n'avait pas effectué d'évaluation des risques et des avantages pour les personnes résidentes.

Lors de l'entretien avec la/le DDS, le 25 janvier 2018, on a fourni à l'inspectrice un document intitulé « Resident Safety devices/Assisting rail/Restraint Checklist » (dispositifs de sécurité pour personnes résidentes/côté de lit d'assistance/liste de contrôle du matériel de contrainte). La/le DDS a indiqué que ce document récapitulait la nécessité pour chaque personne résidente d'avoir des côtés de lit en se fondant sur l'évaluation effectuée à l'aide du document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) que l'on avait rempli au cours d'une semaine de décembre 2017. En plus de ce document, la/le DDS en a fourni un document intitulé « Assisting Rail Ready To Be Removed » (côté de lit d'assistance prêt à être enlevé) qui donnait la liste des personnes résidentes qui avaient demandé que l'on enlève un ou plusieurs côtés de lit. L'inspectrice a remarqué que ce document mentionnait au moins cinq personnes résidentes d'une unité déterminée à qui l'on devait enlever deux côtés de lit, et chacune d'elles n'avait pas encore eu ces côtés de lit enlevés. La/le DDS a indiqué que le personnel d'entretien travaillait dans tout le foyer pour veiller à ce que les côtés de lit identifiés fussent enlevés, cependant on ne les avait pas tous faits.



L'inspectrice a déterminé qu'il s'agissait des cinq personnes résidentes 003, 006, 007, 008 et 009. On a remarqué le 24 janvier et/ou le 26 janvier 2018 que chacune des cinq personnes résidentes utilisait au moins un côté de lit quand elle était au lit pendant une période de repos. On remarqué que les personnes résidentes 008, 006 et 004 utilisaient deux côtés de lit, et les personnes résidentes 009 et 003 en utilisaient un. La totalité des cinq personnes résidentes figurait dans le document « Resident Safety devices » (dispositifs de sécurité pour personnes résidentes) comme n'ayant pas de côtés de lit.

Le dossier médical de chacune des cinq personnes résidentes a été examiné, et l'on remarquait ce qui suit :

Personne résidente 003 - le programme de soins indique l'utilisation de côté(s) de lit, la personne résidente tente de se transférer par ses propres moyens, risque de chute; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 004 - le programme de soins indique l'utilisation de côté(s) de lit; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 006 - le programme de soins indique que la personne résidente dépend du personnel pour les soins, notamment pour la mobilité dans le lit, utilisation de côtés de lit, mention de comportements réactifs; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 008 - le programme de soins indique que la personne résidente dépend du personnel pour les soins, notamment pour la mobilité dans le lit, utilisation de côtés de lit; mention de comportements réactifs et risque de chutes; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 009 - le programme de soins indique que la personne résidente dépend du personnel pour les soins, notamment pour la mobilité dans le lit; risque de chute et comportements réactifs; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.



Le titulaire de permis a effectué une évaluation de l'utilisation des côtés de lit à l'aide du document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) et a déterminé que les cinq personnes résidentes susmentionnées n'utilisaient pas les côtés de lit et qu'ils devaient être enlevés. L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes et a décelé des éléments qui auraient une incidence sur le risque de coincement des personnes résidentes. L'inspectrice a observé que ces côtés de lit identifiés étaient toujours utilisés environ un mois après que la/le DDS et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI eussent déterminé la nécessité de les enlever.

Au cours de l'entretien avec la/le DDS le 25 janvier 2018, il a été établi que la directrice générale/le directeur général était la personne responsable de la réalisation des évaluations des systèmes de lit. L'inspectrice a eu un entretien avec la directrice générale/le directeur général (DG) le 29 janvier 2018. La/le DG a indiqué avoir effectué avec le membre du service d'entretien 122 les évaluations des lits de chaque personne résidente. La/le DG a dit qu'une entreprise extérieure lui avait donné une formation ainsi qu'au membre du personnel 122, et qu'elle leur avait prêté le cône et le cylindre pour effectuer les évaluations des systèmes de lit. En outre, la/le DG a indiqué s'être également référé à deux documents de Santé Canada, notamment la ligne directrice de Santé Canada et un de ses documents d'accompagnement intitulé *A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment*.

Après discussion, la/le DG a indiqué que l'on avait terminé toutes les évaluations des systèmes de lit à la fin octobre 2017. La/le DG n'a pas été en mesure de fournir des évaluations documentées des lits pour corroborer l'achèvement des évaluations, mais a indiqué avoir procédé au rappel de trois systèmes de lit qui avaient échoué l'essai pour une zone au moins, et que l'on avait donc supprimé les côtés de lit de ces trois systèmes de lit. Quand on le lui a demandé, la/le DG n'a pas été en mesure d'identifier le système de lit, la chambre ou la personne résidente en cause dans ces échecs, ni les zones qui avaient échoué à l'essai. Étant donné l'utilisation des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance que l'inspectrice a observée dans le foyer, elle a posé des questions sur les évaluations et les essais effectués pour les positions intermédiaires des côtés de lit, pour les zones applicables. La/le DG n'a pas été en mesure de confirmer que l'on avait effectué une telle évaluation ou un tel essai.

La/le DG a en outre déclaré à l'inspectrice qu'à l'heure actuelle le foyer ne tenait pas un registre de l'inventaire exhaustif des systèmes de lit. À titre d'exemple, lors des évaluations des lits, on avait inscrit de l'information concernant les cadres de lit, mais pas concernant les matelas.



L'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice du foyer le 31 janvier 2018 concernant l'endroit où se trouvaient les évaluations documentées des systèmes de lit. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir à ce moment-là des documents pour corroborer l'achèvement des évaluations des lits.

Lors de l'entretien avec la/le DG, l'inspectrice a demandé si l'on avait modifié un des systèmes de lit du foyer depuis les évaluations des systèmes de lit d'octobre 2017. La/le DG ne pensait pas que l'on avait fait des modifications, car on les lui aurait communiquées; il/elle était au courant que le personnel du service d'entretien avait enlevé des côtés de lit en se fondant sur les évaluations des personnes résidentes effectuées par la/le DDS du foyer.

Lors de l'examen du document intitulé « Assisting Rail Ready To Be Removed » (côté de lit d'assistance prêt à être enlevé) précédemment mentionné dans ce rapport, et lors d'une discussion avec la/le DDS, on a indiqué, si une personne résidente figurait sur la liste avec la mention « remove 1 (left or right) » [enlever un côté de lit (gauche ou droit)], que si ces personnes résidentes utilisaient deux côtés de lit, on devait enlever l'un d'entre eux. Le même document mentionnait 18 personnes résidentes qui nécessitaient un changement d'utilisation des côtés de lit au moment considéré. Pour la plupart des personnes résidentes, il s'agissait de réduire l'utilisation de deux côtés de lit à un; on avait déterminé que trois personnes résidentes devaient avoir un côté de lit de grandeur $\frac{3}{4}$ réduit à un côté de lit aux fins d'assistance. Comme la/le DDS l'a indiqué, les décisions pour changer le nombre ou le type de côté de lit pour une personne résidente ont été prises en décembre 2017 quand on a rempli le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) (comme nous l'avons précédemment indiqué dans le présent rapport). Treize des dix-huit personnes résidentes avaient eu leurs deux côtés de lit en place réduits à un, car le personnel du service d'entretien avait enlevé le second côté de lit utilisé. L'inspectrice a pu observer cinq de ces personnes résidentes dont on indiquait qu'elles utilisaient un côté de lit. Comme l'a confirmé la/le DG, les évaluations des lits ont été effectuées en octobre 2017 et l'on n'avait pas fait d'autres évaluations. Les documents examinés indiquent que l'on avait apporté des modifications aux côtés de lit, toutefois, il n'y avait pas eu d'évaluation pour s'assurer que le système de lit continuait d'être conforme aux recommandations de la ligne directrice de Santé Canada.

