



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

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

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

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

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

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

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

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

## **Copie destinée au public**

---

<b>Date du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre :</b>	<b>Type d'inspection</b>
1 <sup>er</sup> octobre 2018	2018_619550_0009	010358-18	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

---

### **Titulaire de permis**

Taminagi Inc.  
5, rue Loiselle, CP 2132, Embrun ON K0A 1W1

---

### **Foyer de soins de longue durée**

Sarsfield Colonial Home  
2861, chemin Colonial, CP 130, Sarsfield ON K0A 3E0

---

### **Nom des inspectrices**

JOANNE HENRIE (550), AMANDA NIXON (148)

## **Résumé de l'inspection**



**Cette inspection concernait la qualité des services aux personnes résidentes.**

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 28, 29, 30 et 31 mai, 1<sup>er</sup>, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 15 juin, ainsi que 4 et 11 juillet 2018.**

**Au cours de l'inspection, les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur du foyer, chef de l'exploitation, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), diététiste agréé(e)/gestionnaire de la nutrition (DA/GN), directrice ou directeur des activités, coordonnatrice ou coordonnateur du RAI-MDS, médecin/directrice médicale ou directeur médical, plusieurs infirmières ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), personne préposée au service d'alimentation, personne préposée aux ressources humaines, à la formation, à la santé et à la sécurité, auxiliaires de buanderie, commise ou commis de bureau, présidente ou président du conseil des familles, membre du conseil des résidents, plusieurs membres de familles, et plusieurs personnes résidentes.**

**En outre, les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, le programme de soins de la peau et des plaies, des procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles. Elles ont observé les soins et les services aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et les services de repas.**

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

**Services d'hébergement – entretien ménager**

**Dignité, choix et respect de la vie privée**

**Observation de la restauration**

**Prévention des chutes**

**Conseil des familles**

**Prévention et contrôle des infections**

**Médicaments**

**Recours minimal à la contention**

**Conseil des résidents**

**Foyer sûr et sécuritaire**

**Soins de la peau et des plaies**

**Effectif suffisant**



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

**14 AE**  
**9 PRV**  
**2 OC**  
**1 RD**  
**0 OTA**

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

EXIGENCE	GENRE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE OU DE L'INSPECTEUR
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71. (1).	OC n° 002	2018_617148_0002	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. 17. Système de communication bilatérale**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas spécifiquement veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel :
  - c) permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
  - d) soit accessible à partir de chaque salle de bain et salle de douche qu'utilisent les personnes résidentes;
  - f) indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

Aux fins du présent rapport, le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel est également appelé système d'appels.

Lors de la visite initiale du foyer, l'inspectrice 550 a remarqué ce qui suit dans les salles de bain avec baignoire et douche de tous les trois étages où se trouvent des personnes résidentes :

Salle de bain du 1<sup>er</sup> étage avec baignoire et douche :

L'inspectrice 550 a remarqué de petits appareils noirs sur les murs qui ressemblaient à une sonnette; il y en avait un à côté de la zone de douche et un à côté de la toilette. La ou le PSSP 119 a dit à l'inspectrice que l'on devait les utiliser pour avertir le personnel que l'on avait besoin d'assistance. L'inspectrice a appuyé sur le bouton de l'appareil situé à côté de la toilette et cela a activé une alarme. L'annonceur indiquait « alarme porte d'entrée du bâtiment, alarme bouton d'alarme spa 1<sup>er</sup> étage ». L'inspectrice a appuyé sur ce même bouton pour annuler l'appel et l'alarme n'a pas été annulée. La ou le PSSP 119 ne savait pas comment annuler cette alarme, et a dit à l'inspectrice d'essayer d'appuyer sur le bouton, ce que l'inspectrice a fait de nouveau, et cela n'annulait toujours pas l'alarme, même après avoir appuyé à quelques reprises. La ou le PSSP a indiqué que peut-être il fallait l'annuler au bureau des soins infirmiers, et il ou elle est allé ensuite au poste infirmier où il y avait sur le mur une console avec un pavé numérique. La ou le PSSP a tenté d'annuler l'alarme en entrant un code, et cela n'a pas fonctionné. La ou le PSSP a ensuite demandé à la coordonnatrice ou au coordonnateur du RAI qui était à proximité s'il ou elle connaissait le code pour annuler l'alarme provenant de la salle de bain. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a dit ne pas le savoir avec certitude et a essayé un code qui a annulé l'alarme.

Salle de bain du 2<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche :

L'inspectrice 550 a remarqué qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la zone de douche de cette salle de bain. Le même appareil noir que celui de la salle de bain du premier étage avec baignoire et douche se trouvait sur le mur à côté de la toilette, et l'inspectrice a poussé le bouton pour activer l'alarme. Une alarme a retenti et un annonceur indiquait « alarme porte d'entrée du bâtiment, alarme », l'inspectrice n'a pas pu entendre le reste du message, car le son de l'alarme était très fort. La ou le PSSP 121 a indiqué à l'inspectrice que c'était l'alarme de la porte de l'étage inférieur et il ou elle est parti pour s'occuper de l'alarme. L'inspectrice a pris l'escalier pour se rendre à l'étage inférieur et a remarqué à l'entrée principale un membre du personnel masculin qui essayait d'annuler l'alarme à cette porte. Alors que l'inspectrice poursuivait son chemin vers l'étage inférieur, l'alarme a été annulée. L'inspectrice a rencontré la ou le PSSP 121 dans le couloir de l'étage inférieur qui lui a dit que l'alarme provenait de la porte d'entrée du personnel située à l'extrémité du couloir. L'annonceur n'avait pas fourni l'emplacement exact de l'endroit d'où provenait l'alarme.

Salle de bain du 3<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche :

L'inspectrice 550 a appuyé sur l'appareil noir sur le mur à côté de la toilette. L'alarme a retenti et l'annonceur indiquait le même message que pour la salle de bain du 2<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche. L'inspectrice n'a pas été en mesure d'annuler l'alarme au point d'activation, elle a dû être annulée à la console qui se trouvait sur le mur de l'autre côté du couloir à côté d'un bureau.

L'inspectrice, accompagnée de l'administratrice ou l'administrateur 122, a fait une visite de la salle de bain avec baignoire et douche de chaque étage. Au cours de cette observation subséquente, on ne pouvait pas annuler au point d'activation les sonnettes d'appel des salles de bain avec baignoire et douche. On ne pouvait les annuler qu'en entrant un code sur la console située sur le mur du couloir en face des salles de bain avec baignoire et douche. L'administratrice ou l'administrateur a remarqué que le message de l'annonceur ne donnait pas des directives claires pour indiquer d'où provenait l'alarme, et il ou elle a dit devoir appeler l'entreprise de réparation.

L'administratrice ou l'administrateur a également remarqué qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la zone de douche de la salle de bain du deuxième étage avec baignoire et douche.

Comme le prouve ce qui précède, on ne pouvait pas annuler au point d'activation les sonnettes d'appel des salles de bain avec baignoire et douche de tous les trois étages. Il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la zone de douche de la salle de bain du 2<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche, et les sonnettes d'appel n'indiquaient pas clairement d'où le signal provenait quand on les activait. [Par. 17 (1)]

***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. 15. Côtés de lit**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

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

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit étaient utilisés, l'on évalue les personnes résidentes et leur système de lit conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente, et que des mesures soient prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes et des autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité.

Le 6 février 2018, on a signifié au titulaire de permis un ordre de conformité en application du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1) à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2018\_617148\_0002. 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 s'être conformé à l'ordre de conformité au plus tard le 11 mai 2018.

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

1. Réévaluer tous les systèmes de lit dans lesquels on utilise des côtés de lit dans le foyer, conformément à 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). Pour ce qui concerne les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, on doit évaluer toutes les positions intermédiaires;

2. Instaurer et mettre en œuvre un processus pour s'assurer de remédier immédiatement à n'importe quelle défaillance d'un système de lit. Documenter les mesures correctives qui sont prises.
3. Tenir à jour un inventaire des systèmes de lit qui comprend tous les renseignements identifiants pertinents pour chaque système de lit en usage pour chaque personne résidente. Veiller à ce que l'on effectue au besoin une réévaluation des systèmes de lit.
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 du FDA.
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 mentionne les éventuelles interventions ou modifications en matière de soins médicaux ou infirmiers et au niveau de l'environnement, qui peuvent servir de solution de rechange à l'utilisation de côtés de lit.
7. Concevoir et mettre en œuvre un processus de vérification continue pour veiller à satisfaire à toutes les exigences de cet ordre de conformité.

On a initialement observé, à une certaine date et pendant le reste de l'inspection, que les personnes résidentes 001, 003, 004, 007, 012, 014, 016, 025 et 026 utilisaient des côtés de lit. Voici un résumé de l'examen des dossiers médicaux, des observations et des entretiens avec le personnel concernant l'utilisation des côtés de lit :

Personne résidente 001 - on a remarqué qu'elle avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance en position de garde quand elle était au lit. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilise les côtés de lit pour sa mobilité dans le lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins indiquait qu'elle utilisait des côtés de lit pour l'aider à changer de position quand elle était au lit.

Personne résidente 003 - avait fait deux chutes identifiées en tombant de son lit pendant une période déterminée, et l'on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilisait le côté de lit pour changer de position quand elle était au lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences en matière d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance et devait avoir un côté de lit en position élevée compte tenu du risque de chutes et pour changer de position dans le lit.

Personne résidente 004 - avait un matelas pneumatique et l'on remarquait qu'elle avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, un en position de garde et un en position d'assistance. Le personnel a indiqué que la personne résidente n'était pas en mesure d'utiliser les côtés de lit et que les deux côtés de lit étaient utilisés à la demande de la famille. Le personnel a indiqué que les deux côtés de lit étaient placés en position de garde quand la personne résidente était au lit. Le programme de soins indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance.

Personne résidente 007 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilisait le côté de lit pour l'aider à s'asseoir dans le lit quand elle était allongée. La personne résidente a exprimé le désir d'avoir le côté de lit, mais n'était pas en mesure d'en indiquer l'utilisation. Le programme de soins indique que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance. Le programme de soins mentionnait l'utilisation d'un côté de lit à des fins de mobilité dans le lit ainsi que pour le confort émotionnel et la sécurité de la personne résidente.

Personne résidente 012 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif aux fins d'assistance en position d'assistance quand elle était au lit. Le personnel de jour a indiqué que la personne résidente utilisait le côté de lit en position d'assistance pour l'aider dans les transferts pour se mettre au lit et en sortir. Le personnel du soir a indiqué que la personne résidente utilise le côté de lit en position d'assistance et en position de garde; elle l'utilise en position d'assistance pour changer de position, et en position de garde pour la mobilité dans le lit quand elle est au lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance et d'utilisation des côtés de lit pour changer de position dans le lit.

Personne résidente 014 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel indiquait que la personne résidente utilise le côté de lit en position d'assistance et en position de garde; elle l'utilise en position d'assistance pour changer de position, et en position de garde pour la mobilité dans le lit quand elle est au lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins indiquait qu'un côté de lit servait à l'aider à changer de position ainsi que pour son confort émotionnel et sa sécurité.

Personne résidente 016 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel a indiqué que le côté de lit est placé en position de garde quand la personne résidente est au lit pour l'aider à changer de position. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, aux rubriques « transfert, mobilité dans le lit et chutes », mentionnait l'utilisation d'un côté de lit. Le programme de soins, aux rubriques « sommeil et contentions », mentionnait l'utilisation de deux côtés de lit à des fins de sécurité.

Personne résidente 025 - avait des antécédents de chutes et l'on remarquait qu'elle avait un côté de lit en position d'assistance quand elle était au lit. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilise le côté de lit afin de l'aider dans les transferts pour sortir du lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire du côté de lit pour les transferts et la mobilité au lit.

Personne résidente 026 - avait des antécédents de chutes et on remarquait que son système de lit avait un côté de lit rotatif aux fins d'assistance en position de garde. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilisait les côtés de lit pour changer de position. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance et devait avoir un côté de lit en position élevée en raison du risque de chutes.

On indiquait que la directrice ou le directeur des soins infirmiers et la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI étaient les deux principaux responsables de l'évaluation des personnes résidentes exigée par le paragraphe 15 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 et par l'ordre de conformité du 6 février 2018.

L'inspectrice 148 s'est entretenue le 5 juin 2018 avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI, qui a mentionné deux nouveaux outils élaborés pour l'évaluation des côtés de lit des personnes résidentes. Le premier s'intitulait *Assisting Rail and Bed Entrapment Risk Assessment (Risk Assessment)* [évaluation des côtés de lit d'assistance et du risque de coincement (évaluation des risques)], et le deuxième *7 Day Bed Safety Assessment/Bed Entrapment Record* (dossier d'évaluation de la sécurité des lits/des coincements sur une période de 7 jours). La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a dit que le personnel infirmier remplit le dossier des observations pendant 7 jours, et qu'ensuite la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI remplit le document d'évaluation des risques. Quand toutes les données sont recueillies, la coordonnatrice

ou le coordonnateur du RAI et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) discutent des constatations et décident si la personne résidente peut utiliser les côtés de lit. L'inspectrice a demandé des copies des évaluations de personnes résidentes pour celles qui faisaient partie de l'échantillon susmentionné. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a dit que l'on n'avait pas fait d'évaluations pour les personnes résidentes qui habitaient auparavant au foyer, seulement pour les personnes résidentes nouvellement admises. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a indiqué qu'une certaine personne résidente était la première pour laquelle on avait entrepris une évaluation. On expliquait que la période d'observation de 7 jours était terminée et que l'on avait rempli le formulaire d'évaluation des risques, mais qu'il n'y avait pas eu de discussion avec la ou le DSI au sujet des données recueillies. En outre, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a exprimé l'opinion que les outils d'évaluation n'étaient pas clairs, et qu'il ou elle avait des questions pour la ou le DSI concernant la mise en œuvre des outils. Lors de la discussion sur les outils, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI n'a pas été en mesure de définir si l'on avait examiné les avantages ou si l'on documenterait une évaluation des risques et des avantages.

