



Ministry of Health and  
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

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

Health System Accountability and Performance  
Division  
Performance Improvement and Compliance  
Branch

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

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

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

**Copie destinée au public modifiée**

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
17 decembre 2015	2015_285126_0035 (A1)	O-002646-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

BRUYÈRE CONTINUING CARE INC.  
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

**Foyer de soins de longue durée**

ÉLISABETH-BRUYÈRE RESIDENCE  
75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

**Inspectrice(s)**

JOANNE HENRIE (550) – (A1)

**Résumé de l'inspection modifié**



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

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

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

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

**La date de conformité est reportée au 25 janvier 2016, ainsi que l'a demandé le directeur général. Ceci donnera au foyer plus de temps pour veiller à ce que les changements qu'il a mis en œuvre donnent les résultats voulus et lui permettra de former tous les membres du personnel car certains sont absents durant les fêtes.**

Date de délivrance : 17 décembre 2015 (A1)

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



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

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

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

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

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

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

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

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
17 decembre 2015	2015_285126_0035 (A1)	O-002646-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

BRUYERE CONTINUING CARE INC.  
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

**Foyer de soins de longue durée**

ÉLISABETH-BRUYÈRE RESIDENCE  
75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

**Inspecteur(s)/Inspectrice(s)**

JOANNE HENRIE (550) – (A1)

**Résumé de l'inspection**

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

Cette inspection s'est tenue les 28, 29 et 30 septembre ainsi que les 1<sup>er</sup>, 2, 5, 6, 7, 8 et 9 octobre 2015.

Les inspections suivantes ont été menées dans le cadre de l'IQSR :

registre n° O-001921-15 – incident grave;

registre n° O-000467-15 – incident grave;

registre n° O-002256-15 – plainte.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec la directrice générale des soins de longue durée/l'administrateur, l'infirmière en pratique avancée pour les soins de longue durée et la chef des services cliniques (directrice des soins), des résidents, des membres de leurs familles, des bénévoles, des stagiaires, le président du conseil des résidents, le directeur de la Mission, de l'Éthique, de la Conformité et des Relations avec la clientèle, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux soins personnels (PSP), l'adjoint administratif, des préposés à l'entretien ménager, des préposés au service d'alimentation, une technicienne en diététique, le diététiste agréé, le chef du service d'alimentation, un aide aux repas, le superviseur de l'entretien ménager et des services environnementaux, le technicien en loisirs, un médecin, un aide-physiothérapeute et un technicien de dossiers médicaux.

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont visité les aires résidentielles et non résidentielles, observé le service de plusieurs repas et collations, examiné plusieurs politiques et procédures du foyer, observé une distribution de médicaments (y compris l'entrepôt des médicaments), ainsi que les activités de loisirs, la gymnastique rééducative; elles ont examiné les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et de celles du conseil des familles, le comité d'amélioration de la qualité, les dossiers de santé de certains résidents, les calendriers de loisirs, les horaires du personnel, la documentation du service d'alimentation, ainsi que les horaires de nettoyage et d'entretien.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

comportements réactifs;

conseil des familles;

conseil des résidents;

dignité, liberté de choisir et vie privée;

dotation en personnel;

facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;

foyer sûr et sécuritaire;

hospitalisation et changement de l'état;

médicaments;

nutrition et hydratation;

observation du service de collation;

observation du service de restauration;

prévention des chutes;

prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;

prévention et contrôle des infections;

qualité des aliments;



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

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

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

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

rapports et plaintes;  
recours minimal à la contention;  
réponse aux incidents graves;  
services d'hébergement – buanderie;  
services d'hébergement – entretien;  
services d'hébergement – entretien ménager;  
services de soutien personnel;  
soins de la peau et des plaies.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

10 AE  
5 PRV  
2 OC  
0 RD  
0 OTA

**NON-RESPECTS****Définitions**

<b>AE</b>	— Avis écrit
<b>PRV</b>	— Plan de redressement volontaire
<b>OC</b>	— Ordre de conformité
<b>RD</b>	— Renvoi de la question au directeur
<b>OTA</b>	— Ordres, travaux et activités

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73 (Service de restauration et de collation).****Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 008 et le résident 021 reçoivent leur repas un plat après l'autre. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 73 (1) (8).