Le titulaire de permis n'a pas veillé d'une part à ce que les évaluations des systèmes de lit fussent effectuées conformément à la ligne directrice de santé Canada, notamment pour ce qui concerne la tenue du registre des évaluations des systèmes de lit et de leur inventaire, la mise en œuvre des évaluations des systèmes de lit (y compris les essais des positions intermédiaires) et d'autre part à ce que les systèmes de lit soient réévalués quand on y apporte des changements.

Selon la ligne directrice de Santé Canada, « le terme "piégeage" décrit un incident où un patient ou résident est pris, piégé ou coincé dans ou autour de l'espace de la barrière du lit ».

Lors d'un entretien avec la directrice/le directeur des soins, on a indiqué qu'en décembre 2017, on avait déterminé que la personne résidente 002 était une personne résidente qui n'utilisait pas les deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance qui étaient fixés au lit. Cette situation était mentionnée dans le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance), toutefois on a continué d'utiliser les côtés de lit à la demande de la mandataire spéciale/du mandataire spécial de la personne résidente. Lors d'une autre discussion concernant cette personne résidente, la/le DDS a indiqué qu'elle bouge beaucoup au lit et qu'on l'avait trouvée prise dans la partie supérieure du lit avec le haut du corps hors du lit. L'inspectrice a par la suite examiné le rapport d'incident du foyer rédigé à une certaine date et s'est entretenue avec l'IA 118 et la/le PSSP 121 qui étaient présent(e)s au moment de l'incident. La/le PSSP 121 qui avait découvert la personne résidente a indiqué être entré(e) dans la chambre de la personne résidente 002 durant les rondes et avoir remarqué qu'elle était à moitié hors du lit : haut du corps, tête, cou et seins par-dessus le lit à l'extérieur du lit. En poursuivant sa description, la/le PSSP a indiqué que les vêtements de nuit de la personne résidente étaient serrés autour de son cou; il/elle n'avait remarqué aucun signe de détresse. La/le PSSP avait changé de position la personne résidente pour la remettre dans le lit et avait fait rapport de l'incident à l'IA 118. La/le PSSP 121 a confirmé que la personne résidente avait deux côtés de lit utilisés à ce moment-là, et que la partie inférieure du torse et les jambes de la personne résidente étaient maintenues dans le lit par le côté de lit, tandis que la partie supérieure du corps pendait à l'extérieur d'un côté du lit.

La personne résidente a été admise à une certaine date en ayant fait l'objet d'un diagnostic pouvant affecter sa mobilité. Le programme de soins actuel mentionne qu'elle dépend du personnel pour les activités de la vie quotidienne, il mentionne également ses comportements et un déclin de la cognition. Lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente, une note d'évolution datée du lendemain de l'incident de coincement indiquait que l'on mettrait du matelassage sur les côtés de lit. Une note



d'évolution ultérieure, trois jours après l'incident, indiquait qu'une discussion avait eu lieu avec la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente et que l'on devait enlever les côtés de lit.

L'inspectrice 148 a observé la personne résidente 002 au lit les 24, 25 et 26 janvier 2018; elle avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance en position horizontale (un de chaque côté du lit, situé à mi-longueur du lit) avec une couverture capitonnée sur chacun d'eux. Au moment de l'observation, on n'avait pas encore enlevé les côtés de lit et la personne résidente les utilisait toujours.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on effectue une évaluation de la personne résidente 002 conformément aux pratiques couramment admises; ni que le foyer prouve que le système de lit avait été évalué conformément aux pratiques exemplaires, comme nous l'avons précédemment indiqué dans ce rapport. Après l'incident, comme nous l'avons décrit plus haut, on n'avait pas pris de mesures pour prévenir le piégeage de la personne résidente en tenant compte de toutes les possibilités de coincement.

Au cours de la présente inspection, on a remarqué que plusieurs personnes résidentes utilisaient divers côtés de lit, principalement des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, ce qui indiquait que cette non-conformité affecte de nombreuses personnes résidentes et est généralisée. On a déterminé que les personnes résidentes que l'on avait identifiées en décembre 2017 comme n'utilisant pas des côtés de lit continuaient de les avoir, et que les preuves recueillies pendant cette inspection indiquent que l'évaluation des personnes résidentes et les évaluations des systèmes de lit n'étaient pas effectuées conformément à la ligne directrice de Santé Canada. De plus, on avait indiqué qu'un incident de coincement s'était produit après celui qui figurait dans les motifs de l'OC n° 002 (inspection de la qualité des services aux personnes résidentes de 2017). De tels faits indiquent que cette non-conformité constitue un préjudice véritable avec la non-conformité précédemment identifiée. L'étendue, la gravité et les antécédents de conformité justifient l'émission du présent ordre de conformité.

Autres mesures requises :

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

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

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

Par. 71. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

a) comprenne 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, par. 71 (1).

Par. 71. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

b) comprenne des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).

Par. 71. (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'un petit déjeuner complet soit mis à la disposition des résidents jusqu'à au moins 8 h 30 et à ce que le repas du soir ne soit pas servi avant 17 heures. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (6).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et collations, et des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner.

Le 23 juin 2017, on a signifié au titulaire de permis un ordre de conformité en application du Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71 à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017_619550_0015. Le type d'ordre était conforme à l'alinéa 153 (1) a) de la LFSLD 2007 en ce sens que l'on ordonnait au titulaire de permis de prendre des mesures particulières pour se conformer. Il aurait dû se conformer à l'ordre de conformité avant le 18 août 2017.

On avait ordonné au titulaire de permis, en partie, de prendre les mesures suivantes :
Le 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.

Le 24 janvier 2018, l'inspectrice a eu un entretien avec la/le DA/RN du foyer que l'on avait récemment embauché(e) à l'automne 2017. La/le DA/RN était au courant de l'ordre de conformité auquel le foyer ne s'était pas encore conformé, et des exigences des dispositions législatives applicables. Il/elle a indiqué avoir remarqué, lors de son arrivée au foyer, plusieurs sujets de préoccupation concernant le programme alimentaire auxquels il fallait prêter attention. Il/elle a indiqué, entre autres, avoir élaboré un menu de quatre semaines avec des changements particuliers pour améliorer la qualité nutritionnelle. De plus, il/elle avait fait l'acquisition d'un nouvel équipement, notamment des tables de salle à manger, avait apporté des changements aux heures des repas, mis en œuvre le service des repas un plat après l'autre et revu le programme pour ce qui concernait la salubrité des aliments et la formation du personnel.

Lors de l'examen de l'inspectrice, on a établi que la/le DA/RN avait élaboré un menu de quatre semaines pour les trois repas ainsi que pour les collations et les boissons entre les repas pour les régimes réguliers, à texture régulière. À l'heure actuelle, il/elle a terminé la plus grande partie du travail pour la semaine 1 du menu thérapeutique, qui comporte un menu pour aliments à texture modifiée en purée et hachés fin. Le menu thérapeutique n'avait pas encore été mis en œuvre pour que le personnel l'utilise. De plus, la/le DA/RN avait élaboré des fiches de production pour les semaines 1 et 2 du menu. Il n'y avait pas pour l'instant de menus thérapeutiques pour les repas des semaines 2, 3 et 4 pour les repas, et aucun menu thérapeutique pour les semaines 1, 2, 3 et 4 du menu des collations. La/le DA/RN a indiqué, qu'avec l'absence de menu thérapeutique en place pour l'instant, on s'attendait à ce que le personnel suive le menu régulier lors de la production des autres régimes thérapeutiques comme les modifications pour les aliments en purée et hachés fins.