L'inspectrice a discuté de l'évaluation des personnes résidentes nouvellement admises avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI, qui a indiqué que lors de l'admission on avait un échange de vues avec la famille, avec la personne résidente ou avec les deux, et que l'on examinait en outre le dossier pour évaluer si la personne résidente pourrait utiliser des côtés de lit. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a indiqué que l'on peut mettre des côtés de lit au système de lit d'une personne résidente nouvellement admise avant de terminer son évaluation.

L'inspectrice a discuté des énoncés susmentionnés qui figurent dans le programme de soins, selon lesquels les personnes résidentes sont identifiées comme satisfaisant aux exigences d'utilisation des côtés de lit. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a déclaré que ce libellé est repris d'un ancien outil d'évaluation des personnes résidentes intitulé *Assessment of Assisting Rail* (évaluation de côté de lit d'assistance). Cette évaluation était mentionnée dans le rapport d'inspection du 6 février 2018 comme ne satisfaisant pas aux exigences de l'alinéa 15 (1)a) du Règl. de l'Ont. 79/10. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a indiqué que l'outil susmentionné avait été utilisé pour évaluer les cas de personnes nouvellement admises. L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de deux personnes résidentes déterminées qui avaient été nouvellement admises au foyer. Dans le dossier de l'une d'elles, l'outil intitulé évaluation de côté de lit d'assistance avait été rempli à une date déterminée, en mentionnant l'utilisation d'un côté de lit d'assistance. Dans le dossier de l'autre personne résidente, l'outil intitulé évaluation de côté de lit d'assistance avait été rempli à une date déterminée, en mentionnant l'utilisation d'un côté de lit d'assistance.

L'inspectrice 148 s'est entretenue avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) du foyer concernant l'évaluation des personnes résidentes aux fins d'utilisation des côtés de lit. La ou le DSI a confirmé que l'*Assisting Rail and Bed Entrapment Risk Assessment (Risk Assessment)* [l'évaluation des côtés de lit d'assistance et du risque de coincement (évaluation des risques)], et le *7 Day Bed Safety Assessment/Bed Entrapment Record* (dossier d'évaluation de la sécurité des lits/des coincements sur une période de 7 jours) étaient les outils dont le foyer disposait pour faire l'évaluation des personnes résidentes concernant les côtés de lit. La ou le DSI a indiqué en outre que c'étaient la ou le DSI et la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI qui composaient l'équipe interdisciplinaire pour l'évaluation des personnes résidentes. La ou le DSI a indiqué être la personne qui avait élaboré les outils à utiliser dans l'évaluation des personnes résidentes, et que le conseil consultatif professionnel et la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI avaient eu la possibilité d'y contribuer. L'examen des outils mentionnés révélait qu'ils ne comportaient pas d'espace pour documenter l'évaluation des risques et des avantages. Lors de la discussion, la ou le DIS n'a pas été en mesure de décrire l'évaluation des risques et des avantages, ni d'indiquer où l'on documentera cette évaluation. Lors de la discussion du processus d'évaluation des personnes résidentes en place, la ou le DIS a dit ne pas être au courant du nombre d'évaluations de personnes résidentes que l'on avait effectuées, mais a indiqué que les outils avaient été mis en œuvre il y avait un mois environ. La ou le DIS a indiqué que l'objectif consistait à avoir des évaluations de personne résidente faites pour toutes les personnes résidentes au foyer au cours du prochain trimestre conjointement avec les évaluations trimestrielles du minimum de données standardisées (MDS); les personnes résidentes nouvellement admises feront l'objet d'une évaluation lors de leur admission.

Nous avons déterminé que le titulaire de permis n'a pas établi ni mis en œuvre une marche à suivre pour l'évaluation des personnes résidentes conformément aux pratiques couramment admises. Au moment de l'inspection, aucune personne résidente du foyer qui utilisait des côtés de lit n'avait fait l'objet d'une évaluation, et l'on n'avait pas non plus fait d'évaluation des risques et des avantages. En outre, nous avons démontré que le foyer continuait de mettre des côtés de lit aux personnes résidentes nouvellement admises sans avoir terminé leur évaluation, et que le foyer avait l'intention de terminer dans un délai de trois mois les évaluations des personnes résidentes qui habitent actuellement au foyer pendant que l'on continuait d'utiliser des côtés de lit. De plus, les programmes de soins ne fournissent pas de directives claires au personnel concernant d'une part l'utilisation des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance et d'autre part leur position pendant leur utilisation.

Le 6 juin 2018, l'inspectrice 550 a eu un entretien concernant l'évaluation des possibilités de coincement dans un lit avec la ou le chef de l'exploitation 132 en présence de l'administratrice ou de l'administrateur 122. La ou le chef de l'exploitation 132 a informé l'inspectrice avoir effectué une évaluation des systèmes de lit avec l'assistance du membre 133 du personnel d'entretien du foyer. Il ou elle a indiqué avoir consulté la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques*, et avoir utilisé un outil constitué d'un cône et d'un cylindre pour effectuer les évaluations. La ou le chef de l'exploitation 132 a fourni à l'inspectrice un document intitulé *Facility Entrapment Inspection Sheet* (fiche d'inspection des risques de coincement dans l'établissement), en indiquant que ce document était utilisé pour documenter l'évaluation des systèmes de lit. La ou le chef de l'exploitation 132 a expliqué à l'inspectrice la légende des codes utilisés sur cette fiche d'inspection :

- « L » désignait un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit
- « SM » désignait un côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$  dans la partie centrale du lit
- « Med » ou « M » désignait un petit côté de lit à la tête du lit.
- « D » désignait un petit côté de lit à la tête du lit de chaque côté.
- « R » indiquait qu'on avait enlevé le côté de lit
- « I » indiquait qu'on avait installé un côté de lit
- « P » indiquait que le lit avait réussi le test et « F » qu'il avait échoué au test.

L'inspectrice a examiné, avec la ou le chef de l'exploitation 132, le tableur des inspections des risques de coincement dans l'établissement. La ou le chef de l'exploitation a indiqué que le foyer n'avait pas de lits équipés de deux côtés de lit de demi-grandeur d'un côté, et que par conséquent le test de la zone 5 était sans objet.

Lors d'une visite de la totalité des lits du foyer, l'inspectrice a remarqué que les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance étaient le seul type de côté de lit utilisé au foyer et qu'une personne résidente avait un côté de lit d'une demi-longueur.

L'inspectrice a remarqué qu'il n'y avait pas, sur les fiches d'inspection des risques de coincement dans l'établissement, de mention indiquant que l'on utilisait au foyer des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance et qu'on les évaluait dans les trois différentes positions. Les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance ont trois positions : quand il est en position d'assistance, le côté de lit est en position verticale à la tête du lit, quand il est en position de garde, il est en position horizontale dans la partie centrale du lit, et quand il est en position intermédiaire, il est en diagonale (entre les positions d'assistance et de garde) dans la partie centrale du lit. La ou le responsable de programme 132 a dit à l'inspectrice ne pas être au courant que les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance avaient trois positions différentes, c'est pourquoi on ne les avait évalué que dans la position où ils se trouvaient au moment de l'évaluation.

On indiquait sur le tableur des inspections que l'évaluation des systèmes de lit avait eu lieu les 9 et 17 janvier et les 12 et 13 mars 2018. Voici les notes figurant sur cette feuille de tableur, confirmées par la ou le chef de l'exploitation :

Au moment de l'évaluation des systèmes de lit :

Le lit 02 n'avait pas été évalué, on avait documenté sur la fiche d'inspection qu'il n'y avait pas de côtés de lit sur le lit au moment où l'on avait effectué l'évaluation. On avait également documenté sur la fiche d'inspection qu'un petit côté de lit avait été installé après. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 02 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position d'assistance à la tête du lit du côté droit. Le matelas était trop long, il ne tenait pas dans le protecteur de matelas et dépassait le cadre du lit de près de deux pouces du côté gauche, car il semblait que le matelas avait glissé hors du cadre.

Le lit 21 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait passé le test de toutes les zones et l'on avait enlevé les deux côtés de lit après l'évaluation. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 21 était maintenant équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit du côté droit.

Le lit 23 était équipé d'un côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$  dans la partie centrale, il avait passé le test de toutes les zones, et après l'évaluation du système de lit on avait enlevé le côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$ . Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 23 était maintenant équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit de chaque côté.

Le lit 27 était équipé d'un côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$  dans la partie centrale du lit (SM) et il avait passé le test de toutes les zones. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 27 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit de chaque côté, et qu'il avait un matelas pneumatique offrant un soulagement de la pression. La directrice ou le directeur des soins infirmiers 116 a dit à l'inspectrice que l'on avait installé sur ce lit le matelas pneumatique offrant un soulagement de la pression à une date déterminée, après avoir fait l'évaluation du système de lit.

Le lit 31 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait échoué au test de la zone 2 et il fallait remplacer le matelas. On avait enlevé les deux côtés de lit après l'évaluation. Au moment de l'observation le 15 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 31 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance dans la partie centrale du lit de chaque côté.

Le lit 34 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait passé le test de toutes les zones et l'on avait enlevé les deux côtés de lit après cette évaluation. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 34 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit, du côté droit, et que le matelas ne rentrait pas dans le protecteur de matelas car il était trop long.

Le lit 41 était équipé d'un petit côté de lit à la tête du lit de chaque côté (D), il avait passé le test de toutes les zones, et après l'évaluation de ce système de lit on avait enlevé les deux côtés de lit. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 41 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position d'assistance à la tête du lit du côté droit. L'inspectrice a essayé de mettre le rail en position de garde, mais il n'est pas allé jusqu'en bas et s'est arrêté avant de pouvoir atteindre la position de garde.

Le lit 43 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait échoué au test des zones 2, 3 et 4. On avait changé le matelas et enlevé les deux côtés de lit après l'évaluation. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a observé que le lit 43 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position d'assistance à la tête du lit du côté droit. Quand l'inspectrice a vérifié le côté de lit rotatif aux fins d'assistance, il avait du jeu.

Deux personnes résidentes étaient nouvellement admises et l'on observait qu'elles avaient des côtés de lit en cours d'utilisation. Au moment de l'inspection, on n'avait effectué aucune évaluation de système de lit pour les personnes résidentes nouvellement admises, car le foyer n'avait pas accès à l'outil nécessaire pour effectuer l'évaluation comme nous l'indiquons ci-dessous. Le foyer avait l'intention de continuer d'utiliser des côtés de lit sans effectuer d'évaluation des lits.

La ou le chef de l'exploitation a indiqué à l'inspectrice que les lits 02, 21, 23, 27, 34, 41 et 43 n'avaient pas fait l'objet d'une réévaluation quand on avait fait des modifications à ces systèmes de lit, car on ne l'avait pas mis au courant des modifications. Il ou elle n'avait pas été mis au courant que le côté de lit rotatif aux fins d'assistance du lit 43 était défectueux.

La ou le chef de l'exploitation 132 a indiqué en outre que le foyer n'est pas propriétaire de l'outil d'évaluation des systèmes de lit, qu'il ou elle l'avait emprunté à un autre foyer et l'avait rendu après avoir terminé les évaluations initiales des systèmes de lit le 13 mars 2018. Pour cette raison, aucun système de lit n'avait été réévalué quand on avait fait des modifications ou quand on avait créé un nouveau système de lit. D'après une discussion avec la ou le responsable de programme 132 et avec la personne préposée aux ressources humaines, à la formation, à la santé et à la sécurité 108, les matelas qui nécessitaient d'être remplacés ne l'avaient pas été, et il n'y avait pas de document indiquant quand on avait installé les nouveaux côtés de lit.

L'inspectrice 550 a remarqué que le système de lit documenté dans l'*Evaluation Entrapment Inspection Sheet* (fiche d'inspection - évaluation des risques de coincement) au moment de l'évaluation différait de ce qu'elle avait observé les 5 et 15 juin 2018. Le chef de l'exploitation 132 a dit à l'inspectrice que l'on avait changé certains lits et certains systèmes de lit depuis que l'on avait effectué l'évaluation, et qu'on ne l'avait pas mis au courant des changements. Ils ne documentent pas les changements et n'ont pas d'inventaire des systèmes de lit tenu à jour.

La chambre 102 avait le lit 04 et a maintenant le lit 41 et le système de lit a été modifié,

La chambre 204-2 avait le lit 06 et a maintenant le lit 34 et le système de lit a été modifié.

La chambre 101-1 avait le lit 24 et a maintenant le lit 26 et le système de lit a été modifié.

La chambre 105-1 avait le lit 31 et a maintenant le lit 20 et le système de lit a été modifié.

La chambre 300-1 avait le lit 20 et a maintenant le lit 31 et le système de lit a été modifié.

On ne savait pas si les systèmes de lit susmentionnés étaient toujours attribués aux mêmes personnes résidentes que lorsque l'on a effectué l'évaluation. [Par. 15 (1)]

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

***L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ». RD n° 001 - L'avis écrit ci-dessus est également transmis au directeur pour prendre d'autres mesures.***

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

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :**

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**Par. 6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :**

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; et 2007, chap. 8, par. 6 (4).**
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

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

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

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

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

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

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté pour chaque personne résidente un programme de soins écrit qui établit a) les soins prévus pour la personne résidente.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 001 et des entretiens avec le personnel indiquaient que celle-ci avait actuellement un certain problème d'intégrité épidermique à un certain endroit du corps.