Durant le déjeuner du 6 octobre 2015, entre la soupe et le plat de résistance, le résident 008 a été vu en train de manger du flan. À 12 h 27, ce résident a reçu le plat de résistance. À 12 h 49, il a été noté que le résident était encore en train de manger du flan et le plat de résistance qu'il n'avait pas touché était resté devant lui. Le programme de soins du résident 008 a été examiné et rien n'y indiquait que les repas ne devaient pas lui être servis un plat après l'autre.

Durant le dîner du 6 octobre 2015, le résident 021 a reçu le plat de résistance à 17 h 05. À 17 h 11, le résident a été vu en train de manger du flan et le plat de résistance, qui n'avait pas été touché, avait été poussé sur le côté.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 73 (2) b).

Le 6 octobre 2015, le service du déjeuner et celui du dîner ont été observés au cinquième étage, qui compte deux salles à manger : la salle Trillium (salle à manger principale avec sept tables) et la salle Seguin.

Les observations suivantes ont été faites dans la salle Seguin, qui compte trois tables pour neuf résidents.

## Résident 045 :

À 12 h 05, la soupe a été servie au résident 045. À 12 h 07, le résident dormait. Le résident n'a pas essayé de manger. Neuf minutes après avoir reçu la soupe, à 12 h 14, un PSP s'est assis et a aidé le résident à manger. À 12 h 29, le résident 045 a reçu le plat de résistance et l'aide de la PSP 114 pour manger. Celle-ci est ensuite partie aider un résident dans la salle Trillium. À 12 h 47, on a entendu le résident 006, qui s'assoit à la même table, dire à un stagiaire que le résident 045 avait besoin d'Ensure et de jus de pomme. Les boissons du résident 045 n'étaient pas terminées et le résident n'a pas essayé de boire de manière autonome. Le stagiaire s'est assis et a aidé le résident à finir ses boissons.

À 17 h 02, le résident 045 a reçu le plat de résistance et n'a pas essayé de manger de manière autonome. À 17 h 08, la PSP 133 a mis la fourchette du résident 045 dans la viande. Elle n'a pas encouragé ni aidé le résident à manger. On a entendu le résident 006, qui s'assoit à la même table, dire « Je pensais qu'elle allait t'aider ». On a entendu les convives à la table du résident 045 (le résident 006 et le résident 018) dire à ce dernier que lorsqu'il prendrait une bouchée de lui-même, le personnel viendrait l'aider. Le résident a pris une bouchée de lui-même avec l'encouragement de ses convives. On a entendu le résident 018 dire au résident 045 « Utilise ta cuiller. Excellent. » À 17 h 22, vingt minutes après avoir reçu le plat de résistance, la PSP 132 s'est assise et a aidé le résident 045 à manger.

D'après son programme de soins, le résident 045 est aveugle et a besoin que le personnel lui explique où la nourriture se trouve dans l'assiette, place tous les aliments à sa portée et l'aide à manger quand il a besoin d'être aidé.

## Résident 003 :

À 12 h 05, la soupe a été servie au résident 003. Le résident était assis dans le fauteuil roulant qui était placé en angle, détourné de la table. Le résident 003 n'a pas essayé de manger de manière autonome. Cinq minutes après avoir reçu la soupe, à 12 h 10, un PSP s'est assis et l'a aidé à manger. À 12 h 27, le résident 003 a reçu le plat de résistance et n'a pas essayé de manger de manière autonome. À 12 h 33, le PSP 113 était en train d'aider le résident 017 quand le membre de la famille du résident est arrivé et a pris la place du PSP qui aidait le résident. Le PSP 113 a donc déplacé le résident 003 et l'a aidé à manger le plat de résistance, cinq minutes après que ce plat lui a été servi.