L'inspectrice a observé le service du déjeuner les 24 et 25 janvier 2018, avec le service du petit déjeuner les 25 et 26 janvier 2018. Elle a remarqué ce qui suit :

- Lors de l'observation du premier repas le 24 janvier 2018, il y avait un choix de purée de légumes. Quand on a posé des questions sur le choix de purée de légumes à la cuisinière/au cuisinier 104 qui fait partie du personnel permanent à temps plein et à qui il incombait de servir le déjeuner, il/elle a indiqué devoir seulement faire une purée de légumes pour les repas.
- Lors des observations des repas et des collations, l'inspectrice a remarqué que des choix indiqués au menu, comme les crêpes, les muffins, les fruits et les biscuits comme c'était planifié par le menu pour les régimes réguliers, n'étaient pas préparés pour les régimes composés d'aliments en purée.

- À plusieurs reprises, notamment lors du déjeuner du 24 janvier, du petit déjeuner du 26 janvier et du service de collations du 25 janvier, le personnel du service de diététique utilisait les restes des repas précédents pour fournir le choix de dessert, de fruits et de collations, respectivement. Les préposé(e)s au service d'alimentation 105 et 110, qui préparent les choix d'aliments en purée, ont remarqué que les restes servent à préparer les choix d'aliments en purée, quand il en a d'un repas précédent. Les deux préposé(e)s ont indiqué ne pas avoir de menu thérapeutique à suivre lors de la préparation des aliments en purée.
- Lors de la collation de l'après-midi, les PSSP qui servaient les collations, notamment la/le PSSP 106, ont indiqué que les biscuits sur le chariot convenaient aux régimes comportant des aliments hachés fin, tandis que la/le PSSP 107 a indiqué qu'il/elle servira de la banane aux personnes résidentes ayant un régime comportant des aliments hachés fins. Les PSSP qui servaient la collation ne savaient pas exactement les aliments qui étaient adéquats pour les personnes résidentes qui avaient des régimes à texture modifiée. Les deux PSSP ont dit ne pas avoir de menu thérapeutique à suivre lors du service des choix de menu comportant des aliments hachés fin.
- Lors du service du déjeuner des 24 et 25 janvier 2018, l'inspectrice a remarqué que les aliments en purée, étaient onctueux, néanmoins ils ne conservaient pas leur forme et s'épalaient largement dans l'assiette. En outre, on remarquait que la taille des portions semblait réduite. On remarquait qu'à chaque repas on utilisait régulièrement la cuiller à glace n° 16 pour tous les aliments en purée et hachés fin accompagnés de purée de pommes de terre.

Comme nous l'avons précédemment indiqué dans le rapport, le personnel qui préparait et servait les aliments n'avait pas de menus thérapeutiques pour le guider dans la production ou la fourniture des aliments qui ne faisaient pas partie du régime alimentaire régulier à texture régulière. Lors de l'examen des fiches de production et des recettes disponibles, on remarquait qu'elles ne comportaient aucune directive au personnel pour la mise en œuvre des régimes thérapeutiques comportant des aliments à texture modifiée, en purée et hachés fin; le personnel ne disposait pas d'indications concernant la taille de la cuiller à glace (pour la taille des portions) à utiliser pour le service des repas. Comme nous l'avons précédemment indiqué, le personnel qui sert les repas utilisait principalement la cuiller à glace n° 16; lors d'un examen des portions standardisées et du menu thérapeutique de la semaine 1 élaboré par la/le DA/RN, la taille de la cuiller à glace prévue pour les aliments en purée et hachés fin sera celle des n°s 12 et 10, et du n° 8 pour les choix comme la purée de pommes de terre. En poursuivant l'examen du programme de production, on remarquait qu'à l'heure actuelle il n'y avait pas de recette pour la production d'aliments à texture modifiée en purée ou hachés fin. Le personnel n'avait pas reçu de directives pour la production d'aliments en purée afin de veiller à leur consistance (absence de grumeaux et maintien de leur forme).



Lors de l'examen du Kardex, document qui dresse la liste de toutes les personnes résidentes du foyer en indiquant leur régime alimentaire, leur texture et les interventions en matière de nutrition, l'inspectrice a remarqué que l'on indiquait que trois personnes résidentes nécessitaient des portions d'une taille et demie, quatre personnes résidentes nécessitaient des portions de petite taille, et deux personnes résidentes nécessitaient des régimes alimentaires pour perdre du poids. Lors d'entretiens, les cuisinières/les cuisiniers 104 et 109, membres du personnel qui servent le repas du déjeuner, avaient diverses interprétations de ces interventions en matière de nutrition. Les cuisinières/cuisiniers ne savaient pas exactement si tous les aliments étaient réduits en portion de petite taille ni ce que serait cette taille de portion. La cuisinière/le cuisinier 104 ne pouvait pas faire de différence entre le service des repas pour une personne résidente qui nécessite des portions d'une taille et demie et le régime régulier, et ne pouvait pas non plus faire de différence dans le service des repas pour une personne qui nécessite un régime pour perdre du poids et le régime régulier. À l'heure actuelle, le personnel ne comprend pas clairement la mise en œuvre de ces interventions en matière de nutrition et de ces régimes thérapeutiques. On a discuté de la même question avec la/le DA/RN le 30 janvier 2018, et il/elle a confirmé qu'il n'y avait pas de menu thérapeutique planifié ni d'autre document de référence pour que le personnel les suive pendant les interventions mentionnées.

À l'heure actuelle, le foyer n'a pas de cycle de menus qui comprend un menu planifié pour tous les régimes thérapeutiques et à texture modifiée du foyer, notamment les menus thérapeutiques pour les variations de portions et la perte de poids. Le manque d'élaboration de menus, de fiches de production et de recettes a une incidence sur un nombre important de personnes résidentes du foyer, et présente un risque éventuel de préjudice. En outre, le foyer a déjà fait l'objet d'un ordre de conformité comme nous l'indiquons dans ces motifs. L'étendue, la gravité et les antécédents de conformité justifient l'émission du présent ordre de conformité en lien avec le Règl. de l'Ont. 79/10, alinéas 71 (1) b) et c). [Alinéa 71 (1) b)]

2. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le repas du soir ne soit pas servi avant 17 heures.

Le titulaire de permis a mis en œuvre deux services pour chaque repas (petit déjeuner, déjeuner et dîner) comme suit :

Petit déjeuner à 7 et 8 heures

Déjeuner à 11 et 12 heures

Dîner à 16 h 45 et 17 h 45.

Comme nous l'avons précédemment mentionné dans le rapport, la/le DA/RN a effectué des changements aux heures de service des repas pour le petit déjeuner et le déjeuner. L'heure du service des repas pour le dîner (16 h 45) est en place depuis un certain temps que la/le DA/RN ou d'autres membres du personnel du service de diététique ne pouvaient pas définir avec précision. À l'heure actuelle, le foyer sert le service du dîner avant 17 heures, ce qui n'est pas conforme aux exigences législatives.

[Paragraphe 71 (6)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73. Service de restauration et de collation

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

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

2. Sous réserve de la conformité au paragraphe 71 (6), l'examen par le conseil des résidents des heures des repas et des collations. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprenne au minimum l'examen par le conseil des résidents des heures des repas et des collations.