L'inspectrice a examiné le programme de soins écrit de la personne résidente, notamment les ordres de la ou du médecin et les dossiers électroniques d'administration des traitements (eTARs), et elle n'a pas été en mesure de trouver de document indiquant quel était le traitement pour le problème d'intégrité épidermique de cette personne résidente.

L'IA 106, qui est l'IA de jour à plein temps au foyer a indiqué à l'inspectrice que chaque personne résidente qui a un problème particulier d'intégrité épidermique est traitée en ayant un plan de traitement déterminé. L'IA a indiqué que ce traitement n'était pas écrit dans le programme de soins de la personne résidente parce le foyer est petit et que tout le monde sait quel est le traitement pour ce problème d'intégrité épidermique particulier.

Comme en témoigne ce qui précède, les soins prévus pour le problème d'intégrité épidermique de la personne résidente 001 n'étaient pas inclus dans le programme de soins écrit. [Alinéa 6 (1)a]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent à l'évaluation de la personne résidente afin que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 et a remarqué, dans l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS) datée d'une certaine date, que l'on mentionnait à la section M que la personne résidente avait deux problèmes d'intégrité épidermique identifiés à certains endroits du corps. Une note d'évolution de l'IAA 100 indiquait que la personne résidente avait un nouveau problème d'intégrité épidermique à un endroit particulier du corps, que l'IA 128 avait ensuite déterminé comme étant un problème spécifique d'intégrité épidermique. Une autre note d'évolution deux jours plus tard indiquait que la personne résidente avait un problème d'intégrité épidermique à deux différentes parties du corps. Vingt-sept jours plus tard, une note d'évolution de l'IA 106 indiquait que la personne résidente avait un certain problème d'intégrité épidermique à une différente partie du corps identifiée. Lors d'un entretien, l'IA 127 a dit à l'inspectrice que cette personne résidente avait un problème particulier d'intégrité épidermique à une partie du corps déterminée. Une mention faite par l'IA 129 la veille de l'entretien avec l'IA 127 décrivait que le problème d'intégrité épidermique de la personne résidente était pire que ce qu'avait indiqué l'IA 127. Le lendemain, l'IA 106 a remis à l'inspectrice un certain formulaire daté de ce même jour. On mentionnait dans ce formulaire que la personne résidente 001 avait trois différents problèmes d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps et un autre problème cutané à une différente partie du corps. L'IA a ultérieurement informé l'inspectrice qu'on avait fait une erreur et que la personne résidente avait un problème d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps et un autre problème cutané déterminé à une autre partie du corps déterminée.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de cette personne résidente et a remarqué, documenté dans une note d'évolution rédigée par l'IAA 100, que la personne résidente 001 avait un nouveau problème d'intégrité épidermique à une partie du corps particulière, qui avait été identifié plus tard par l'IA 128 comme étant un problème d'intégrité épidermique différent. La ou le diététiste agréé 107 avait évalué la personne résidente 001 à une date déterminée et avait indiqué dans les notes d'évolution et dans le programme de soins de la personne résidente qu'elle avait des antécédents d'un type particulier de problèmes d'intégrité épidermique, et qu'elle avait actuellement un problème d'intégrité épidermique déterminé à un endroit déterminé du corps en raison d'un état pathologique particulier. Il n'y avait pas d'indication du problème d'intégrité épidermique identifié par l'IA 106.

La ou le DA a dit à l'inspectrice ne pas être au courant que la personne résidente 001 avait souffert d'un problème particulier d'intégrité épidermique à un endroit déterminé du corps. Quand une personne résidente souffre d'un problème cutané, on remplit un formulaire particulier et on le transmet à la ou au DA pour l'informer du nouveau problème cutané. La ou le DA a ajouté ne jamais avoir reçu ce formulaire pour cette personne résidente, et n'avoir donc pas été au courant du nouveau problème cutané.

Au cours d'un entretien, la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical 120 a indiqué à l'inspectrice ne pas avoir été mis au courant par quiconque que le problème d'intégrité épidermique de la personne résidente 001 ne guérissait pas et qu'elle avait souffert d'autres problèmes d'intégrité de la peau. [Alinéa 6 (4)a)]

3. L'inspectrice 550 a examiné les documents des dossiers médicaux de la personne résidente 010. On indiquait dans l'évaluation MDS que cette personne résidente avait deux problèmes particuliers d'intégrité épidermique. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de document pour identifier l'emplacement des premiers problèmes d'intégrité épidermique. Lors d'un entretien, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS 114 a indiqué faire le codage dans le MDS selon le formulaire d'évaluation de la peau (section M du MDS) que lui fournit le personnel infirmier autorisé. L'inspectrice et la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS ont examiné le formulaire d'évaluation de la peau (section M du MDS) pour cette personne résidente pour une date déterminée d'une période d'évaluation, formulaire qui était signé par l'IA 130. À la rubrique problème cutané particulier, il y avait la mention « aucun » et une note manuscrite encadrée mentionnait un autre problème particulier d'intégrité épidermique. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS a indiqué avoir ajouté la note manuscrite. Il n'y avait pas de mention du premier problème particulier d'intégrité épidermique dans ce document. Dans le sommaire des RAP, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI 114 avait documenté le second problème d'intégrité épidermique d'une partie du corps déterminée. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS a dit à l'inspectrice qu'il ou elle aurait codé le premier problème cutané spécifié dans l'évaluation MDS si la personne résidente avait eu un symptôme déterminé, mais on n'avait pas été en mesure de fournir un document indiquant que la personne résidente 010 avait ce symptôme à un endroit quelconque du corps. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS a déclaré que le problème d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps de la personne résidente aurait dû être codé d'après sa discussion avec le personnel. [Alinéa 6 (4)a)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. Pendant les observations des repas, l'inspectrice 148 a identifié trois personnes résidentes, les personnes résidentes 017, 019 et 024, dont le programme de soins prévoyait qu'elles devaient recevoir un régime alimentaire thérapeutique de perte de poids. Une définition du régime alimentaire de perte de poids est à la disposition du personnel dans le kardex des besoins diététiques. La définition indique que l'on doit fournir aux personnes résidentes qui suivent un régime alimentaire de perte de poids une demi-portion de féculents et une portion et demi de légumes. Cette définition a été confirmée par la ou le diététiste agréé/gestionnaire de la nutrition.



Au service du petit déjeuner du 4 juin 2018, la ou le PSSP 112 qui servait le petit déjeuner a indiqué qu'il n'y avait pas de différence au petit déjeuner entre le régime alimentaire ordinaire et le régime alimentaire de perte de poids. Au service du déjeuner le même jour, la cuisinière ou le cuisinier 113 qui servait le déjeuner a indiqué que les personnes qui suivaient un régime alimentaire de perte de poids recevaient des demi-portions de chaque aliment. Lors des observations des repas au cours des deux services, on avait servi aux personnes résidentes identifiées des portions d'aliments de taille normale.

On n'avait pas donné aux personnes résidentes 017, 019 et 024 le régime alimentaire de perte de poids selon ce que prévoit le programme de soins. [Paragraphe 6 (7)]

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

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 010 indiquait que la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical 120 avait diagnostiqué un problème cutané particulier à un endroit particulier du corps de la personne résidente 010. Ce problème cutané avait été précédemment diagnostiqué comme étant un type différent de problème cutané.

L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins écrit réel de la personne résidente 010, et a remarqué que le problème d'intégrité épidermique documenté avec les interventions n'était pas le véritable problème d'intégrité épidermique. C'était le diagnostic précédent du problème cutané. Il n'y avait pas de document concernant le problème d'intégrité épidermique réel à cette partie du corps particulière.

Lors d'un entretien, l'IA 106 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 010 avait été diagnostiquée auparavant pour un problème cutané particulier, mais que la ou le médecin avait récemment changé le diagnostic en mentionnant un problème d'intégrité épidermique différent. La ou le DSI a indiqué que le programme de soins écrit de cette personne résidente n'avait pas été révisé quand la ou le médecin avait changé le diagnostic en le remplaçant par un problème d'intégrité épidermique différent pour tenir compte de ce nouveau diagnostic. [Alinéa 6 (10)b)]

6. Un examen de la documentation figurant dans le dossier médical de la personne résidente 018 indiquait qu'elle avait un type particulier de problème d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps et qu'il avait empiré pendant la semaine suivante et s'était transformé en un autre type particulier de problème d'intégrité épidermique. L'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 018 avait à l'heure actuelle un type particulier de problème d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps et qu'elle nécessitait un traitement déterminé.

L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins actuel de la personne résidente 018 et a remarqué que le type de problème d'intégrité épidermique mentionné était le type initial de problème cutané et non pas le type actuel de problème qui avait un programme de traitement différent. Le programme de soins ne tenait pas compte des changements dans la progression du problème d'intégrité épidermique ni du changement dans le programme de traitement.

Lors d'un entretien, la ou le DIS a indiqué à l'inspectrice que le programme de soins écrit de cette personne résidente n'avait pas été révisé quand le problème d'intégrité épidermique s'était transformé en un autre type de problème cutané, et que le programme devrait tenir compte du traitement actuel. [Alinéa 6 (10)b)]

7. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si la personne résidente est réévaluée et que le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, des méthodes différentes fussent prises en considération dans le cadre de cette révision.

La personne résidente 001 avait au moment considéré un problème particulier d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps. Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente et des entretiens avec le personnel et la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical 120 ont indiqué que cette personne résidente avait des problèmes d'intégrité épidermique récurrents depuis une certaine période en raison d'un comportement particulier. On avait mentionné un programme de traitement déterminé. Lors d'un entretien, l'IA 106 a dit à l'inspectrice 550 que l'on n'avait pas consulté une infirmière ou un infirmier stomathérapeute (ST) quand les problèmes d'intégrité épidermique de la personne résidente 001 avaient continué de se manifester après avoir guéri. L'IA 106 a dit que leur fournisseur de fournitures médicales offre les services d'une infirmière ou d'un infirmier ST pour évaluer les personnes résidentes qui ont des lésions de pression.

Les documents figurant dans les dossiers médicaux de la personne résidente 018, des entretiens avec le personnel et avec la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical, indiquaient que la personne résidente avait des antécédents de problème récurrent d'intégrité épidermique à un certain endroit du corps.

Lors d'une observation de la personne résidente 018, l'inspectrice a remarqué qu'elle n'avait pas de dispositif offrant un soulagement de la pression quand elle était dans une certaine position.

Bien que cette personne résidente eût des antécédents de problème récurrent d'intégrité épidermique à un certain endroit du corps, on ne l'avait pas adressée à l'infirmière ou l'infirmier ST comme on le fait habituellement pour les personnes résidentes qui ont des types particuliers de problèmes cutanés.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué à l'inspectrice que l'on n'avait pas fait d'aiguillage de la personne résidente vers la ou le ST, car dans le passé la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente avait refusé que la ou le ST évalue la personne résidente pour d'autres problèmes. On n'avait pas contacté cette ou ce MS concernant le besoin de la personne résidente d'avoir un dispositif offrant un soulagement de la pression. Lors d'une entrevue, l'administratrice ou l'administrateur 122 a dit à l'inspectrice qu'il ou elle contactera la ou le MS de la personne résidente concernant la nécessité, pour cette personne résidente, d'un dispositif offrant un soulagement de la pression.

Comme le montre ce qui précède, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des méthodes différentes soient prises en considération lors de la révision du programme de soins des personnes résidentes 001 et 018. [Alinéa 6 (11)b]

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

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins établisse pour chaque personne résidente les soins prévus pour elle, et à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent, à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme, à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son***

***programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires, et lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme de soins. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art.8. Respect des politiques et dossiers**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

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

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas spécifiquement veillé à ce que le programme interdisciplinaire suivant fût mis en œuvre au foyer :

Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression et le recours à des interventions efficaces en la matière.

La ou le DIS a fourni à l'inspectrice 550 le programme de soins de la peau et des plaies du foyer intitulé *Skin and Wound Care Program Policies and Procedures* (politiques et marche à suivre du programme des soins de la peau et des plaies). Le programme décrivait les responsabilités et la marche à suivre pour la ou le diététiste agréé, la directrice ou le directeur des soins infirmiers ou bien sa remplaçante ou son remplaçant désigné, le personnel infirmier autorisé et la ou le médecin. Il mentionnait également des directives particulières pour la gestion des différents types de problèmes d'intégrité épidermique.

Comme nous l'indiquons tout au long de ce rapport, on avait déterminé que les personnes résidentes 001, 010 et 018 avaient des types particuliers de problèmes d'intégrité épidermique.