À 17 h 05, le plat de résistance a été servi au résident 003. À 17 h 08, la PSP 133 s'est assise pour aider le résident. À 17 h 10, l'employée est partie aider le résident 017 à une autre table. Le résident 003 n'a pas essayé de manger de manière autonome. Six minutes plus tard, quand le résident 017 a terminé son repas, l'employée est retournée auprès du résident 003 et a recommencé à le faire manger.

## Résident 008 :

À 12 h 05, la soupe a été servie au résident 008. Le résident n'a pas essayé de manger de manière autonome et a répété plusieurs fois « Est-ce que je pourrais avoir une tasse de café chaud avec une goutte de lait? » Cinq minutes après avoir reçu la soupe, à 12 h 10, un PSP s'est assis et l'a aidé à manger. À 12 h 24, il a été noté que le résident 008 mangeait du flan et buvait du café. À 12 h 27, le plat de résistance a été servi au

résident. À 12 h 49, il a été noté que le résident mangeait du flan et que le plat de résistance, qu'il n'avait pas touché, était resté devant lui. Personne n'a aidé le résident 008 à manger le plat de résistance.

Dans le Kardex du résident 008, il y a une note manuscrite datée du 20 août 2015 indiquant que ce résident a besoin d'aide pour manger.

Durant le déjeuner du 6 octobre 2015, deux PSP aidaient des résidents dans la salle Seguin, un PSP prenait les commandes et servait les résidents dans la salle Seguin et dans la salle Trillium et la PSP 114 a indiqué que cette pratique était courante. La directrice des soins a dit qu'elle s'attendait à ce qu'il y ait deux PSP dans la salle Trillium et un PSP dans la salle Seguin durant le déjeuner. Quatre PSP stagiaires étaient également présents durant une partie du déjeuner. [art. 73.]

**Autres mesures requises :**

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

**(A1) La date de conformité à l'ordre 001 a été modifiée**

---

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les collations. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (1) b).

Lors d'entretiens, certains résidents ont fait part de leurs préoccupations en ce qui concerne le fait qu'on ne leur offre ni aliments ni boissons entre les repas et après le dîner, ce qui a motivé une inspection des menus pour les collations.

Lors d'un entretien avec le coordonnateur des menus des patients et avec le gestionnaire de la nutrition, il a été signalé que le foyer n'avait pas de menus de collations pour les régimes réguliers, thérapeutiques et à texture modifiée. Il a été dit que pour qu'un résident particulier puisse recevoir une collation régulière, celle-ci devait lui être prescrite par le diététiste agréé.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient offertes à chaque résident au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (3) b).

Lors d'entretiens, plusieurs résidents ont dit ne pas s'être vu offrir de boissons entre les repas.

La PSP 121 a affirmé que la plupart du temps un bénévole offrait du jus aux résidents le matin. Elle a expliqué qu'en l'absence d'un bénévole, le personnel devait offrir une boisson aux résidents. Elle a ajouté qu'on n'avait pas le temps pour cette tâche et qu'il n'y avait pas de service de boissons pour les résidents dans la matinée à moins qu'un bénévole s'en charge.

La PSP 114 a affirmé que, le temps que les résidents terminent leur petit-déjeuner et sortent de la salle à manger, il était déjà 10 h et qu'ainsi on ne leur offrait pas de boissons entre le petit-déjeuner et le déjeuner. Elle a affirmé que les résidents avaient leur apport hydrique du matin au petit-déjeuner et avec leurs médicaments.

Le 6 octobre 2015, une partie du service de la collation de l'après-midi a été observée au cinquième étage. Sur le chariot, il y avait trois contenants de jus à consistance normale. Il n'y avait pas de boissons pour les résidents ayant besoin d'un liquide épaissi. Il n'y avait pas d'eau à offrir aux résidents qui auraient pu en vouloir.