Le titulaire de permis a mis en œuvre deux services pour chaque repas (petit déjeuner, déjeuner et dîner) comme suit :

1^{er} service - petit déjeuner à 7 heures, déjeuner à 11 heures;

2^e service - petit déjeuner à 8 heures, déjeuner à 12 heures.

Comme nous l'avons précédemment mentionné dans le rapport, la/le DA/RN a effectué des changements aux heures de service des repas pour le petit déjeuner et le déjeuner afin d'offrir un meilleur équilibre entre les heures de repas. La/le DA/RN a indiqué qu'avant son arrivée les heures de services de repas étaient comme suit :



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

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

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

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

1^{er} service - petit déjeuner à 7 h 30, déjeuner à 12 heures,
2^e service - petit déjeuner à 8 heures, déjeuner à 11 heures.

Après discussion avec la/le DA/RN et la directrice/le directeur des activités (personne faisant la liaison avec le conseil des résidents), on avait déterminé que l'on n'avait pas discuté du changement des heures de repas avec le conseil des résidents.

[Paragraphe 73 (1) 2]

Émis le 7 février 2018

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice.



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

Order(s) of the Inspector

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

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

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

Copie du public

Nom de l'inspectrice (n°) AMANDA NIXON (148)

N° de l'inspection : 2018_617148_0002

N° de registre : 016094-17, 016278-17, 016281-17

Type d'inspection : Suivi

Date du rapport : 6 février 2018

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

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

Nom de l'administratrice : CHANTAL CRISPIN

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

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

Lien vers ordre existant : 2017_619550_0015, OC n° 002

Aux termes du :

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

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

Ordre :

1. Si des côtés de lit sont utilisés dans le foyer, réévaluer tous les systèmes de lit conformément à la directive de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques* (ligne directrice de SC). Évaluer toutes les positions intermédiaires des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance. Les résultats des essais particuliers à une zone doivent être documentés.

2. Instaurer et mettre en œuvre un processus pour veiller à ce que l'on remédie immédiatement à toute défaillance d'un système de lit. Documenter les mesures correctrices qui sont prises. Tenir compte des conseils figurant dans le document de 2006 de la FDA intitulé *A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment*, document connexe à la ligne directrice de Santé Canada. S'il s'avérait inévitable qu'une personne résidente doive rester pendant un certain temps dans un système de lit qui a échoué à l'essai prescrit de zone de coincement, prendre des mesures immédiates pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes. Les mesures prises doivent être documentées.

3. Tenir à jour un inventaire des systèmes de lit comportant tous les renseignements identificateurs pertinents pour chaque système de lit utilisé pour chaque personne résidente, et qui mentionne la plus récente évaluation de chaque système de lit. Veiller à effectuer une réévaluation complète des systèmes de lit au besoin, comme quand on crée un nouveau système de lit par suite d'une modification ou d'un remplacement de composantes, et quand on a lieu de croire que certaines composantes sont usées (p. ex., les rails sont branlants ou endommagés, les matelas sont plus mous).

4. Instaurer et mettre en œuvre un processus pour veiller à ce que toutes les personnes résidentes qui ont des côtés de lit soient évaluées conformément à la ligne directrice clinique 2003 de la FDA. Conformément à ce document, si les interventions cliniques et environnementales se sont avérées infructueuses pour répondre aux besoins évalués de la personne résidente ou si l'on a déterminé que le risque d'utilisation du côté de lit est moindre que celui de faire d'autres interventions ou de s'abstenir d'utiliser des côtés de lit, il peut être indiqué d'utiliser des côtés de lit. L'utilisation des côtés de lit doit être approuvée par l'équipe interdisciplinaire.

5. Documenter l'évaluation de la personne résidente en indiquant les noms des membres de l'équipe qui ont participé à l'évaluation et au processus de prise de décision, notamment à l'évaluation des risques et des avantages.

6. Veiller à ce que le processus d'évaluation de l'équipe interdisciplinaire détermine les éventuelles interventions ou changements du domaine médical ou des soins infirmiers et du domaine environnemental qui peuvent servir de solution de rechange au recours aux côtés de lit, et à ce que les interventions ou les changements fassent l'objet d'essais s'il y a lieu et en fonction de l'évaluation de la personne résidente, pendant une période d'observation déterminée avant le recours à tout côté de lit ou avant d'éliminer l'utilisation de tout côté de lit. Documenter l'essai des solutions de rechange au recours aux côtés de lit.

7. Élaborer et mettre en œuvre un processus documenté de vérification continue pour veiller à ce que l'on se conforme à toutes les exigences du présent ordre de conformité.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit étaient utilisés, d'une part la personne résidente fût évaluée ou son système de lit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente, et d'autre part à ce que des mesures fussent prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes.

Le 23 juin 2017, on a signifié au titulaire de permis un ordre de conformité en application du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1) par suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017_619550_0015. Le type d'ordre était conforme à l'alinéa 153 (1) a) de la LFSLD 2007 en ce sens que l'on ordonnait au titulaire de permis de prendre des mesures particulières pour se conformer. Le titulaire de permis aurait dû s'être conformé à l'ordre de conformité au 21 septembre 2017.

On avait ordonné au titulaire de permis, en partie, de prendre les mesures suivantes :

5. Établir et mettre en œuvre un processus pour que, lorsque des côtés de lit sont utilisés, la personne résidente doive être évaluée pour déterminer la nécessité de ces côtés de lit conformément aux pratiques couramment admises;

6. Établir et mettre en œuvre un processus pour que, lorsque des côtés de lit sont utilisés,

le système de 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.

7. Faire suivre la personne résidente par une équipe interdisciplinaire afin d'évaluer le besoin constant de ces côtés de lit et de leur utilisation, notamment pour les côtés de grandeur $\frac{1}{4}$ ou de grandeur $\frac{1}{2}$. Cette équipe interdisciplinaire doit être consultée avant de prendre la décision d'ajouter ou de modifier le style de système lit, les côtés de lit ou le matelas utilisés pour la personne résidente.

8. 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.

En août 2012, le directeur intérimaire de la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié une note de service à tous les administrateurs et administratrices de foyers de soins de longue durée concernant les risques de coincement liés aux lits. La note de service indiquait que la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques* (ligne directrice de Santé Canada) devait être utilisée par tous les foyers à titre de document présentant des pratiques exemplaires. La ligne directrice de Santé Canada définit où l'on doit utiliser les côtés de lit, les parties du corps présentant un risque de piégeage pouvant avoir des conséquences mortelles (tête, cou, poitrine), elle décrit les emplacements des ouvertures des lits d'hôpital qui sont des zones présentant un risque potentiel de coincement (zones un à sept), elle recommande des limites dimensionnelles pour les espaces dans certaines des zones présentant un risque potentiel de coincement (zones un à quatre), et elle prescrit des outils pour effectuer les essais et des méthodes pour mesurer et évaluer les espaces dans certaines des zones présentant un risque potentiel de coincement (zones un à quatre).