Lors d'un entretien, la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical 120 a indiqué à l'inspectrice que le foyer utilise un traitement déterminé pour deux types particuliers de problèmes d'intégrité épidermique et qu'ils consultent la ou le médecin quand le traitement n'est pas efficace. La ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical 120 n'était pas au courant que le programme des soins de la peau et des plaies du foyer exige qu'il ou elle rédige des ordonnances médicales pour le traitement des plaies, et qu'il ou elle doit documenter le résultat du traitement. Le personnel infirmier autorisé ne l'avait pas informé lorsque le problème d'intégrité épidermique de la personne résidente ne s'était pas amélioré trois à quatre semaines après le début du traitement.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a dit à l'inspectrice être responsable du programme des soins de la peau et des plaies, et qu'en raison de toutes les autres tâches qui lui incombent, la ou le DIS n'avait pas eu le temps de s'assurer que le programme des soins de la peau et des plaies était mis en œuvre au foyer. Il ou elle n'avait pas veillé à ce qu'un suivi hebdomadaire eût lieu avec l'IA/l'IAA conformément à la politique, et à suivre sur une base régulière le processus de guérison de tous les problèmes d'intégrité épidermique. La ou le DIS a examiné le programme des soins de la peau et des plaies avec l'inspectrice et a indiqué que le personnel n'avait pas mis en œuvre ce programme en ne suivant pas les politiques établies,

Comme on l'indique dans le présent rapport aux AE n° 3 et 6, et comme le prouvent les entretiens avec la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical, avec le personnel infirmier autorisé et la ou le DSI, on n'a pas mis en œuvre au foyer les *Skin and Wound Care Program Policies and Procedures* (politiques et marche à suivre du programme des soins de la peau et des plaies). [Alinéa 8 (1)a), alinéa, 8 (1)b)]

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

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme des soins de la peau et des plaies est mis en œuvre au foyer. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10,  
art. 9. Portes**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

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

**Constatations :**

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

Lors de la première visite du foyer le 28 mai 2018, l'inspectrice 550 a remarqué que les portes suivantes étaient déverrouillées :

**Étage inférieur :**

La porte de la dépense/salle d'entreposage à sec était ouverte et déverrouillée. Il n'y avait aucun membre du personnel à l'intérieur, et la salle n'était pas visible de l'intérieur de la cuisine. La personne préposée au service d'alimentation (PSA) 112 est venue fermer la porte et est retournée à la cuisine. L'inspectrice a vérifié de nouveau la porte, et elle était toujours déverrouillée. L'inspectrice est allée voir la ou le PSA 112 à la cuisine, qui a dit à l'inspectrice que la porte de la dépense/salle d'entreposage à sec était toujours déverrouillée, et cette personne est alors allée verrouiller la porte.

La porte de la salle d'entretien et de nettoyage, à côté de la dépense/salle d'entreposage à sec, était déverrouillée et il y avait un écriteau sur la porte indiquant « Fermer la porte – garder verrouillée en tout temps. Santé et sécurité - produits chimiques à l'intérieur ». Il n'y avait pas de personnel à l'intérieur de cette salle, et l'inspectrice a remarqué qu'il y avait dans la salle des outils, de l'équipement, des produits de nettoyage, des panneaux électriques et une chaudière.

**1<sup>er</sup> étage :**

La porte de la lingerie à côté de la salle 107 était déverrouillée.

La porte des toilettes du personnel à côté de la salle d'entreposage du matériel pour les activités était déverrouillée et entrebâillée.

**2<sup>e</sup> étage :**

La porte des toilettes pour les visiteurs, à côté de l'entrepôt des médicaments, était déverrouillée.

**3<sup>e</sup> étage :**

La porte de la salle de stockage du service des activités, à côté du bureau de la directrice ou du directeur des activités, n'était pas verrouillée. Il y avait un écriteau indiquant « Veuillez garder cette porte verrouillée en tout temps ». À l'intérieur de la salle d'entreposage, il y avait des fournitures pour les activités, trois flacons d'insectifuge « Off » en aérosol, et un panneau à disjoncteurs. On avait laissé cette porte ouverte de nouveau le 1<sup>er</sup> juin 2018. L'inspectrice a observé la directrice ou le directeur des activités 101 qui faisait des allées et venues à cette salle d'entreposage à quelques reprises ce jour-là et qui laissait toujours la porte entrebâillée.

Aucun membre du personnel ne supervisait ces portes pendant les observations de l'inspectrice.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur 122 a dit à l'inspectrice que toutes les aires susmentionnées étaient des aires non résidentielles, et qu'elles devaient être gardées fermées et verrouillées en tout temps quand elles n'étaient pas supervisées par du personnel. [Alinéa 9 (1) 2.]

***Autres mesures requises :***

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles soient verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50. Soins de la peau et des plaies**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

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

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

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

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

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

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

**c) l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position visés au paragraphe**

**(1) sont facilement accessibles au foyer s'il en est besoin pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

On avait déterminé que la personne résidente 001 présentait un risque élevé d'avoir des problèmes d'intégrité épidermique d'après une évaluation déterminée.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 et a remarqué, dans l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS) datée d'une certaine date, que l'on mentionnait à la section M que la personne résidente avait deux problèmes d'intégrité épidermique à certains endroits du corps. Une note d'évolution de l'IAA 100 indiquait que la personne résidente avait un nouveau problème d'intégrité épidermique à un endroit particulier du corps que l'IA 128 avait ensuite déterminé comme étant un problème spécifique d'intégrité épidermique. Une autre note d'évolution deux jours plus tard indiquait que la personne résidente avait un problème d'intégrité épidermique à deux différentes parties du corps.

Lors d'un entretien, l'IA 106 a indiqué que les évaluations de la peau effectuées par le personnel infirmier autorisé sont documentées dans les notes d'évolution dans le système de l'assurance-santé. Ils n'utilisent pas d'outil spécifique pour évaluer les problèmes d'intégrité épidermique, et documentent leurs observations dans le système de l'assurance-santé.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers a indiqué à l'inspectrice que lorsqu'une personne résidente a un nouveau problème d'intégrité épidermique, le personnel infirmier autorisé doit évaluer ce problème à l'aide d'un outil d'évaluation déterminé et garder cette évaluation dans les dossiers médicaux de la personne résidente.

Comme le montre ce qui précède, la personne résidente 001 n'a pas été évaluée par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies, lorsque la personne résidente a présenté un nouveau problème d'intégrité épidermique à un endroit particulier du corps à une date déterminée, et un nouveau problème d'intégrité épidermique à un autre endroit du corps. [Sous-alinéa 50 (2)b(i)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente 010 et des documents dans l'évaluation du minimum de données standardisée (MDS), section M, indiquait qu'elle avait un problème d'intégrité épidermique à un certain endroit du corps.

L'IA 106 a dit à l'inspectrice que la personne résidente 010 avait ce problème d'intégrité épidermique depuis longtemps, et l'IA a décrit à l'inspectrice le traitement spécifié pour ce type de problème d'intégrité épidermique. Le personnel infirmier autorisé doit documenter à chaque fois dans les notes d'évolution tout traitement qu'il fait à une personne résidente.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution et a remarqué qu'il n'y avait pas de document indiquant que l'on avait fourni un traitement pour le problème déterminé d'intégrité épidermique de la personne résidente pendant cent deux (102) jours sur les cent neuf (109) jours observés.

À une date déterminée, on avait documenté dans les notes d'évolution qu'une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) avait signalé que la personne résidente se plaignait d'une douleur à un certain endroit du corps, qu'elle avait un problème d'intégrité épidermique à ce même endroit du corps et de continuer la surveillance pour déceler des signes d'infection. Deux jours plus tard, on avait documenté que la personne résidente se plaignait d'une douleur à cette même partie du corps. Il n'y avait pas de document concernant des interventions visant à réduire ou soulager la douleur.

L'inspectrice a examiné les dossiers électroniques d'administration des médicaments et des traitements (eMARs/eTARs) pour la personne résidente 010, et elle a remarqué qu'il n'y avait pas de document concernant le traitement pour le problème d'intégrité épidermique pendant quatre mois consécutifs. Il n'y avait pas de document indiquant que l'on avait administré un analgésique à la personne résidente, bien qu'on lui en eût prescrit un au besoin.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé est tenu de mentionner dans les notes d'évolution chaque fois que l'on fait un traitement à une personne résidente, et que s'il n'y avait pas de document c'était parce que l'on n'avait pas fait de traitement. L'administration d'analgésique est documentée dans le dossier électronique d'administration des médicaments (eMARS) de la personne résidente par le personnel infirmier lors de l'administration.

Comme en témoigne ce qui précède, la personne résidente 010, dont on avait déterminé qu'elle avait un problème d'intégrité épidermique, n'avait pas reçu d'interventions pour réduire ou éliminer la douleur et pour favoriser la guérison, selon ce qui est nécessaire. [Sous-alinéa 50 (2)b)(i)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fît réévaluer au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 et a remarqué, dans l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS) datée d'une certaine date, que l'on mentionnait à la section M que la personne résidente 001 avait un problème d'intégrité épidermique à un endroit du corps et un autre problème déterminé d'intégrité épidermique à un autre endroit du corps. Une note d'évolution de l'IAA 100 indiquait que la personne résidente avait un nouveau problème d'intégrité épidermique à un endroit particulier du corps que l'IA 128 avait ensuite déterminé comme étant un type de problème spécifique d'intégrité épidermique. Une autre note d'évolution deux jours plus tard indiquait que la personne résidente avait un problème d'intégrité épidermique à deux différentes parties du corps.

La documentation dans les notes d'évolution rédigée par l'IA 129 à une certaine date indiquait que le problème d'intégrité épidermique à une partie déterminée du corps de la personne résidente ne s'améliorait pas, et neuf jours plus tard, l'IA 106 avait dit à l'inspectrice que la personne résidente avait à ce moment-là un type déterminé de problème d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps.

Lors d'un entretien, l'IA 106 a indiqué que les personnes résidentes qui ont des problèmes d'intégrité épidermique sont réévaluées au moins une fois par semaine par le personnel infirmier autorisé, et que cette réévaluation est documentée dans les notes d'évolution dans le système de l'assurance-santé. L'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé réévalue les problèmes d'intégrité épidermique de la personne résidente deux fois par semaine le jour de son bain, et qu'il mentionne dans les notes d'évolution une description du problème d'intégrité épidermique.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 001 dans le système MED-e-care pendant quatre mois consécutifs. Il n'y avait pas de document indiquant que l'on avait effectué une réévaluation du problème spécifique d'intégrité épidermique de cette personne résidente pendant cinq (5) des seize (16) semaines examinées.

Comme en témoigne ce qui précède, les problèmes d'intégrité épidermique de la personne résidente 001 n'avaient pas été réévalués au moins une fois par semaine par le personnel autorisé. [Sous-alinéa 50 (2)b)(iv)]

4. Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente et des documents figurant dans l'évaluation du minimum de données standardisées (MDS), section M, indiquait que la personne résidente 010 avait un problème d'intégrité épidermique à un certain endroit du corps.

Lors d'un entretien, l'IA 106 a indiqué que la personne résidente 010 avait ce problème d'intégrité épidermique depuis longtemps, et que toutes les personnes résidentes qui ont des problèmes d'intégrité épidermique sont réévaluées au moins une fois par semaine par le personnel infirmier autorisé, et que cette réévaluation est documentée dans les notes d'évolution dans le système de l'assurance-santé. L'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé réévalue les problèmes d'intégrité épidermique des personnes résidentes deux fois par semaine le jour de leur bain, et qu'il mentionne dans les notes d'évolution une description du problème d'intégrité épidermique.

Cette inspectrice a examiné les notes d'évolution pour la personne résidente 010 dans le système de documentation électronique du foyer pour une durée déterminée. Il n'y avait pas de document indiquant que l'on avait effectué une réévaluation du problème spécifique d'intégrité épidermique de cette personne résidente pendant dix (10) des quinze (15) semaines examinées.

Comme en témoigne ce qui précède, le problème d'intégrité épidermique de la personne résidente 010 n'avait pas été réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel autorisé. [Sous-alinéa 50 (2)b)(iv)]

6. L'inspectrice 550 a examiné la documentation concernant la personne résidente 018 dans l'évaluation du MDS pour une date déterminée. On indiquait que cette personne résidente avait un problème d'intégrité épidermique. Une note d'évolution indiquait à une date déterminée un type différent de problème d'intégrité épidermique à une certaine partie du corps, et ce point a été confirmé lors d'un entretien avec l'IA 104. L'IA 106 et la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical 120 ont indiqué à l'inspectrice lors d'un entretien que le problème d'intégrité épidermique de cette personne résidente était récurrent et concernait la même partie du corps.

L'inspectrice 550 a examiné les notes d'évolution pour la personne résidente 018 pendant une période déterminée de quatorze (14) semaines. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de document indiquant que l'on avait effectué une évaluation du problème d'intégrité épidermique de la personne résidente, à l'exception d'une note indiquant la présence d'un problème d'intégrité épidermique lors de quatre jours déterminés.

L'IAA 104 a indiqué à l'inspectrice que le personnel infirmier autorisé réévalue les problèmes d'intégrité épidermique de la personne résidente deux fois par semaine le jour de son bain, et qu'il mentionne dans les notes d'évolution une description du problème d'intégrité épidermique. L'IA 106 a indiqué que le personnel infirmier autorisé documente la réévaluation des problèmes d'intégrité épidermique dans les notes d'évolution de la personne résidente au moins une fois par semaine.

Comme en témoigne ce qui précède, il n'y avait pas de document indiquant que la plaie de la personne résidente avait été réévaluée chaque semaine par un membre du personnel infirmier autorisé. [Sous-alinéa 50 (2)b)(iv)]

7. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position soient facilement accessibles s'il en est besoin pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison.

On avait déterminé que la personne résidente 001 présentait un risque élevé d'avoir des problèmes d'intégrité épidermique d'après une certaine évaluation effectuée à une date déterminée.

Lors de journées différentes, on avait observé la personne résidente couchée sur un matelas de type ordinaire.

Des documents dans les dossiers médicaux de la personne résidente, des entretiens avec le personnel et la ou le médecin/directrice médicale ou directeur médical 120 indiquaient que la personne résidente avait des problèmes d'intégrité de la peau à une partie déterminée du corps depuis longtemps et que ces problèmes étaient récurrents; ils guérissent puis reviennent. La personne résidente a un certain comportement qui contribue au problème d'intégrité épidermique.