Lors d'un entretien, la technicienne en diététique et superviseure des services d'alimentation a indiqué que, selon la règle établie, il fallait offrir à tous les résidents une boisson entre les repas une fois par jour l'après-midi. Elle a affirmé qu'il fallait offrir du jus pomme aux résidents. Elle a ajouté que les boissons prescrites par le diététiste agréé seraient offertes aux résidents concernés le matin ou le soir après le dîner.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient offerts aux résidents au moins une collation l'après-midi et le soir. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (3) c).

Lors d'entretiens, plusieurs résidents ont dit ne pas avoir eu d'offre de collation l'après-midi ni le soir.

Lors d'un entretien, la technicienne en diététique et superviseure des services d'alimentation a indiqué que, selon la règle établie, il fallait offrir à tous les résidents une collation une fois par jour l'après-midi. Elle a ajouté que, pour la collation de l'après-midi, il fallait offrir des biscuits digestifs aux résidents ayant un régime régulier ou à texture ramollie et un yogourt à la vanille ou un yogourt grec aux résidents ayant un régime à texture hachée ou un régime de purées, à moins qu'une collation différente ait été prescrite par le diététiste agréé pour la collation de l'après-midi. Elle a affirmé que, le soir, seules les collations prescrites par le diététiste agréé étaient offertes aux résidents concernés.

Lors d'un entretien, le PSP 122 a affirmé que les résidents ne recevaient pas tous une collation l'après-midi. Il a ajouté qu'il y avait des collations étiquetées pour certains résidents. Le 6 octobre 2015, le PSP 122 a été vu en train de faire circuler le chariot à collations au cinquième étage à partir de 14 h 45 environ. Sur le chariot à collations, pour tous les résidents de l'étage, il y avait un ou deux paquets de biscuits soda, un ou deux paquets de biscottes Melba et un contenant de yogourt à la pêche. Le PSP a affirmé que normalement, dans le réfrigérateur de la dépense, il y aurait un plateau contenant des collations étiquetées mais qu'il n'y en avait pas ce jour-là et que, pour cette raison, tout ce qui a été offert aux résidents est ce qu'il y avait sur le chariot à collations.

Le 7 octobre 2015, il a été noté que, dans la dépense du cinquième étage, il y avait 15 collations étiquetées à offrir aux résidents le soir. Une collation ne serait pas offerte aux autres résidents ce soir-là.

Lors d'un entretien, le coordonnateur des menus pour les patients et le gestionnaire de la nutrition ont affirmé que les résidents qui indiquaient au diététiste agréé qu'ils voulaient une collation recevaient une collation étiquetée qui était préparée en dehors de l'établissement.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas. Règl. de l'Ont., par. 71 (4).

Durant l'inspection, le service de plusieurs repas a été observé aux deux étages du foyer.

Le 6 octobre 2015 pour le déjeuner, une soupe tomate et riz et une crème de pomme de terre figuraient parmi les choix au menu. Le déjeuner au cinquième étage a été observé du début à la fin et la soupe n'a pas été offerte aux résidents 017, 021 et 011, qui étaient assis à une table dans la salle Seguin. La soupe était disponible et a été offerte aux six autres résidents dans cette salle à manger.

Le 6 octobre 2015 au dîner, une salade de chou crémeuse figurait parmi les choix au menu. L'aide-diététiste (employé 125) a montré à l'inspectrice 551 une liste de tous les choix au menu du dîner et la salade de chou crémeuse n'y figurait pas. Le dîner au cinquième étage a été observé du début à la fin et la salade de chou crémeuse indiquée au menu n'était pas offerte ni disponible.

Le 7 octobre 2015 au petit-déjeuner, une compote de pruneaux figurait parmi les choix au menu. L'aide-diététiste (employé 115) a affirmé qu'avant, la compote de pruneaux était présentée en portions individuelles mais que ces portions n'étaient plus disponibles depuis un moment. Lors d'un entretien avec l'inspectrice 545, le résident 016 a exprimé ses préoccupations concernant le fait que la compote de pruneaux n'était pas disponible. Le petit-déjeuner au sixième étage a été observé du début à la fin et la compote de pruneaux indiquée au menu n'était pas offerte ni disponible.