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 des pratiques prédominantes, généralement admises et répandues qui servent de fondement aux prises de décision cliniques. L'un des documents d'accompagnement est intitulé *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long-Term Care Facilities and Home Care Settings* (FDA des États-Unis, 2003). Ce document fournit une orientation nécessaire quand on effectue une évaluation clinique si des côtés de lit sont utilisés. Dans ce document, on indique que toute décision d'utiliser ou de cesser d'utiliser des côtés de lit devrait être prise dans le contexte d'une évaluation personnalisée de la personne résidente en faisant appel à une équipe interdisciplinaire. On doit prendre en considération de nombreux éléments lors de l'évaluation de la personne résidente et notamment : diagnostic médical, états pathologiques, symptômes et/ou symptômes comportementaux, habitudes de sommeil, médication, présence d'état confusionnel aigu, capacité de se rendre à la toilette par ses propres moyens en toute sécurité, cognition, communication, mobilité (pour se mettre au lit et en sortir), risque de chutes, etc. Le processus doit produire une évaluation documentée des risques et des avantages avant que l'équipe conclue

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*

qu'il peut être indiqué d'utiliser des côtés de lit. Des directives particulières sont fournies concernant trois aspects de l'évaluation requise des risques et des avantages qui sont comme suit :

- a) Évaluation du risque relatif d'utiliser des côtés de lit comparé à leur non-utilisation pour chaque personne résidente.
- b. Détermination de la raison pour laquelle d'autres interventions en matière de soins ne sont pas pertinentes ni efficaces si on les a précédemment essayées et que l'on a déterminé qu'elles ne constituent pas un traitement de choix pour la personne résidente.
- c. Comparaison entre les risques potentiels de blessure ou de décès liés à l'utilisation ou à la non-utilisation des côtés de lit, et les avantages pour la personne résidente.

Le document intitulé *Clinical Guidance* (directives cliniques) 2003 de la FDA indique que, si les interventions cliniques et environnementales se sont avérées infructueuses pour répondre aux besoins évalués de la personne résidente, ou si l'on a déterminé que le risque d'utilisation des côtés de lit est moindre que celui de faire d'autres interventions ou de s'abstenir d'utiliser des côtés de lit, il peut être indiqué d'utiliser des côtés de lit. La décision d'utiliser ou de cesser d'utiliser des côtés de lit doit être approuvée par l'équipe interdisciplinaire, et l'on doit revoir régulièrement leur efficacité.

L'établissement Sarsfield Colonial Home est situé dans une collectivité rurale et comporte 46 lits autorisés. On a établi lors de l'inspection que le foyer utilisait divers côtés de lit, les plus couramment utilisés étant des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, avec des côtés de lit de grandeur $\frac{3}{4}$ et de pleine grandeur.

Le 25 janvier 2018, l'administratrice du foyer a indiqué que la directrice/le directeur des soins et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI étaient les deux responsables chargés de veiller à la conformité au paragraphe 15 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 et à l'ordre de conformité du 23 juin 2017. L'administratrice a indiqué que l'on avait terminé tout le travail concernant les exigences de l'ordre de conformité.

Le 25 janvier 2018, l'inspectrice 148 a eu un entretien avec la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI qui a indiqué avoir participé à l'évaluation des personnes résidentes relativement à l'utilisation des côtés de lit. Il/elle a indiqué que pour chaque personne résidente qui utilisait des côtés de lit on avait effectué une évaluation pour s'assurer que la personne résidente était cognitivement apte à utiliser les côtés de lit

en tant qu'aide à la mobilité. Il/elle a indiqué que, si la personne résidente était cognitivement apte, on continuait d'utiliser les côtés de lit. Si elle n'était pas cognitivement apte à utiliser les côtés de lit, on les enlevait. Il/elle a indiqué que si une personne résidente le nécessitait, on mettait en place d'autres interventions relativement au risque de chutes (par exemple, abaisser le cadre de lit et utiliser un tapis de chute). Pour préciser davantage, la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a dit qu'auparavant on utilisait les côtés de lit pour la mobilité et/ou pour les risques de chutes, et que depuis que l'on avait effectué l'évaluation de chaque personne résidente on n'utilisait désormais les côtés de lit que pour la mobilité; il/elle a également indiqué que certains côtés de lit sont utilisés en raison du choix de la personne résidente et/ou de sa mandataire spéciale ou de son mandataire spécial.

La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a mentionné le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) (document d'évaluation) que l'on utilisait pour effectuer l'évaluation des personnes résidentes. Ce document prévoit la déclaration suivante :

« La personne résidente (nom) a été évaluée par la directrice/le directeur des soins ou bien par sa représentante ou son représentant et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI pour les critères d'utilisation d'un côté de lit d'assistance conformément aux normes du ministère de la Santé. »

Cette déclaration continuait comme suit :

« La personne résidente susmentionnée - satisfait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit - ne satisfait pas aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit ».

La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a déclaré que l'on indiquait que la personne résidente satisfaisait ou non aux exigences. Si la personne résidente satisfaisait aux exigences, le ou les côtés de lit restaient en place, si elle ne satisfaisait pas aux exigences on enlevait le ou les côtés de lit. La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI comprenait que le fait que la personne soit ou non cognitivement apte à utiliser le côté de lit faisait également partie des exigences. Quand l'inspectrice le lui a demandé, la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI a dit ne pas connaître la ligne directrice de Santé Canada ni les documents d'accompagnement.

Le 25 janvier 2018, l'inspectrice 148 a eu un entretien avec la/le DDS du foyer au sujet de la conformité à l'article 15 du Règl. de l'Ont. 79/10. La/le DDS a déclaré qu'en consultation avec le conseil consultatif professionnel, il/elle avait élaboré le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance). La/le DDS a indiqué avoir rempli en décembre 2017 cette évaluation documentée pour

toutes les personnes résidentes qui utilisaient un ou plusieurs côtés de lit. Durant un examen du document d'évaluation avec la/le DDS, il/elle a déclaré ne pas connaître la ligne directrice de Santé Canada, toutefois il/elle avait un exemplaire du document intitulé *A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment* (document d'accompagnement de la ligne directrice de Santé Canada). La/le DDS a indiqué que l'on n'avait pas utilisé ce guide lors de la conception du document d'évaluation.

Au cours d'une discussion avec la/le DDS sur le contenu du document d'évaluation, l'inspectrice a posé des questions sur le sens des expressions « meet the requirements for safe use » (satisfait aux exigences d'utilisation sécuritaire) et « Ministry of Health standards » (norme de sécurité du ministère de la Santé). La/le DDS a indiqué que la norme/l'exigence était que si la personne résidente est incapable d'utiliser le côté de lit pendant un transfert ou pour changer de position, alors on doit enlever le côté de lit, car il y a un risque élevé de coincement. Quand on le lui a demandé, la/le DDS n'a pas pu trouver où elle avait repéré cette affirmation en tant que norme ou exigence du ministère de la Santé. Ainsi, aucun autre élément n'a été pris en considération quand on a effectué l'évaluation de la personne résidente.

On a déterminé que le titulaire de permis n'avait pas établi et mis en œuvre un processus d'évaluation personnalisée des personnes résidentes conformément aux pratiques couramment admises (directive clinique 2003 de la FDA). L'équipe interdisciplinaire, qui comprenait la/le DDS et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI, a effectué une évaluation de l'utilisation des côtés de lit de la personne résidente; on n'a effectué aucune évaluation de personne résidente en tenant compte des éléments suivants : diagnostic médical, états pathologiques, symptômes et/ou symptômes comportementaux, habitudes de sommeil, médication, présence d'état confusionnel aigu, capacité de se rendre à la toilette par ses propres moyens en toute sécurité, cognition, communication, mobilité (pour se mettre au lit et en sortir), risque de chutes, etc.

L'inspectrice a examiné les documents d'évaluation de la personne résidente fournis par la/le DDS du foyer; lors de l'examen de ces documents et de dossiers médicaux identifiés de la personne résidente, l'inspectrice n'a pas pu localiser d'évaluation documentée des risques et des avantages. L'inspectrice a discuté du concept d'évaluation des risques et des avantages avec la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI et la/le DDS, qui ont indiqué que l'on n'avait pas effectué d'évaluation des risques et des avantages pour les personnes résidentes.