Un entretien avec l'IA 106 indiquait que la personne résidente 001 avait à ce moment-là un type spécifique de problème d'intégrité épidermique à un certain endroit du corps, un autre problème spécifique d'intégrité épidermique à une autre partie du corps et un problème cutané différent à un autre endroit du corps. L'IA et la ou le DSI ont indiqué que cette personne résidente tirerait profit d'un matelas pneumatique offrant un soulagement de la pression, mais qu'il n'y en avait qu'un ou deux au foyer et qu'ils étaient actuellement utilisés par d'autres personnes résidentes. [Alinéa 50 (2)c)]

**Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies, reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire, soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique, et à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position soient facilement accessibles au foyer s'il en est besoin pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85.**

**Sondage sur la satisfaction**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 85. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un sondage soit réalisé au moins une fois par année auprès des résidents et de leur famille pour mesurer leur degré de satisfaction à l'égard du foyer ainsi que des soins, des services, des programmes et des biens qui y sont fournis. 2007, chap. 8, par. 85. (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un sondage soit réalisé au moins une fois par année auprès des personnes résidentes et de leur famille pour mesurer leur degré de satisfaction à l'égard du foyer ainsi que des soins, des services, des programmes et des biens qui y sont fournis.

L'inspectrice 148 s'est entretenue avec la personne résidente 013, présidente ou président identifié du conseil des résidents, qui vivait au foyer depuis de nombreuses années et ne se souvenait pas d'avoir participé à un sondage sur la satisfaction dans le passé. L'inspectrice s'est entretenue avec la directrice ou le directeur des activités 101, qui assure la liaison avec le conseil des résidents. Cette personne a indiqué être au courant que l'on avait envoyé aux membres des familles un sondage sur la satisfaction plus tôt dans l'année, mais ne pas être au courant d'un sondage sur la satisfaction des personnes résidentes.

On a indiqué que le membre du personnel 108 avait des connaissances relatives à l'élaboration et à la distribution du sondage sur la satisfaction. Lors d'une discussion, le membre du personnel 108 et l'administratrice ou l'administrateur 122 ont indiqué que le plus récent sondage sur la satisfaction avait été envoyé aux mandataires spéciaux des personnes résidentes en janvier 2018 par la ou le commis de bureau 111. Le membre du personnel 108 a indiqué que le sondage était conçu pour que les familles le remplissent avec les personnes résidentes, le cas échéant. On a mentionné que l'on n'avait distribué aucun sondage aux personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un sondage des personnes résidentes soit réalisé au moins une fois par année pour mesurer leur degré de satisfaction à l'égard du foyer ainsi que des soins, des services, des programmes et des biens qui y sont fournis. [Paragraphe 85 (1)]

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

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer qu'un sondage soit réalisé au moins une fois par année auprès des personnes résidentes et de leur famille pour mesurer leur degré de satisfaction à l'égard du foyer ainsi que des soins, des services, des programmes et des biens qui y sont fournis. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 90. Services d'entretien**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 90. (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :**

**b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 90 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent que l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état (à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des personnes résidentes).

Lors d'une visite de la salle de bain avec baignoire et douche des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> étages, en compagnie de l'administratrice ou l'administrateur 122, l'inspectrice lui a montré qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la zone de douche de la salle de bain avec baignoire et douche du 2<sup>e</sup> étage. L'administratrice ou l'administrateur a indiqué qu'il y avait déjà eu un appareil noir comme celui qui se trouve à côté de la toilette, mais qu'il avait dû tomber du mur à un certain moment et que personne ne l'avait avisé(e) pour le remplacer. L'inspectrice 550 a activé la sonnette d'appel située sur le mur à côté de la zone de douche dans la salle de bain avec baignoire et douche du 3<sup>e</sup> étage, et la sonnette d'appel n'a pas fonctionné. L'administratrice ou l'administrateur a entrepris d'activer la même sonnette d'appel sans résultat, a alors enlevé le couvercle de l'appareil, et dit à l'inspectrice que les piles devaient avoir expiré.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il n'y avait pas de marches à suivre élaborées ou en mises en place pour veiller à ce que ces appareils soient en place et fonctionnels. Les PSSP doivent l'informer lorsqu'il manque des appareils ou lorsqu'ils ne fonctionnent pas afin que l'on puisse les réparer ou les remplacer, mais personne n'avait informé l'administratrice ou l'administrateur de ces lacunes. [Alinéa 90 (2)b]

**Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que des marches à suivre sont élaborées et mises en œuvre pour veiller à ce que l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 110. Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 110. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 ou 36 de la Loi :**

**1. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (1).**

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

**5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

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

**6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

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

**7. Tout dégageement de l'appareil et tout changement de position. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

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

**8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant.

L'inspectrice 148 a observé les personnes résidentes 021 et 022 qui avaient chacune une ceinture abdominale pendant qu'elles étaient assises dans un fauteuil roulant. Des observations, un examen des dossiers médicaux et des entretiens avec le personnel ont confirmé l'utilisation des ceintures abdominales comme moyens de contention. Pendant les observations des 29, 30 et 31 mai 2018, on a remarqué que les ceintures étaient lâches et que l'on pouvait les tirer à plusieurs pouces du corps de la personne résidente.

Le 29 mai 2018, l'inspectrice a attiré l'attention de l'IAA 100 sur la ceinture abdominale lâche de la personne résidente 021, l'IAA a estimé que la ceinture était mise correctement. Le 30 mai, la ou le PSSP 102 a estimé que la ceinture était lâche, mais a nuancé son propos en indiquant que la personne résidente continue de tirer pour la relâcher et que la ceinture ne reste pas ajustée au corps de la personne résidente. À la même date, on a désigné la directrice ou le directeur des activités 101 comme étant la ou le responsable pour l'utilisation des appareils au foyer. Lors de l'examen de la ceinture abdominale pour la personne résidente 021, le membre du personnel 101 a essayé de boucler la sangle de la ceinture afin de mieux gérer l'aptitude de la personne résidente à tirer pour desserrer la ceinture. Lors d'observations de la personne résidente plus tard dans la journée du 30 mai, et lors des observations du 31 mai 2018, on remarquait que la ceinture était ajustée au corps de la personne résidente, sans jeu excessif. Le membre du personnel 101 a indiqué à l'inspectrice qu'une personne de la compagnie Motion Specialties avait vu la personne résidente 021 dans l'après-midi du 30 mai et avait mis une nouvelle attache de verrouillage à l'un des côtés de la sangle de la ceinture abdominale pour empêcher qu'elle se desserre. Le membre du personnel 101 a indiqué que l'on avait recours à la ceinture abdominale pour la personne résidente 021 depuis son admission, raison pour laquelle on avait identifié les problèmes d'ajustement de la ceinture, néanmoins le membre du personnel 101 n'a pas pu prouver quelles mesures avaient été prises pour veiller à ce que la ceinture abdominale de la personne résidente 021 fût appliquée correctement. Le membre du

personnel 101 a indiqué ne pas avoir accès aux instructions du fabricant pour la ceinture de la personne résidente 021, il a toutefois indiqué que la ceinture devrait être ajustée au corps de la personne résidente 021 en ne laissant que la largeur d'une main entre la ceinture et le corps.

Le 31 mai 2018, l'inspectrice a attiré l'attention du membre du personnel 101 sur la ceinture abdominale lâche de la personne résidente 022. Le membre du personnel 101 a fait le réglage de la ceinture et indiqué, au personnel des services de soutien à la personne qui était présent, la nécessité de veiller à ce que la ceinture soit mise correctement, notamment qu'elle doit être ajustée au corps de la personne résidente. L'inspectrice a remarqué qu'après l'ajustement, la ceinture abdominale s'adaptait au corps de la personne résidente sans excès de jeu. Le membre du personnel 101 a localisé le mode d'emploi; il indiquait que la ceinture abdominale doit être portée bien ajustée en tout temps au niveau du petit bassin ou des cuisses. [Alinéa 110 (1) 1.]

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

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131. Administration des médicaments**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

### **Constatations :**

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

Dans le cadre du processus d'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, l'inspectrice 550 a examiné les incidents liés à des médicaments pendant trois mois consécutifs de 2018. Il y avait trois incidents liés à des médicaments documentés comme suit :

On avait documenté dans un rapport d'incident lié à des médicaments que l'on n'avait pas administré la veille à la personne résidente 016 un certain médicament à une heure déterminée; on avait trouvé qu'il était toujours dans son emballage original dans un endroit du chariot de médicaments.

On avait documenté, dans un rapport d'incident lié à des médicaments, qu'à une date déterminée trois jours auparavant, on avait prescrit à la personne résidente 027 un médicament à un certain dosage, à administrer trois fois par jour pendant une durée déterminée. Le même jour, la ou le médecin avait dit à l'IA 125 par ordre téléphonique de changer le premier médicament pour un autre au même dosage. La ou le médecin n'avait pas précisé la fréquence d'administration et l'IA n'avait pas élucidé ce point avec la ou le médecin. La personne résidente 027 avait reçu pendant trois jours le bon médicament au bon dosage, mais à une mauvaise fréquence, jusqu'à ce que l'IA 125 découvre l'erreur le quatrième jour et appelle la ou le médecin. Le nouveau médicament aurait dû être administré deux fois par jour et il l'avait été trois fois. La ou le médecin avait alors fourni un nouvel ordre pour le même médicament.

On avait documenté, dans le rapport d'incident lié à des médicaments daté du 2 janvier 2018, que l'on avait prescrit à la personne résidente 028 un certain médicament à un dosage déterminé avec l'ordre d'administrer un comprimé au coucher. En signant pour attester son administration dans le eMARS, l'IAA 126 a remarqué que l'on avait administré deux comprimés au lieu d'un conformément à l'ordre de la ou du médecin.

La ou le DSI 116 a indiqué à l'inspectrice 550 que l'on n'avait pas administré aux personnes résidentes 016, 027 et 028 leurs médicaments conformément aux directives de la ou du médecin. [Paragraphe 131 (2)]

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

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments sont administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135.**

**Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

- a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).**
- b) d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).**

**Par. 135. (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

- a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments sont documentés, examinés et analysés; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**
- b) les mesures correctrices nécessaires sont prises; règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**
- c) est consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (2).**

**Par. 135. (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

- a) un examen trimestriel est entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**
- b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen sont mises en œuvre; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**
- c) est consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente et chaque réaction indésirable à un médicament soient :
  - a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente étant également consignées dans un dossier;
  - b) d'autre part, rapportés à la personne résidente, à sa ou son mandataire spécial, s'il en a un, à la directrice ou au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, à la directrice médicale ou au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, à la ou au médecin traitant de la personne résidente ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente et au fournisseur de services pharmaceutiques.

L'inspectrice 550 a examiné les rapports d'incident lié à des médicaments pendant trois mois déterminés de 2018 et elle a remarqué qu'il y a eu trois incidents liés à des médicaments comme suit :

On n'avait pas administré à la personne résidente 016 un certain médicament à une heure déterminée de la journée; on l'avait trouvé toujours dans son emballage original dans le chariot de médicaments.

À une date déterminée, on avait prescrit à la personne résidente 027 un médicament d'un certain dosage, à administrer trois fois par jour pendant une durée déterminée. Le même jour, la ou le médecin avait dit à l'IA 125 par ordre téléphonique de changer le premier médicament pour un autre au même dosage. La ou le médecin n'avait pas précisé la fréquence d'administration et l'IA n'avait pas élucidé ce point avec la ou le médecin. La personne résidente 027 avait reçu pendant trois jours le bon médicament au bon dosage, mais à une mauvaise fréquence, jusqu'à ce que l'IA 125 découvre l'erreur le quatrième jour et appelle la ou le médecin. Le nouveau médicament aurait dû être administré deux fois par jour et il l'avait été trois fois.

On avait prescrit à la personne résidente 028 un certain médicament à un dosage déterminé avec l'ordre d'administrer un comprimé au coucher. En signant pour attester l'administration du médicament dans le eMARS, l'IAA 126 a remarqué que l'on avait administré deux comprimés au lieu d'un conformément à l'ordre de la ou du médecin.



La ou le DSI a indiqué à l'inspectrice que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente sont documentées dans les notes d'évolution de la personne résidente dans le logiciel PointClickCare (PCC). Les notifications à la personne résidente, à sa ou son MS, à la ou au DSI et à la directrice médicale ou au directeur médical/personne autorisée à prescrire le médicament/médecin traitant de la personne résidente (qui sont tous la même personne dans ce foyer) sont documentées dans le rapport d'incident lié à des médicaments en cochant la case pertinente. Le fournisseur de services pharmaceutiques est avisé lors de la réunion trimestrielle du conseil consultatif professionnel sauf si c'est nécessaire de le faire plus tôt. Tous les trois incidents liés à des médicaments et les notes d'évolution ont été examinés avec la ou le DSI :

Personne résidente 016 : il n'y avait pas de document, dans les notes d'évolution ou dans le rapport d'incident lié à des médicaments, indiquant les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente.

Personne résidente 027 : il n'y avait pas de document, dans les notes d'évolution ou dans le rapport d'incident lié à des médicaments, indiquant que l'on avait avisé la personne résidente ou bien la ou le MS des mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente.

Personne résidente 028 : il n'y avait pas de document, dans les notes d'évolution ou dans le rapport d'incident lié à des médicaments, indiquant les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers a dit à l'inspectrice que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé des personnes résidentes 016, 027 et 028 n'avaient pas été documentées. On n'avait pas avisé la personne résidente 027 et la ou le MS de l'incident lié à des médicaments.  
[Paragraphe 135 (1)]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qui suit :

- a) tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments sont documentés, examinés et analysés;
- b) les mesures correctrices nécessaires sont prises;
- c) est consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b).