Le 6 octobre 2015, il a été noté que le résident 003 n'avait aucune boisson posée devant lui. À 12 h 10, le résident 003 a reçu de l'aide pour manger la soupe. À 12 h 33, le résident 003 a reçu de l'aide pour manger le plat de résistance et, à 12 h 44, on lui a servi de la crème glacée. À aucun moment durant le service du repas il n'a reçu de boisson. Bien qu'aucune boisson particulière ne soit indiquée au menu du déjeuner, on a noté que le chariot à boissons contenait une variété de boissons. Aucune boisson n'a été offerte au résident 003 durant le service du déjeuner. Le Kardex du résident 003 a été examiné et rien n'indiquait qu'il ne fallait pas lui offrir de boissons durant les repas. [art. 71]

**Autres mesures requises :**

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

***(A1) La date de conformité à l'ordre 002 a été modifiée***

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

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

**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;**

**b) les objectifs que visent les soins;**

**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).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident, les objectifs que visent les soins, ainsi que des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le résident 023 a été admis au foyer un jour de mai alors qu'il présentait plusieurs affections, notamment une cardiopathie et la maladie d'Alzheimer. Le résident admis venait de l'hôpital avec une sonde à demeure en place pour son confort. Le programme de soins de 24 heures élaboré par l'infirmière chargée des admissions indiquait que le résident ne souffrait pas d'incontinence urinaire mais n'indiquait pas que le résident avait une sonde à demeure en place.

Durant les observations faites le 30 septembre ainsi que les 7 et 9 octobre 2015, les inspectrices 554 et 550 ont constaté une forte odeur d'urine dans la chambre du résident 023. Une sonde avec une petite quantité d'urine d'un jaune concentré foncé a été observée dans le sac collecteur d'urine accroché au côté de lit du résident.

L'évaluation la plus récente effectuée en septembre 2015 indiquait que le résident 023 était totalement dépendant pour tous les aspects des activités de la vie quotidienne. L'évaluation indiquait également que le résident ne souffrait pas d'incontinence urinaire, qu'il avait une sonde à demeure en place et qu'il n'y avait pas eu de changement en matière de continence urinaire au cours des 90 derniers jours.

Le foyer tient un classeur, au poste infirmier, des programmes de soins de tous les résidents et de leurs Kardex. L'inspectrice 545 a examiné le classeur et n'a pas trouvé de programme de soins ou de Kardex établissant l'entretien de la sonde et tous les autres soins nécessaires au résident 023. Le dossier de santé du résident a été examiné mais aucun ordre concernant une sonde à demeure n'y a été trouvé.

La PSP 132 a indiqué à l'inspectrice qu'elle ne pensait pas que le programme de soins du résident comprenait des soins particuliers concernant la sonde. Elle a ajouté que le sac de la sonde était changé deux fois par semaine le jour du bain ou plus souvent si une croûte s'est formée dans le sac ou qu'une forte odeur s'en dégage.

L'IAA 129 et l'IA 106 ont indiqué, lors d'entretiens, que le programme de soins du résident 023 n'avait pas été élaboré depuis l'admission de celui-ci en mai 2015 et qu'il n'y avait pas de directives claires à l'intention du personnel au sujet de l'entretien de la sonde. Ces membres du personnel ont également confirmé qu'une sonde à demeure n'avait pas été prescrite par le médecin traitant. L'IAA 129 a indiqué que le résident 023 avait des sondes en silicone en place, que celles-ci étaient habituellement changées tous les trois mois et qu'elle se fiait à sa mémoire et aux notes d'évolution consignées pour savoir quand changer la sonde. Elle a ajouté que si la sonde avait été prescrite, un ordre servant de rappel serait indiqué au dossier d'administration des médicaments.