Lors de l'entretien avec la/le DDS, le 25 janvier 2018, on a fourni à l'inspectrice un document intitulé « Resident Safety devices/Assisting rail/Restraint Checklist » (dispositifs de sécurité pour personnes résidentes/côté de lit d'assistance/liste de contrôle du matériel de contrainte). La/le DDS a indiqué que ce document récapitulait la nécessité pour chaque personne résidente d'avoir des côtés de lit en se fondant sur l'évaluation effectuée à l'aide du document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) que l'on avait rempli au cours d'une semaine de décembre 2017. En plus de ce document, la/le DDS en a fourni un document intitulé « Assisting Rail Ready To Be Removed » (côté de lit d'assistance prêt à être enlevé) qui donnait la liste des personnes résidentes qui avaient demandé que l'on enlève un ou plusieurs côtés de lit. L'inspectrice a remarqué que ce document mentionnait au moins cinq personnes résidentes d'une unité déterminée à qui l'on devait enlever deux côtés de lit, et chacune d'elles n'avait pas encore eu ces côtés de lit enlevés. La/le DDS a indiqué que le personnel d'entretien travaillait dans tout le foyer pour veiller à ce que les côtés de lit identifiés fussent enlevés, cependant on ne les avait pas tous faits.

L'inspectrice a déterminé qu'il s'agissait des cinq personnes résidentes 003, 006, 007, 008 et 009. On a remarqué le 24 janvier et/ou le 26 janvier 2018 que chacune des cinq personnes résidentes utilisait au moins un côté de lit quand elle était au lit pendant une période de repos. On remarqué que les personnes résidentes 008, 006 et 004 utilisaient deux côtés de lit, et les personnes résidentes 009 et 003 en utilisaient un. La totalité des cinq personnes résidentes figurait dans le document « Resident Safety devices » (dispositifs de sécurité pour personnes résidentes) comme n'ayant pas de côtés de lit.

Le dossier médical de chacune des cinq personnes résidentes a été examiné, et l'on remarquait ce qui suit :

Personne résidente 003 - le programme de soins indique l'utilisation de côté(s) de lit, la personne résidente tente de se transférer par ses propres moyens, risque de chute; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 004 - le programme de soins indique l'utilisation de côté(s) de lit; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 006 - le programme de soins indique que la personne résidente dépend du personnel pour les soins, notamment pour la mobilité dans le lit, utilisation

de côtés de lit, mention de comportements réactifs; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 008 - le programme de soins indique que la personne résidente dépend du personnel pour les soins, notamment pour la mobilité dans le lit, utilisation de côtés de lit; mention de comportements réactifs et risque de chutes; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Personne résidente 009 - le programme de soins indique que la personne résidente dépend du personnel pour les soins, notamment pour la mobilité dans le lit; risque de chute et comportements réactifs; diagnostic médical identifié; le document « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) daté de décembre 2017 indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation des côtés de lit.

Le titulaire de permis a effectué une évaluation de l'utilisation des côtés de lit à l'aide du document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) et a déterminé que les cinq personnes résidentes susmentionnées n'utilisaient pas les côtés de lit et qu'ils devaient être enlevés. L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes et a décelé des éléments qui auraient une incidence sur le risque de coincement des personnes résidentes. L'inspectrice a observé que ces côtés de lit identifiés étaient toujours utilisés environ un mois après que la/le DDS et la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI eussent déterminé la nécessité de les enlever.

Au cours de l'entretien avec la/le DDS le 25 janvier 2018, il a été établi que la directrice générale/le directeur général était la personne responsable de la réalisation des évaluations des systèmes de lit. L'inspectrice a eu un entretien avec la directrice générale/le directeur général (DG) le 29 janvier 2018. La/le DG a indiqué avoir effectué avec le membre du service d'entretien 122 les évaluations des lits de chaque personne résidente. La/le DG a dit qu'une entreprise extérieure lui avait donné une formation ainsi qu'au membre du personnel 122, et qu'elle leur avait prêté le cône et le cylindre pour effectuer les évaluations des systèmes de lit. En outre, la/le DG a indiqué s'être également référé à deux documents de Santé Canada, notamment la ligne directrice de Santé Canada et un de ses documents d'accompagnement intitulé *A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment*.

Après discussion, la/le DG a indiqué que l'on avait terminé toutes les évaluations des systèmes de lit à la fin octobre 2017. La/le DG n'a pas été en mesure de fournir des évaluations documentées des lits pour corroborer l'achèvement des évaluations, mais a indiqué avoir procédé au rappel de trois systèmes de lit qui avaient échoué l'essai pour une zone au moins, et que l'on avait donc supprimé les côtés de lit de ces trois systèmes de lit. Quand on le lui a demandé, la/le DG n'a pas été en mesure d'identifier le système de lit, la chambre ou la personne résidente en cause dans ces échecs, ni les zones qui avaient échoué à l'essai. Étant donné l'utilisation des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance que l'inspectrice a observée dans le foyer, elle a posé des questions sur les évaluations et les essais effectués pour les positions intermédiaires des côtés de lit, pour les zones applicables. La/le DG n'a pas été en mesure de confirmer que l'on avait effectué une telle évaluation ou un tel essai.

La/le DG a en outre déclaré à l'inspectrice qu'à l'heure actuelle le foyer ne tenait pas un registre de l'inventaire exhaustif des systèmes de lit. À titre d'exemple, lors des évaluations des lits, on avait inscrit de l'information concernant les cadres de lit, mais pas concernant les matelas.

L'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice du foyer le 31 janvier 2018 concernant l'endroit où se trouvaient les évaluations documentées des systèmes de lit. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir à ce moment-là des documents pour corroborer l'achèvement des évaluations des lits.

Lors de l'entretien avec la/le DG, l'inspectrice a demandé si l'on avait modifié un des systèmes de lit du foyer depuis les évaluations des systèmes de lit d'octobre 2017. La/le DG ne pensait pas que l'on avait fait des modifications, car on les lui aurait communiquées; il/elle était au courant que le personnel du service d'entretien avait enlevé des côtés de lit en se fondant sur les évaluations des personnes résidentes effectuées par la/le DDS du foyer.

Lors de l'examen du document intitulé « Assisting Rail Ready To Be Removed » (côté de lit d'assistance prêt à être enlevé) précédemment mentionné dans ce rapport, et lors d'une discussion avec la/le DDS, on a indiqué, si une personne résidente figurait sur la liste avec la mention « remove 1 (left or right) » [enlever un côté de lit (gauche ou droit)], que si ces personnes résidentes utilisaient deux côtés de lit, on devait enlever l'un d'entre eux. Le même document mentionnait 18 personnes résidentes qui nécessitaient un changement d'utilisation des côtés de lit au moment considéré. Pour la plupart des personnes résidentes, il s'agissait de réduire l'utilisation de deux côtés de lit à un; on avait déterminé que trois personnes résidentes devaient avoir un côté

de lit de grandeur $\frac{3}{4}$ réduit à un côté de lit aux fins d'assistance. Comme la/le DDS l'a indiqué, les décisions pour changer le nombre ou le type de côté de lit pour une personne résidente ont été prises en décembre 2017 quand on a rempli le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance) (comme nous l'avons précédemment indiqué dans le présent rapport). Treize des dix-huit personnes résidentes avaient eu leurs deux côtés de lit en place réduits à un, car le personnel du service d'entretien avait enlevé le second côté de lit utilisé. L'inspectrice a pu observer cinq de ces personnes résidentes dont on indiquait qu'elles utilisaient un côté de lit. Comme l'a confirmé la/le DG, les évaluations des lits ont été effectuées en octobre 2017 et l'on n'avait pas fait d'autres évaluations. Les documents examinés indiquent que l'on avait apporté des modifications aux côtés de lit, toutefois, il n'y avait pas eu d'évaluation pour s'assurer que le système de lit continuait d'être conforme aux recommandations de la ligne directrice de Santé Canada.