Lors d'un examen des rapports d'incident lié à des médicaments pour la période de janvier, février et mars 2018, la ou le DSI a indiqué à l'inspectrice 550 revoir les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments, les analyser et prendre des mesures correctives dès leur réception, documenter ces mesures dans le rapport d'incident lié à des médicaments et signer les rapports.

L'inspectrice a remarqué que l'analyse des incidents pour les personnes résidentes 027 et 028 n'était pas documentée dans les rapports d'incident lié à des médicaments, et que les mesures correctrices n'étaient pas documentées dans le rapport pour la personne résidente 027. Les deux rapports d'incident étaient signés par la ou le DSI. La ou le DSI a dit à l'inspectrice ne pas avoir rempli ni documenté une analyse de l'incident pour les personnes résidentes 027 et 028 et ne pas avoir non plus pris des mesures correctives et ne pas les avoir documentées pour l'incident mettant en cause la personne résidente 027. [Paragraphe 135 (2)]

3. 2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce :

- a) qu'un examen trimestriel soit entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence,
- b) que les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen soient mises en œuvre,
- c) que soit consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b).

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué à l'inspectrice que tous les incidents liés à des médicaments font l'objet d'un examen trimestriel lors de la réunion de leur conseil consultatif professionnel afin d'identifier toute tendance, de réduire et prévenir les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments. Tout changement et toute amélioration identifiés sont mis en œuvre, et cette mesure est documentée dans le procès-verbal de chaque réunion.

L'inspectrice a examiné le procès-verbal de la dernière réunion trimestrielle du conseil consultatif professionnel qui s'est tenue le 28 mai 2018 et qui incluait les incidents liés à des médicaments pour le trimestre de janvier à mars 2018. Bien qu'il y eût des documents expliquant en quoi consistaient les trois incidents susmentionnés liés à des médicaments dont nous avons parlé dans les constatations précédentes, l'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de document indiquant que l'on avait effectué un examen des incidents et que les changements et les améliorations identifiés avaient été mis en œuvre. La ou le DSI n'a pas été en mesure de fournir de documents pour indiquer que cela avait été fait. [Paragraphe 135 (3)]



**Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que chaque incident lié à des médicaments mettant en cause une personne résidente et chaque réaction indésirable à un médicament soient a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente étant également consignées dans un dossier, et d'autre part, rapportés à la personne résidente, à sa ou son mandataire spécial, si elle en a un, à la directrice ou au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, à la directrice ou au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, à la ou au médecin traitant de la personne résidente ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente et au fournisseur de services pharmaceutiques, tous les incidents liés à des médicaments et toutes les réactions indésirables à des médicaments sont documentés, examinés et analysés et les mesures correctrices nécessaires sont prises, on conserve ce qui est consigné dans un dossier, et un examen trimestriel est entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence, les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen sont mises en œuvre, et sont consignées dans un dossier. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 47. Qualités des préposés aux services de soutien personnel**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 47. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, à compter du 1er janvier 2016, chaque personne qu'il embauche comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre :**

- a) ait terminé avec succès un programme à l'intention des préposés aux services de soutien personnel qui satisfait aux exigences du paragraphe (2);**
- b) lui ait fourni une preuve d'obtention de diplôme délivrée par le fournisseur du programme d'enseignement. Règl. de l'Ont. 399/15, art. 1.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne qu'il embauche comme personne préposée aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre, ait terminé avec succès un programme à l'intention des personnes préposées aux services de soutien personnel qui satisfasse aux exigences du paragraphe (2).

Cette inspection concerne le registre n° 004769-18.

Cette constatation de non-conformité concerne une plainte pour l'exercice 2013-2014. Pendant cette période, le Règl. de l'Ont. 79/10 (période de codification du 17 décembre 2012 au 25 mai 2015), par. 47 (1) indiquait :

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, à compter du premier anniversaire du jour de l'entrée en vigueur du présent article, chaque personne qu'il embauche comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre, ait terminé avec succès un programme à l'intention des préposés aux services de soutien personnel qui satisfait aux exigences du paragraphe (2).

À la suite de l'examen des rapports annuels de 2013 et de 2014 effectué par la Direction de la gestion des finances en décembre 2017, on avait reçu une plainte émanant de la Direction et concernant des préoccupations à l'égard du fait que le personnel de la buanderie remplaçait les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) pendant les pauses.

L'inspectrice 550 a eu un entretien avec l'auxiliaire de buanderie (AB) 123. L'AB a indiqué à l'inspectrice travailler au foyer en qualité d'auxiliaire de buanderie depuis 2009, et travailler de 19 à 24 heures en semaine et de 17 à 23 heures en fin de semaine. L'AB a dit à l'inspectrice ne s'être jamais attendu(e) à remplacer les PSSP pendant leur pause quand l'AB travaillait comme auxiliaire de buanderie au foyer, mais qu'à quelques reprises on lui avait demandé de faire du travail de PSSP après la fin de son quart de travail à la buanderie lorsqu'une ou un PSSP ne se présentait pas au travail et qu'il n'y avait personne pour assurer son remplacement. Cela s'est produit en 2013-2014, et l'AB a indiqué que ses tâches en tant que PSSP consistaient notamment à fournir des soins personnels aux personnes résidentes, comme changer les culottes d'incontinence, s'occuper de l'élimination et de la propreté, fournir des soins périnéaux et changer de position les personnes résidentes. L'AB 123 a dit à l'inspectrice ne pas avoir d'attestation de formation de PSSP ni d'autres cours de formation en rapport avec ce poste.

L'inspectrice a eu un entretien avec l'auxiliaire de buanderie (AB) 124. L'AB a indiqué avoir travaillé au foyer comme AB en 2013 et 2014, et ne s'être jamais attendu(e) à remplacer des PSSP pendant leur pause. Quand l'AB livrait le linge aux étages entre 22 et 23 heures, on s'attendait à ce qu'il ou elle réponde aux sonnettes d'appel le cas échéant, et avise le personnel pertinent des besoins de la personne résidente. L'AB ne fournissait aucun soin aux personnes résidentes. L'AB 124 a dit à l'inspectrice n'avoir jamais travaillé comme PSSP dans le foyer.

L'inspectrice a examiné, avec l'aide du membre du personnel des ressources humaines 108, les plannings du personnel et les fiches de présence du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014. On indiquait que l'AB 123 avait travaillé comme PSSP et avait reçu une rémunération de PSSP aux dates suivantes :

10 mai 2013 : 7,5 h.

21 mai 2013 : 1,5 h.

12 juillet 2013 : 7,5 h.

31 août 2013 : 7,5 h.

17 septembre 2013 : 5,5 h.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur a dit à l'inspectrice que l'on avait demandé à quelques reprises à l'AB 123 de faire des remplacements de postes de PSSP quand ils étaient à court de personnel. L'administratrice ou l'administrateur a indiqué que cela faisait partie de la routine des AB de remplacer les PSSP pendant leur pause, bien que l'administratrice ou l'administrateur n'eût pas été en mesure de fournir de document.

Comme le montre ce qui précède, l'AB 123 a travaillé comme PSSP au foyer sans avoir les qualifications requises. [Paragraphe 47 (1)]

---

**AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 66. Responsable désigné**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 66. (2) Le responsable désigné doit :**

**a) d'une part, être titulaire d'un diplôme ou d'un grade d'études postsecondaires, décerné par un collège communautaire ou une université, en sciences du loisir, en loisirs thérapeutiques, en kinésiologie ou dans un autre domaine connexe;**

**Règl. de l'Ont. 79/10, par. 66 (2).**



**b) d'autre part, avoir au moins un an d'expérience dans le domaine des soins de santé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 66 (2).**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la ou le responsable désigné pour les activités récréatives et sociales doive :

a) d'une part, être titulaire d'un diplôme ou d'un grade d'études postsecondaires, décerné par un collège communautaire ou une université, en sciences du loisir, en loisirs thérapeutiques, en kinésiologie ou dans un autre domaine connexe.

Cette inspection concerne le registre n° 004769-18.

À la suite de l'examen des rapports annuels de 2013 et de 2014 effectué par la Direction de la gestion des finances en décembre 2017, on avait reçu une plainte émanant de la Direction au sujet des qualifications de la directrice ou du directeur des activités du foyer Sarsfield Colonial Home. La Direction faisait état de préoccupations à l'égard des qualifications de la directrice ou du directeur des activités qui travaillait également comme superviseure ou superviseur du service d'alimentation.

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur des activités 101 a indiqué à l'inspectrice 550 occuper cette fonction au foyer depuis septembre 2011. Du 22 octobre 2013 au 26 octobre 2014, cette personne était partie en congé parental et avait été remplacée par la superviseure ou le superviseur du service d'alimentation (SSA). Pendant cette période, la ou le SSA a travaillé deux jours par semaine en qualité de SSA et trois jours par semaine en qualité de directrice ou directeur des activités.

L'administratrice ou l'administrateur 122 a dit à l'inspectrice 550 lors d'un entretien que la directrice ou le directeur des activités avait quitté le foyer un mois plus tôt que ce qui était initialement prévu pour son congé parental. Parce qu'ils avaient eu une mauvaise expérience avec la personne qu'ils avaient embauchée pour remplacer la directrice ou le directeur des activités avant le congé parental, ils avaient décidé de ne pas recruter quelqu'un pour ce poste, car c'était un poste temporaire pour une année. Ils ont offert le poste à la superviseure ou au superviseur du service d'alimentation qui travaillait déjà deux jours par semaine au foyer et qui a accepté. L'administratrice ou l'administrateur 122 a dit à l'inspectrice que la ou le SSA n'avait pas de diplôme ni de grade d'études postsecondaires en sciences du loisir ou dans un autre domaine connexe.

Comme le montre ce qui précède, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour la période d'octobre 2013 à octobre 2014, la directrice ou le directeur des activités eût les qualités requises. [Alinéa 66 (2)a]

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 73.**

### **Qualités requises du personnel**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que tout le personnel du foyer, y compris les personnes visées aux articles 70 à 72 :**

- a) d'une part, possèdent les compétences et les qualités requises appropriées pour exercer leurs fonctions;**
- b) d'autre part, possèdent les qualités requises que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, art. 73.**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas spécifiquement veillé à ce que tout le personnel du foyer : possède les compétences et les qualités requises appropriées pour exercer ses fonctions.

Cette constatation concerne les qualifications de la coordonnatrice ou du coordonnateur du RAI pour le foyer.

La politique du MSSLD intitulée « FINANCEMENT - RESIDENT ASSESSMENT MINIMUM DATA SET 2.0 » entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013 indiquait à la page 6 : « Chaque foyer de soins de longue durée qui met en œuvre le RAI-MDS doit choisir un(e) professionnel(le) des soins de santé autorisé(e) ou un membre d'une profession de la santé réglementée pour occuper le poste de coordonnateur ou coordonnatrice du RAI-MDS. « Voici les exigences, qualifications et responsabilités pour ce poste :

« Exigences

« Être un(e) professionnel(le) des soins de santé autorisé(e) ou membre d'une profession de la santé réglementée (y compris travailleur ou travailleuse social(e)), et être agréé(e) ou autorisé(e) à exercer à ce titre en Ontario.

« Posséder au moins trois années d'expérience clinique, en direction de projet ou en gestion.

« De préférence, faire partie du personnel interne, connaître les membres de l'équipe interdisciplinaire ainsi que les politiques d'évaluation et les processus de planification des soins du foyer. »

Au cours de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes, l'inspectrice 550 a remarqué des erreurs, faites par la coordonnatrice ou le coordonnateur 114 du RAI-MDS, dans le codage de certains domaines pour les personnes résidentes 001 et 010.



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

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

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

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

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur 122 a indiqué à l'inspectrice que l'on avait embauché la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS 114 le 15 mai 2017. L'administratrice ou l'administrateur n'a pas été en mesure de fournir de document confirmant que la coordonnatrice ou le coordonnateur 114 du RAI-MDS était à l'heure actuelle membre d'une profession de la santé réglementée, et agréé ou autorisé à exercer à ce titre. [Article 73]

---

**Émis le 11 octobre 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 destinée au public**

---

**Nom de l'inspectrice (n°) :** JOANNE HENRIE (550), AMANDA NIXON (148)

**N° de l'inspection :** 2018\_619550\_0009

**N° de registre :** 010358-18

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

**Date du rapport :** 1<sup>er</sup> octobre 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 :  
ou de l'administrateur :** 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)

**Aux termes :**

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

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 17 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10.

En particulier, le titulaire de permis doit veiller à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel :

- dans la salle de bain avec baignoire et douche de l'ensemble des trois étages permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
- est disponible dans la zone de douche du 2<sup>e</sup> étage;
- indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

En outre, le titulaire de permis doit mettre en œuvre un processus de surveillance pour veiller à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit maintenu en bon état.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas spécifiquement veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel :
  - c) permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
  - d) soit accessible à partir de chaque salle de bain et salle de douche qu'utilisent les personnes résidentes;
  - f) indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.

Aux fins du présent rapport, le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel est également appelé système d'appels.