Lors d'un entretien le 9 octobre 2015, la chef des services cliniques a indiqué que le foyer s'attendait à ce que soient adoptés pour tous les résidents, y compris le résident 023, un programme de soins écrit établissant les objectifs que visent les soins ainsi que des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. Elle a indiqué que le résident 023 n'avait pas de programme de soins écrit [par. 6 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 009. Un jour d'août 2015, le résident 009 a fait une chute dans la salle de toilette en essayant de tirer la chasse. Les notes d'évolution sur l'évaluation suivant une chute indiquaient que le résident se plaignait d'une douleur au genou gauche, à la hanche gauche et à l'épaule gauche. Les radiographies prises étaient négatives et n'ont révélé aucune fracture. Le résident a été diagnostiqué d'une douleur et a été mis sous antalgique.

Un jour de septembre 2015, le résident 009 a été évalué par le service de physiothérapie. Les notes d'évaluation du physiothérapeute indiquaient que le résident refusait d'utiliser un fauteuil roulant pour aller prendre ses repas et choisissait de se les faire porter à sa chambre. Le résident se déplaçait dans la pièce avec un ambulateur; il nécessitait l'aide d'un membre du personnel pour parcourir de courtes distances et utilisait le scooter pour les distances plus grandes.

Le programme de soins n'indiquait aucun de ces changements dans l'état du résident et n'établissait pas de directives claires concernant l'évolution de la mobilité du résident, ses habitudes alimentaires et la gestion de la douleur.

Un jour de septembre 2015, le résident 009 est tombé dans la salle de toilette durant la nuit et a été transporté à l'hôpital. Cette chute a causé une fracture et nécessité une intervention chirurgicale. Le résident 009 a été mis en congé et renvoyé au foyer un jour d'octobre 2015. Son état révélait des changements importants, il était alité et avait visiblement une plaie de pression qui obligeait à le changer de position toutes les deux à trois heures.

Lors d'un entretien le 10 octobre 2015, l'IA 106 a indiqué que le programme de soins écrit du résident 009 n'avait pas été mis à jour depuis son retour un jour d'octobre 2015 de façon à prendre en compte les besoins réels en matière de soins (soins d'incision, besoins liées à la mobilité, traitement de plaies de pression, changements de position et gestion de la douleur).

Lors d'un entretien le 10 octobre 2015, la directrice des soins a indiqué que le programme de soins écrit du résident 009 n'avait pas été mis à jour depuis son retour un jour d'octobre 2015 de façon à prendre en compte

les besoins réels en matière de soins. La directrice des soins a indiqué que le programme de soins écrit serait mis à jour le jour même pour donner des directives claires au personnel. [alinéa 6 (1) c)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le résident 017 a été diagnostiqué d'un trouble cérébral nécessitant une aide intensive pour toutes les activités de la vie quotidienne telles que l'hygiène personnelle, y compris les soins buccaux et le brossage des dents. Lors d'un entretien le 29 septembre 2015, le résident a indiqué à l'inspectrice que le personnel ne l'aidait pas à se brosser les dents après chaque repas, contrairement à ce qui avait été demandé.

Un examen des notes de la réunion annuelle sur les soins datées d'un jour de juin 2015 a révélé que le résident 017 et sa famille avaient exprimé leurs préoccupations à l'égard du fait que l'aide au brossage des dents après chaque repas n'était pas fournie. Il était également indiqué dans ces notes que le résident ne pouvait pas se brosser les dents tout seul.

Le programme de soins le plus récent a été examiné par l'inspectrice. Dans la section concernant les soins dentaires, les interventions prévoyaient : la lubrification de la bouche et des lèvres du résident, le nettoyage de la bouche et de la langue chaque matin, chaque soir et après les repas et le devoir du personnel de s'occuper de l'hygiène buccale.