Le titulaire de permis n'a pas veillé d'une part à ce que les évaluations des systèmes de lit fussent effectuées conformément à la ligne directrice de santé Canada, notamment pour ce qui concerne la tenue du registre des évaluations des systèmes de lit et de leur inventaire, la mise en œuvre des évaluations des systèmes de lit (y compris les essais des positions intermédiaires) et d'autre part à ce que les systèmes de lit soient réévalués quand on y apporte des changements.

Selon la ligne directrice de Santé Canada, « le terme "piégeage" décrit un incident où un patient ou résident est pris, piégé ou coincé dans ou autour de l'espace de la barrière du lit ».

Lors d'un entretien avec la directrice/le directeur des soins, on a indiqué qu'en décembre 2017, on avait déterminé que la personne résidente 002 était une personne résidente qui n'utilisait pas les deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance qui étaient fixés au lit. Cette situation était mentionnée dans le document intitulé « Assessment of Assisting Rail » (évaluation de côté de lit d'assistance), toutefois on a continué d'utiliser les côtés de lit à la demande de la mandataire spéciale/du mandataire spécial de la personne résidente. Lors d'une autre discussion concernant cette personne résidente, la/le DDS a indiqué qu'elle bouge beaucoup au lit et qu'on l'avait trouvée prise dans la partie supérieure du lit avec le haut du corps hors du lit. L'inspectrice a par la suite examiné le rapport d'incident du foyer rédigé à une certaine date et s'est entretenue avec l'IA 118 et la/le PSSP 121 qui étaient présent(e)s au moment de l'incident. La/le PSSP 121 qui avait découvert la personne résidente a indiqué être entré(e) dans la chambre de la personne résidente 002 durant les rondes et avoir remarqué qu'elle était à moitié hors du lit : haut du corps, tête, cou et seins par-dessus

le lit à l'extérieur du lit. En poursuivant sa description, la/le PSSP a indiqué que les vêtements de nuit de la personne résidente étaient serrés autour de son cou; il/elle n'avait remarqué aucun signe de détresse. La/le PSSP avait changé de position la personne résidente pour la remettre dans le lit et avait fait rapport de l'incident à l'IA 118. La/le PSSP 121 a confirmé que la personne résidente avait deux côtés de lit utilisés à ce moment-là, et que la partie inférieure du torse et les jambes de la personne résidente étaient maintenues dans le lit par le côté de lit, tandis que la partie supérieure du corps pendait à l'extérieur d'un côté du lit.

La personne résidente a été admise à une certaine date en ayant fait l'objet d'un diagnostic pouvant affecter sa mobilité. Le programme de soins actuel mentionne qu'elle dépend du personnel pour les activités de la vie quotidienne, il mentionne également ses comportements et un déclin de la cognition. Lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente, une note d'évolution datée du lendemain de l'incident de coincement indiquait que l'on mettrait du matelassage sur les côtés de lit. Une note d'évolution ultérieure, trois jours après l'incident, indiquait qu'une discussion avait eu lieu avec la mandataire spéciale/le mandataire spécial de la personne résidente et que l'on devait enlever les côtés de lit.

L'inspectrice 148 a observé la personne résidente 002 au lit les 24, 25 et 26 janvier 2018; elle avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance en position horizontale (un de chaque côté du lit, situé à mi-longueur du lit) avec une couverture capitonnée sur chacun d'eux. Au moment de l'observation, on n'avait pas encore enlevé les côtés de lit et la personne résidente les utilisait toujours.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on effectue une évaluation de la personne résidente 002 conformément aux pratiques couramment admises; ni que le foyer prouve que le système de lit avait été évalué conformément aux pratiques exemplaires, comme nous l'avons précédemment indiqué dans ce rapport. Après l'incident, comme nous l'avons décrit plus haut, on n'avait pas pris de mesures pour prévenir le piégeage de la personne résidente en tenant compte de toutes les possibilités de coincement.

Au cours de la présente inspection, on a remarqué que plusieurs personnes résidentes utilisaient divers côtés de lit, principalement des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, ce qui indiquait que cette non-conformité affecte de nombreuses personnes résidentes et est généralisée. On a déterminé que les personnes résidentes que l'on avait identifiées en décembre 2017 comme n'utilisant pas des côtés de lit continuaient de les avoir, et que les preuves recueillies pendant cette inspection indiquent que l'évaluation des personnes résidentes et les évaluations des



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

Order(s) of the Inspector

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

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

systemes de lit n'étaient pas effectuées conformément à la ligne directrice de Santé Canada. De plus, on avait indiqué qu'un incident de coincement s'était produit après celui qui figurait dans les motifs de l'OC n° 002 (inspection de la qualité des services aux personnes résidentes de 2017). De tels faits indiquent que cette non-conformité constitue un préjudice véritable avec la non-conformité précédemment identifiée. L'étendue, la gravité et les antécédents de conformité justifient l'émission du présent ordre de conformité. (148)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : Le 11 mai 2018

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

Lien vers ordre existant : 2017_619550_0015, OC n° 004

Aux termes du :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

- a) dure au moins 21 jours;
- b) comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations;
- c) comprenne des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner;
- d) comprenne des choix de boissons aux repas et aux collations;
- e) soit approuvé par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer;
- f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer;
- g) soit examiné et mis à jour au moins une fois par année. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).

Ordre :

1. Élaborer et mettre en œuvre des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations.
2. Veiller à ce que les menus soient accompagnés de fiches de production et de recettes standardisées pour veiller à la pertinence nutritionnelle du menu mis en œuvre.
3. Élaborer et mettre en œuvre des lignes directrices pour la mise en application d'interventions en matière de nutrition, notamment les petites portions, les portions d'une taille et demie, et les régimes thérapeutiques pour la perte de poids.
4. Veiller à ce que le menu planifié et les interventions planifiées en matière de nutrition soient offerts aux personnes résidentes, notamment un deuxième choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et collations, et des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner.

Le 23 juin 2017, on a signifié au titulaire de permis un ordre de conformité en application du Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71 à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017_619550_0015. Le type d'ordre était conforme à l'alinéa 153 (1) a) de la LFSLD 2007 en ce sens que l'on ordonnait au titulaire de permis de prendre des mesures particulières pour se conformer. Il aurait dû se conformer à l'ordre de conformité avant le 18 août 2017.

On avait ordonné au titulaire de permis, en partie, de prendre les mesures suivantes :
Le 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.

Le 24 janvier 2018, l'inspectrice a eu un entretien avec la/le DA/RN du foyer que l'on avait récemment embauché(e) à l'automne 2017. La/le DA/RN était au courant de l'ordre de conformité auquel le foyer ne s'était pas encore conformé, et des exigences des dispositions législatives applicables. Il/elle a indiqué avoir remarqué, lors de son arrivée au foyer, plusieurs sujets de préoccupation concernant le programme alimentaire auxquels il fallait prêter attention. Il/elle a indiqué, entre autres, avoir élaboré un menu de quatre semaines avec des changements particuliers pour améliorer la qualité nutritionnelle. De plus, il/elle avait fait l'acquisition d'un nouvel équipement, notamment des tables de salle à manger, avait apporté des changements aux heures des repas, mis en œuvre le service des repas un plat après l'autre et revu le programme pour ce qui concernait la salubrité des aliments et la formation du personnel.