Lors de la visite initiale du foyer, l'inspectrice 550 a remarqué ce qui suit dans les salles de bain avec baignoire et douche de tous les trois étages où se trouvent des personnes résidentes :

Salle de bain du 1<sup>er</sup> étage avec baignoire et douche :

L'inspectrice 550 a remarqué de petits appareils noirs sur les murs qui ressemblaient à une sonnette; il y en avait un à côté de la zone de douche et un à côté de la toilette. La ou le PSSP 119 a dit à l'inspectrice que l'on devait les utiliser pour avertir le personnel que l'on avait besoin d'assistance. L'inspectrice a appuyé sur le bouton de l'appareil situé à côté de la toilette et cela a activé une alarme. L'annonceur indiquait « alarme porte d'entrée du bâtiment, alarme bouton d'alarme spa 1<sup>er</sup> étage ». L'inspectrice a appuyé sur ce même bouton pour annuler l'appel et l'alarme n'a pas été annulée. La ou le PSSP 119 ne savait pas comment annuler cette alarme, et a dit à l'inspectrice d'essayer d'appuyer sur le bouton, ce que l'inspectrice a fait de nouveau, et cela n'annulait toujours pas l'alarme, même après avoir appuyé à quelques reprises. La ou le PSSP a indiqué que peut-être il fallait l'annuler au bureau des soins infirmiers, et il ou elle est allé ensuite au poste infirmier où il y avait sur le mur une console avec un pavé numérique. La ou le PSSP a tenté d'annuler l'alarme en entrant un code, et cela n'a pas fonctionné. La ou le PSSP a ensuite demandé à la coordonnatrice ou au coordonnateur du RAI qui était à proximité s'il ou elle connaissait le code pour annuler l'alarme provenant de la salle de bain. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a dit ne pas le savoir avec certitude et a essayé un code qui a annulé l'alarme.

Salle de bain du 2<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche :

L'inspectrice 550 a remarqué qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la zone de douche de cette salle de bain. Le même appareil noir que celui de la salle de bain du premier étage avec baignoire et douche se trouvait sur le mur à côté de la

**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*

toilette, et l'inspectrice a poussé le bouton pour activer l'alarme. Une alarme a retenti et un annonceur indiquait « alarme porte d'entrée du bâtiment, alarme », l'inspectrice n'a pas pu entendre le reste du message, car le son de l'alarme était très fort. La ou le PSSP 121 a indiqué à l'inspectrice que c'était l'alarme de la porte de l'étage inférieur et il ou elle est parti pour s'occuper de l'alarme. L'inspectrice a pris l'escalier pour se rendre à l'étage inférieur et a remarqué à l'entrée principale un membre du personnel masculin qui essayait d'annuler l'alarme à cette porte. Alors que l'inspectrice poursuivait son chemin vers l'étage inférieur, l'alarme a été annulée. L'inspectrice a rencontré la ou le PSSP 121 dans le couloir de l'étage inférieur qui lui a dit que l'alarme provenait de la porte d'entrée du personnel située à l'extrémité du couloir. L'annonceur n'avait pas fourni l'emplacement exact de l'endroit d'où provenait l'alarme.

Salle de bain du 3<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche :

L'inspectrice 550 a appuyé sur l'appareil noir sur le mur à côté de la toilette. L'alarme a retenti et l'annonceur indiquait le même message que pour la salle de bain du 2<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche. L'inspectrice n'a pas été en mesure d'annuler l'alarme au point d'activation, elle a dû être annulée à la console qui se trouvait sur le mur de l'autre côté du couloir à côté d'un bureau.

L'inspectrice, accompagnée de l'administratrice ou l'administrateur 122, a fait une visite de la salle de bain avec baignoire et douche de chaque étage. Au cours de cette observation subséquente, on ne pouvait pas annuler au point d'activation les sonnettes d'appel des salles de bain avec baignoire et douche. On ne pouvait les annuler qu'en entrant un code sur la console située sur le mur du couloir en face des salles de bain avec baignoire et douche. L'administratrice ou l'administrateur a remarqué que le message de l'annonceur ne donnait pas des directives claires pour indiquer d'où provenait l'alarme, et il ou elle a dit devoir appeler l'entreprise de réparation. L'administratrice ou l'administrateur a également remarqué qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la zone de douche de la salle de bain du deuxième étage avec baignoire et douche.

Comme le prouve ce qui précède, on ne pouvait pas annuler au point d'activation les sonnettes d'appel des salles de bain avec baignoire et douche de tous les trois étages. Il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la zone de douche de la salle de bain du 2<sup>e</sup> étage avec baignoire et douche, et les sonnettes d'appel n'indiquaient pas clairement d'où le signal provenait quand on les activait.

**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

Nous avons déterminé que la gravité de ce problème était de niveau 2, car il y avait un préjudice potentiel pour les personnes résidentes. L'étendue du préjudice était de niveau 2, ce qui dénotait une tendance, car la non-conformité concerne le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans la salle de bain avec baignoire et douche de chaque unité. Les antécédents de non-conformité sont de niveau 4, car des ordres de non-conformité au paragraphe 15 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10 ont été émis comme suit :

- Ordre de conformité émis le 23 juin 2017 à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017\_619550\_0015 avec date de conformité au 21 septembre 2017,
- Ordre de conformité émis le 8 mars 2017, à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017\_548592\_0005 avec date de conformité au 12 mai 2017,
- Plan de redressement volontaire émis le 1er décembre 2016 à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2016\_219211\_0023. (550).

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 6 décembre 2018**

---

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

**Lien vers ordre existant :** 2018\_617148\_0002, OC n° 001;

**Aux termes :**

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

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 15 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10. En particulier, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

- 1) les systèmes de lit sont évalués conformément aux pratiques fondées sur des données probantes afin d'assurer qu'ils soient réévalués lorsqu'ils font l'objet de modifications. Pour ce qui concerne les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, il faut évaluer toutes les positions intermédiaires et documenter les résultats des tests particuliers à une zone;
- 2) une équipe interdisciplinaire effectue et documente toutes les évaluations des personnes résidentes, notamment l'évaluation des risques et des avantages conformément aux pratiques couramment admises. Les évaluations des personnes résidentes par l'équipe interdisciplinaire doivent être effectuées avant le recours aux côtés de lit;
- 3) le programme de soins écrit de chaque personne résidente qui utilise des côtés de lit est fondé sur une évaluation de la personne résidente et il fournit des directives claires au personnel concernant l'utilisation des côtés de lit.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit étaient utilisés, l'on évalue les personnes résidentes et leur système de lit conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour la personne résidente, et que des mesures soient prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes et des autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité.

Le 6 février 2018, on a signifié au titulaire de permis un ordre de conformité en application du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1) à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2018\_617148\_0002. 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 s'être conformé à l'ordre de conformité au plus tard le 11 mai 2018.

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

1. Réévaluer tous les systèmes de lit dans lesquels on utilise des côtés de lit dans le foyer, conformément à 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). Pour ce qui concerne les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, on doit évaluer toutes les positions intermédiaires;
2. Instaurer et mettre en œuvre un processus pour s'assurer de remédier immédiatement à n'importe quelle défaillance d'un système de lit. Documenter les mesures correctives qui sont prises.
3. Tenir à jour un inventaire des systèmes de lit qui comprend tous les renseignements identifiants pertinents pour chaque système de lit en usage pour chaque personne résidente. Veiller à ce que l'on effectue au besoin une réévaluation des systèmes de lit.
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 du FDA.
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 mentionne les éventuelles interventions ou modifications en matière de soins médicaux ou infirmiers et au niveau de l'environnement, qui peuvent servir de solution de rechange à l'utilisation de côtés de lit.

7. Concevoir et mettre en œuvre un processus de vérification continue pour veiller à satisfaire à toutes les exigences de cet ordre de conformité.

On a initialement observé, à une certaine date et pendant le reste de l'inspection, que les personnes résidentes 001, 003, 004, 007, 012, 014, 016, 025 et 026 utilisaient des côtés de lit. Voici un résumé de l'examen des dossiers médicaux, des observations et des entretiens avec le personnel concernant l'utilisation des côtés de lit :

Personne résidente 001 - on a remarqué qu'elle avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance en position de garde quand elle était au lit. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilise les côtés de lit pour sa mobilité dans le lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins indiquait qu'elle utilisait des côtés de lit pour l'aider à changer de position quand elle était au lit.

Personne résidente 003 - avait fait deux chutes identifiées en tombant de son lit pendant une période déterminée, et l'on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilisait le côté de lit pour changer de position quand elle était au lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences en matière d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance et devait avoir un côté de lit en position élevée compte tenu du risque de chutes et pour changer de position dans le lit.

Personne résidente 004 - avait un matelas pneumatique et l'on remarquait qu'elle avait deux côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance, un en position de garde et un en position d'assistance. Le personnel a indiqué que la personne résidente n'était pas en mesure d'utiliser les côtés de lit et que les deux côtés de lit étaient utilisés à la demande de la famille. Le personnel a indiqué que les deux côtés de lit étaient placés en position de garde quand la personne résidente était au lit. Le programme de soins indiquait que la personne résidente ne satisfaisait pas aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance.

**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*

Personne résidente 007 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilisait le côté de lit pour l'aider à s'asseoir dans le lit quand elle était allongée. La personne résidente a exprimé le désir d'avoir le côté de lit, mais n'était pas en mesure d'en indiquer l'utilisation. Le programme de soins indique que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance. Le programme de soins mentionnait l'utilisation d'un côté de lit à des fins de mobilité dans le lit ainsi que pour le confort émotionnel et la sécurité de la personne résidente.

Personne résidente 012 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif aux fins d'assistance en position d'assistance quand elle était au lit. Le personnel de jour a indiqué que la personne résidente utilisait le côté de lit en position d'assistance pour l'aider dans les transferts pour se mettre au lit et en sortir. Le personnel du soir a indiqué que la personne résidente utilise le côté de lit en position d'assistance et en position de garde; elle l'utilise en position d'assistance pour changer de position, et en position de garde pour la mobilité dans le lit quand elle est au lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance et d'utilisation des côtés de lit pour changer de position dans le lit.

Personne résidente 014 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel indiquait que la personne résidente utilise le côté de lit en position d'assistance et en position de garde; elle l'utilise en position d'assistance pour changer de position, et en position de garde pour la mobilité dans le lit quand elle est au lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins indiquait qu'un côté de lit servait à l'aider à changer de position ainsi que pour son confort émotionnel et sa sécurité.

Personne résidente 016 - on remarquait qu'elle avait un côté de lit rotatif en position d'assistance. Le personnel a indiqué que le côté de lit est placé en position de garde quand la personne résidente est au lit pour l'aider à changer de position. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, aux rubriques « transfert, mobilité dans le lit et chutes », mentionnait l'utilisation d'un côté de lit. Le programme de soins, aux rubriques « sommeil et contentions », mentionnait l'utilisation de deux côtés de lit à des fins de sécurité.

**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*

Personne résidente 025 - avait des antécédents de chutes et l'on remarquait qu'elle avait un côté de lit en position d'assistance quand elle était au lit. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilise le côté de lit afin de l'aider dans les transferts pour sortir du lit. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire du côté de lit pour les transferts et la mobilité au lit.

Personne résidente 026 - avait des antécédents de chutes et on remarquait que son système de lit avait un côté de lit rotatif aux fins d'assistance en position de garde. Le personnel a indiqué que la personne résidente utilisait les côtés de lit pour changer de position. La personne résidente n'était pas en mesure de décrire l'utilisation du côté de lit. Le programme de soins, à la rubrique « chutes », indiquait que la personne résidente satisfaisait aux exigences d'utilisation sécuritaire des côtés de lit d'assistance et devait avoir un côté de lit en position élevée en raison du risque de chutes.

On indiquait que la directrice ou le directeur des soins infirmiers et la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI étaient les deux principaux responsables de l'évaluation des personnes résidentes exigée par le paragraphe 15 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 et par l'ordre de conformité du 6 février 2018.

L'inspectrice 148 s'est entretenue le 5 juin 2018 avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI, qui a mentionné deux nouveaux outils élaborés pour l'évaluation des côtés de lit des personnes résidentes. Le premier s'intitulait *Assisting Rail and Bed Entrapment Risk Assessment (Risk Assessment)* [évaluation des côtés de lit d'assistance et du risque de coincement (évaluation des risques)], et le deuxième *7 Day Bed Safety Assessment/Bed Entrapment Record* (dossier d'évaluation de la sécurité des lits/des coincements sur une période de 7 jours). La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a dit que le personnel infirmier remplit le dossier des observations pendant 7 jours, et qu'ensuite la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI remplit le document d'évaluation des risques. Quand toutes les données sont recueillies, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) discutent des constatations et décident si la personne résidente peut utiliser les côtés de lit. L'inspectrice a demandé des copies des évaluations de personnes résidentes pour celles qui faisaient partie de l'échantillon susmentionné. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a dit

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

que l'on n'avait pas fait d'évaluations pour les personnes résidentes qui habitaient auparavant au foyer, seulement pour les personnes résidentes nouvellement admises. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a indiqué qu'une certaine personne résidente était la première pour laquelle on avait entrepris une évaluation. On expliquait que la période d'observation de 7 jours était terminée et que l'on avait rempli le formulaire d'évaluation des risques, mais qu'il n'y avait pas eu de discussion avec la ou le DSI au sujet des données recueillies. En outre, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a exprimé l'opinion que les outils d'évaluation n'étaient pas clairs, et qu'il ou elle avait des questions pour la ou le DSI concernant la mise en œuvre des outils. Lors de la discussion sur les outils, la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI n'a pas été en mesure de définir si l'on avait examiné les avantages ou si l'on documenterait une évaluation des risques et des avantages.

L'inspectrice a discuté de l'évaluation des personnes résidentes nouvellement admises avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI, qui a indiqué que lors de l'admission on avait un échange de vues avec la famille, avec la personne résidente ou avec les deux, et que l'on examinait en outre le dossier pour évaluer si la personne résidente pourrait utiliser des côtés de lit. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a indiqué que l'on peut mettre des côtés de lit au système de lit d'une personne résidente nouvellement admise avant de terminer son évaluation.