Lors de l'examen de l'inspectrice, on a établi que la/le DA/RN avait élaboré un menu de quatre semaines pour les trois repas ainsi que pour les collations et les boissons entre les repas pour les régimes réguliers, à texture régulière. À l'heure actuelle, il/elle

a terminé la plus grande partie du travail pour la semaine 1 du menu thérapeutique, qui comporte un menu pour aliments à texture modifiée en purée et hachés fin. Le menu thérapeutique n'avait pas encore été mis en œuvre pour que le personnel l'utilise. De plus, la/le DA/RN avait élaboré des fiches de production pour les semaines 1 et 2 du menu. Il n'y avait pas pour l'instant de menus thérapeutiques pour les repas des semaines 2, 3 et 4 pour les repas, et aucun menu thérapeutique pour les semaines 1, 2, 3 et 4 du menu des collations. La/le DA/RN a indiqué, qu'avec l'absence de menu thérapeutique en place pour l'instant, on s'attendait à ce que le personnel suive le menu régulier lors de la production des autres régimes thérapeutiques comme les modifications pour les aliments en purée et hachés fins.

L'inspectrice a observé le service du déjeuner les 24 et 25 janvier 2018, avec le service du petit déjeuner les 25 et 26 janvier 2018. Elle a remarqué ce qui suit :

- Lors de l'observation du premier repas le 24 janvier 2018, il y avait un choix de purée de légumes. Quand on a posé des questions sur le choix de purée de légumes à la cuisinière/au cuisinier 104 qui fait partie du personnel permanent à temps plein et à qui il incombait de servir le déjeuner, il/elle a indiqué devoir seulement faire une purée de légumes pour les repas.
- Lors des observations des repas et des collations, l'inspectrice a remarqué que des choix indiqués au menu, comme les crêpes, les muffins, les fruits et les biscuits comme c'était planifié par le menu pour les régimes réguliers, n'étaient pas préparés pour les régimes composés d'aliments en purée.
- À plusieurs reprises, notamment lors du déjeuner du 24 janvier, du petit déjeuner du 26 janvier et du service de collations du 25 janvier, le personnel du service de diététique utilisait les restes des repas précédents pour fournir le choix de dessert, de fruits et de collations, respectivement. Les préposé(e)s au service d'alimentation 105 et 110, qui préparent les choix d'aliments en purée, ont remarqué que les restes servent à préparer les choix d'aliments en purée, quand il en a d'un repas précédent. Les deux préposé(e) s ont indiqué ne pas avoir de menu thérapeutique à suivre lors de la préparation des aliments en purée.
- Lors de la collation de l'après-midi, les PSSP qui servaient les collations, notamment la/le PSSP 106, ont indiqué que les biscuits sur le chariot convenaient aux régimes comportant des aliments hachés fin, tandis que la/le PSSP 107 a indiqué qu'il/elle servira de la banane aux personnes résidentes ayant un régime comportant des aliments hachés fins. Les PSSP qui servaient la collation ne savaient pas exactement les aliments qui étaient adéquats pour les personnes résidentes qui avaient des régimes à texture modifiée. Les deux PSSP ont dit ne pas avoir de menu thérapeutique à suivre lors du service des choix de menu comportant des aliments hachés fin.
- Lors du service du déjeuner des 24 et 25 janvier 2018, l'inspectrice a remarqué que

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*

les aliments en purée, étaient onctueux, néanmoins ils ne conservaient pas leur forme et s'épalaient largement dans l'assiette. En outre, on remarquait que la taille des portions semblait réduite. On remarquait qu'à chaque repas on utilisait régulièrement la cuiller à glace n° 16 pour tous les aliments en purée et hachés fin accompagnés de purée de pommes de terre.

Comme nous l'avons précédemment indiqué dans le rapport, le personnel qui préparait et servait les aliments n'avait pas de menus thérapeutiques pour le guider dans la production ou la fourniture des aliments qui ne faisaient pas partie du régime alimentaire régulier à texture régulière. Lors de l'examen des fiches de production et des recettes disponibles, on remarquait qu'elles ne comportaient aucune directive au personnel pour la mise en œuvre des régimes thérapeutiques comportant des aliments à texture modifiée, en purée et hachés fin; le personnel ne disposait pas d'indications concernant la taille de la cuiller à glace (pour la taille des portions) à utiliser pour le service des repas. Comme nous l'avons précédemment indiqué, le personnel qui sert les repas utilisait principalement la cuiller à glace n° 16; lors d'un examen des portions standardisées et du menu thérapeutique de la semaine 1 élaboré par la/le DA/RN, la taille de la cuiller à glace prévue pour les aliments en purée et hachés fin sera celle des n°s 12 et 10, et du n° 8 pour les choix comme la purée de pommes de terre. En poursuivant l'examen du programme de production, on remarquait qu'à l'heure actuelle il n'y avait pas de recette pour la production d'aliments à texture modifiée en purée ou hachés fin. Le personnel n'avait pas reçu de directives pour la production d'aliments en purée afin de veiller à leur consistance (absence de grumeaux et maintien de leur forme).

Lors de l'examen du Kardex, document qui dresse la liste de toutes les personnes résidentes du foyer en indiquant leur régime alimentaire, leur texture et les interventions en matière de nutrition, l'inspectrice a remarqué que l'on indiquait que trois personnes résidentes nécessitaient des portions d'une taille et demie, quatre personnes résidentes nécessitaient des portions de petite taille, et deux personnes résidentes nécessitaient des régimes alimentaires pour perdre du poids. Lors d'entretiens, les cuisinières/les cuisiniers 104 et 109, membres du personnel qui servent le repas du déjeuner, avaient diverses interprétations de ces interventions en matière de nutrition. Les cuisinières/cuisiniers ne savaient pas exactement si tous les aliments étaient réduits en portion de petite taille ni ce que serait cette taille de portion. La cuisinière/le cuisinier 104 ne pouvait pas faire de différence entre le service des repas pour une personne résidente qui nécessite des portions d'une taille et demie et le régime régulier, et ne pouvait pas non plus faire de différence dans le service des repas pour une personne qui nécessite un régime pour perdre du poids et le régime régulier. À l'heure actuelle, le personnel ne comprend pas clairement la mise en



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

Order(s) of the Inspector

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

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

œuvre de ces interventions en matière de nutrition et de ces régimes thérapeutiques. On a discuté de la même question avec la/le DA/RN le 30 janvier 2018, et il/elle a confirmé qu'il n'y avait pas de menu thérapeutique planifié ni d'autre document de référence pour que le personnel les suive pendant les interventions mentionnées.

À l'heure actuelle, le foyer n'a pas de cycle de menus qui comprend un menu planifié pour tous les régimes thérapeutiques et à texture modifiée du foyer, notamment les menus thérapeutiques pour les variations de portions et la perte de poids. Le manque d'élaboration de menus, de fiches de production et de recettes a une incidence sur un nombre important de personnes résidentes du foyer, et présente un risque éventuel de préjudice. En outre, le foyer a déjà fait l'objet d'un ordre de conformité comme nous l'indiquons dans ces motifs. L'étendue, la gravité et les antécédents de conformité justifient l'émission du présent ordre de conformité. (148)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 11 mai 2018



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

Order(s) of the Inspector

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

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENEZ AVIS :

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

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

Toronto ON M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603



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

Order(s) of the Inspector

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

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

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

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

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

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



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

Order(s) of the Inspector

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

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Émis le 6 février 2018

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : AMANDA NIXON (148)

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