L'inspectrice a discuté des énoncés susmentionnés qui figurent dans le programme de soins, selon lesquels les personnes résidentes sont identifiées comme satisfaisant aux exigences d'utilisation des côtés de lit. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a déclaré que ce libellé est repris d'un ancien outil d'évaluation des personnes résidentes intitulé *Assessment of Assisting Rail* (évaluation de côté de lit d'assistance). Cette évaluation était mentionnée dans le rapport d'inspection du 6 février 2018 comme ne satisfaisant pas aux exigences de l'alinéa 15 (1)a) du Règl. de l'Ont. 79/10. La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a indiqué que l'outil susmentionné avait été utilisé pour évaluer les cas de personnes nouvellement admises. L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de deux personnes résidentes déterminées qui avaient été nouvellement admises au foyer. Dans le dossier de l'une d'elles, l'outil intitulé évaluation de côté de lit d'assistance avait été rempli à une date déterminée, en mentionnant l'utilisation d'un côté de lit d'assistance. Dans le dossier de l'autre personne résidente, l'outil intitulé évaluation de côté de lit d'assistance avait été rempli à une date déterminée, en mentionnant l'utilisation d'un côté de lit d'assistance.

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

L'inspectrice 148 s'est entretenue avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) du foyer concernant l'évaluation des personnes résidentes aux fins d'utilisation des côtés de lit. La ou le DSI a confirmé que l'*Assisting Rail and Bed Entrapment Risk Assessment (Risk Assessment)* [l'évaluation des côtés de lit d'assistance et du risque de coincement (évaluation des risques)], et le *7 Day Bed Safety Assessment/Bed Entrapment Record* (dossier d'évaluation de la sécurité des lits/des coincements sur une période de 7 jours) étaient les outils dont le foyer disposait pour faire l'évaluation des personnes résidentes concernant les côtés de lit. La ou le DSI a indiqué en outre que c'étaient la ou le DSI et la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI qui composaient l'équipe interdisciplinaire pour l'évaluation des personnes résidentes. La ou le DSI a indiqué être la personne qui avait élaboré les outils à utiliser dans l'évaluation des personnes résidentes, et que le conseil consultatif professionnel et la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI avaient eu la possibilité d'y contribuer. L'examen des outils mentionnés révélait qu'ils ne comportaient pas d'espace pour documenter l'évaluation des risques et des avantages. Lors de la discussion, la ou le DIS n'a pas été en mesure de décrire l'évaluation des risques et des avantages, ni d'indiquer où l'on documentera cette évaluation. Lors de la discussion du processus d'évaluation des personnes résidentes en place, la ou le DIS a dit ne pas être au courant du nombre d'évaluations de personnes résidentes que l'on avait effectuées, mais a indiqué que les outils avaient été mis en œuvre il y avait un mois environ. La ou le DIS a indiqué que l'objectif consistait à avoir des évaluations de personne résidente faites pour toutes les personnes résidentes au foyer au cours du prochain trimestre conjointement avec les évaluations trimestrielles du minimum de données standardisées (MDS); les personnes résidentes nouvellement admises feront l'objet d'une évaluation lors de leur admission.

Nous avons déterminé que le titulaire de permis n'a pas établi ni mis en œuvre une marche à suivre pour l'évaluation des personnes résidentes conformément aux pratiques couramment admises. Au moment de l'inspection, aucune personne résidente du foyer qui utilisait des côtés de lit n'avait fait l'objet d'une évaluation, et l'on n'avait pas non plus fait d'évaluation des risques et des avantages. En outre, nous avons démontré que le foyer continuait de mettre des côtés de lit aux personnes résidentes nouvellement admises sans avoir terminé leur évaluation, et que le foyer avait l'intention de terminer dans un délai de trois mois les évaluations des personnes résidentes qui habitent actuellement au foyer pendant que l'on continuait d'utiliser des côtés de lit. De plus, les programmes de soins ne fournissent pas de directives claires au personnel concernant d'une part

## Order(s) of the Inspector

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

## Ordre(s) de l'inspecteur

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

l'utilisation des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance et d'autre part leur position pendant leur utilisation.

Le 6 juin 2018, l'inspectrice 550 a eu un entretien concernant l'évaluation des possibilités de coincement dans un lit avec la ou le chef de l'exploitation 132 en présence de l'administratrice ou de l'administrateur 122. La ou le chef de l'exploitation 132 a informé l'inspectrice avoir effectué une évaluation des systèmes de lit avec l'assistance du membre 133 du personnel d'entretien du foyer. Il ou elle a indiqué avoir consulté la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques*, et avoir utilisé un outil constitué d'un cône et d'un cylindre pour effectuer les évaluations. La ou le chef de l'exploitation 132 a fourni à l'inspectrice un document intitulé *Facility Entrapment Inspection Sheet* (fiche d'inspection des risques de coincement dans l'établissement), en indiquant que ce document était utilisé pour documenter l'évaluation des systèmes de lit. La ou le chef de l'exploitation 132 a expliqué à l'inspectrice la légende des codes utilisés sur cette fiche d'inspection :

- « L » désignait un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit
- « SM » désignait un côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$  dans la partie centrale du lit
- « Med » ou « M » désignait un petit côté de lit à la tête du lit.
- « D » désignait un petit côté de lit à la tête du lit de chaque côté.
- « R » indiquait qu'on avait enlevé le côté de lit
- « I » indiquait qu'on avait installé un côté de lit
- « P » indiquait que le lit avait réussi le test et « F » qu'il avait échoué au test.

L'inspectrice a examiné, avec la ou le chef de l'exploitation 132, le tableur des inspections des risques de coincement dans l'établissement. La ou le chef de l'exploitation a indiqué que le foyer n'avait pas de lits équipés de deux côtés de lit de demi-grandeur d'un côté, et que par conséquent le test de la zone 5 était sans objet.

Lors d'une visite de la totalité des lits du foyer, l'inspectrice a remarqué que les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance étaient le seul type de côté de lit utilisé au foyer et qu'une personne résidente avait un côté de lit d'une demi-longueur.

L'inspectrice a remarqué qu'il n'y avait pas, sur les fiches d'inspection des risques de coincement dans l'établissement, de mention indiquant que l'on utilisait au foyer des côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance et qu'on les évaluait dans les trois différentes positions. Les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance ont trois positions : quand il est en position d'assistance, le côté de lit est en position verticale à la tête du lit, quand il est en position de garde, il est en position horizontale dans la partie centrale du lit, et quand il est en position intermédiaire, il

**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*

est en diagonale (entre les positions d'assistance et de garde) dans la partie centrale du lit, La ou le responsable de programme 132 a dit à l'inspectrice ne pas être au courant que les côtés de lit rotatifs aux fins d'assistance avaient trois positions différentes, c'est pourquoi on ne les avait évalué que dans la position où ils se trouvaient au moment de l'évaluation.

On indiquait sur le tableur des inspections que l'évaluation des systèmes de lit avait eu lieu les 9 et 17 janvier et les 12 et 13 mars 2018. Voici les notes figurant sur cette feuille de tableur, confirmées par la ou le chef de l'exploitation :

Au moment de l'évaluation des systèmes de lit :

Le lit 02 n'avait pas été évalué, on avait documenté sur la fiche d'inspection qu'il n'y avait pas de côtés de lit sur le lit au moment où l'on avait effectué l'évaluation. On avait également documenté sur la fiche d'inspection qu'un petit côté de lit avait été installé après. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 02 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position d'assistance à la tête du lit du côté droit. Le matelas était trop long, il ne tenait pas dans le protecteur de matelas et dépassait le cadre du lit de près de deux pouces du côté gauche, car il semblait que le matelas avait glissé hors du cadre.

Le lit 21 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait passé le test de toutes les zones et l'on avait enlevé les deux côtés de lit après l'évaluation. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 21 était maintenant équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit du côté droit.

Le lit 23 était équipé d'un côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$  dans la partie centrale, il avait passé le test de toutes les zones, et après l'évaluation du système de lit on avait enlevé le côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$ . Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 23 était maintenant équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit de chaque côté.

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

Le lit 27 était équipé d'un côté de lit de grandeur  $\frac{1}{4}$  dans la partie centrale du lit (SM) et il avait passé le test de toutes les zones. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 27 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit de chaque côté, et qu'il avait un matelas pneumatique offrant un soulagement de la pression. La directrice ou le directeur des soins infirmiers 116 a dit à l'inspectrice que l'on avait installé sur ce lit le matelas pneumatique offrant un soulagement de la pression à une date déterminée, après avoir fait l'évaluation du système de lit.

Le lit 31 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait échoué au test de la zone 2 et il fallait remplacer le matelas. On avait enlevé les deux côtés de lit après l'évaluation. Au moment de l'observation le 15 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 31 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance dans la partie centrale du lit de chaque côté.

Le lit 34 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait passé le test de toutes les zones et l'on avait enlevé les deux côtés de lit après cette évaluation. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 34 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position de garde dans la partie centrale du lit, du côté droit, et que le matelas ne rentrait pas dans le protecteur de matelas car il était trop long.

Le lit 41 était équipé d'un petit côté de lit à la tête du lit de chaque côté (D), il avait passé le test de toutes les zones, et après l'évaluation de ce système de lit on avait enlevé les deux côtés de lit. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a remarqué que le lit 41 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position d'assistance à la tête du lit du côté droit. L'inspectrice a essayé de mettre le rail en position de garde, mais il n'est pas allé jusqu'en bas et s'est arrêté avant de pouvoir atteindre la position de garde.

Le lit 43 était équipé d'un côté de lit de pleine longueur de chaque côté du lit (L), il avait échoué au test des zones 2, 3 et 4. On avait changé le matelas et enlevé les deux côtés de lit après l'évaluation. Au moment de l'observation le 5 juin 2018, l'inspectrice a observé que le lit 43 était équipé d'un côté de lit rotatif aux fins d'assistance qui était en position d'assistance à la tête du lit du côté droit. Quand l'inspectrice a vérifié le côté de lit rotatif aux fins d'assistance, il avait du jeu.

**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*

Deux personnes résidentes étaient nouvellement admises et l'on observait qu'elles avaient des côtés de lit en cours d'utilisation. Au moment de l'inspection, on n'avait effectué aucune évaluation de système de lit pour les personnes résidentes nouvellement admises, car le foyer n'avait pas accès à l'outil nécessaire pour effectuer l'évaluation comme nous l'indiquons ci-dessous. Le foyer avait l'intention de continuer d'utiliser des côtés de lit sans effectuer d'évaluation des lits.

La ou le chef de l'exploitation a indiqué à l'inspectrice que les lits 02, 21, 23, 27, 34, 41 et 43 n'avaient pas fait l'objet d'une réévaluation quand on avait fait des modifications à ces systèmes de lit, car on ne l'avait pas mis au courant des modifications. Il ou elle n'avait pas été mis au courant que le côté de lit rotatif aux fins d'assistance du lit 43 était défectueux.

La ou le chef de l'exploitation 132 a indiqué en outre que le foyer n'est pas propriétaire de l'outil d'évaluation des systèmes de lit, qu'il ou elle l'avait emprunté à un autre foyer et l'avait rendu après avoir terminé les évaluations initiales des systèmes de lit le 13 mars 2018. Pour cette raison, aucun système de lit n'avait été réévalué quand on avait fait des modifications ou quand on avait créé un nouveau système de lit. D'après une discussion avec la ou le responsable de programme 132 et avec la personne préposée aux ressources humaines, à la formation, à la santé et à la sécurité 108, les matelas qui nécessitaient d'être remplacés ne l'avaient pas été, et il n'y avait pas de document indiquant quand on avait installé les nouveaux côtés de lit.

L'inspectrice 550 a remarqué que le système de lit documenté dans l'*Evaluation Entrapment Inspection Sheet* (fiche d'inspection - évaluation des risques de coincement) au moment de l'évaluation différait de ce qu'elle avait observé les 5 et 15 juin 2018. Le chef de l'exploitation 132 a dit à l'inspectrice que l'on avait changé certains lits et certains systèmes de lit depuis que l'on avait effectué l'évaluation, et qu'on ne l'avait pas mis au courant des changements. Ils ne documentent pas les changements et n'ont pas d'inventaire des systèmes de lit tenu à jour.

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

La chambre 102 avait le lit 04 et a maintenant le lit 41 et le système de lit a été modifié,

La chambre 204-2 avait le lit 06 et a maintenant le lit 34 et le système de lit a été modifié.

La chambre 101-1 avait le lit 24 et a maintenant le lit 26 et le système de lit a été modifié.

La chambre 105-1 avait le lit 31 et a maintenant le lit 20 et le système de lit a été modifié.

La chambre 300-1 avait le lit 20 et a maintenant le lit 31 et le système de lit a été modifié.

On ne savait pas si les systèmes de lit susmentionnés étaient toujours attribués aux mêmes personnes résidentes que lorsque l'on a effectué l'évaluation.

[Par. 15 (1)]

Nous avons déterminé que la gravité de ce problème était de niveau 2, car il y avait un préjudice potentiel pour les personnes résidentes. La gravité de ce problème était de niveau 3, ce qui indique que le problème était largement répandu, car la non-conformité concerne chaque personne résidente dont on a observé qu'elle utilisait des côtés de lit. Les antécédents de non-conformité sont de niveau 4, car des ordres de non-conformité au paragraphe 15 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10 ont été émis comme suit :

- Ordre de conformité émis le 6 février 2018 à la suite de l'inspection de suivi n° 2018\_617148\_0002 avec date de conformité du 11 mai 2018;
- Ordre de conformité émis le 23 juin 2017 à la suite de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017\_619550\_0015 avec date de conformité au 21 septembre 2017.

Cette question fera l'objet d'un renvoi au directeur pour déterminer la nécessité de prendre des mesures supplémentaires. (550).

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 6 décembre 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 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

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

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

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

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

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



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

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

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

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

**Émis le 1<sup>er</sup> octobre 2018.**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :** Joanne Henrie

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