Lors d'un entretien le 6 octobre 2015, la PSP 113 a indiqué qu'elle était employée à temps plein et connaissait bien le résident 017. Elle a ajouté qu'elle avait accès au programme de soins au poste infirmier. Lorsqu'on lui a demandé si elle fournissait des soins buccaux au résident 017, elle a indiqué qu'elle lui brossait les dents avant le petit-déjeuner pendant les soins du matin mais qu'elle ne le faisait pas, par exemple, après le petit-déjeuner ou le déjeuner. Elle a plus tard indiqué qu'elle n'avait pas examiné le programme de soins du résident et qu'elle ne savait pas quelles interventions étaient prévues pour lui. [par. 6 (7)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer : que le programme de soins du résident 023 établit les soins prévus et leur objectif, ainsi que des directives claires à l'intention du personnel; que le programme de soins du résident 009 établit des directives claires à l'intention du personnel qui lui fournit des soins directs; et que les soins sont fournis au résident 017, tel que le précise son programme de soins. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).**

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



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

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

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

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

**20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :

- (b) établisse clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;
- (d) contienne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24.

Lors d'un entretien avec le résident 019 le 29 septembre 2015, le résident a indiqué qu'un jour d'août 2015 un PSP de sexe masculin lui avait tenu les bras très fort pendant qu'il le séchait après lui avoir donné un bain. Le résident a indiqué qu'il avait dit au PSP d'arrêter de le pincer si fort car cela allait lui causer des ecchymoses. Le résident a indiqué à l'inspectrice qu'un membre de la famille l'avait encouragé à signaler l'incident au personnel autorisé, ce que le résident a fait trois jours plus tard et de nouveau le jour suivant.

Les notes d'évolution ont été examinées par l'inspectrice.

- Une note consignée un jour d'août 2015 indiquait qu'au cours de la soirée, le résident 019 avait affirmé à l'IA 130 qu'un PSP de sexe masculin lui avait tenu les bras très fort durant les soins du bain et lui avait ainsi causé des ecchymoses. La note indiquait que deux ecchymoses avaient été constatées : l'une d'elles, sur le bras gauche, mesurait de 2,5 à 3 centimètres; l'autre, sur le bras droit, mesurait 1 centimètre. Il est indiqué à la fin de cette note qu'un suivi serait fait.
- Une note consignée un jour d'août 2015 indiquait que le résident avait expliqué à l'IA de nuit comment les ecchymoses sur ses bras étaient apparues. La note indiquait qu'un soutien avait été fourni et que le personnel infirmier allait continuer à surveiller.

Lors d'un entretien, l'IA 130 a dit se souvenir de l'incident lors duquel le résident 019 avait raconté comment les ecchymoses sur ses bras étaient apparues. L'IA 130 a indiqué qu'un mauvais traitement d'ordre physique était l'acte d'une personne causant un préjudice à une autre personne, par exemple en la frappant volontairement ou en fonçant accidentellement sur elle avec un fauteuil roulant. L'IA a dit avoir été occupée ce soir particulier d'août 2015 et qu'elle n'avait donc pas informé la superviseure des soins infirmiers (ou le responsable clinique de service si la superviseure des soins infirmiers n'était pas disponible), puis elle a ajouté qu'elle avait choisi d'informer l'infirmière de nuit au moment du changement de quart, estimant que ce n'était pas une blessure grave et qu'il ne s'agissait pas d'un incident récent puisqu'il était survenu plusieurs jours auparavant.

L'inspectrice 545 a examiné la politique de mauvais traitement du foyer intitulée « Mauvais traitements, patients, résidents ou visiteurs (politique n° CLIN CARE 32), mise à jour en octobre 2013 et constituant la politique la plus récente, comme l'a indiqué l'administrateur/la chef des services cliniques. Cette politique indiquait ceci :

8.1 Mauvais traitement d'ordre physique : utilisation de la force physique de manière à compromettre la santé d'une personne, sa sécurité ou son bien-être et qui cause ou peut causer une douleur ou une lésion, y compris, sans s'y limiter, les voies de fait, l'isolement inapproprié, les contraintes interdites ou inappropriées, les gifles, les pincements, l'alimentation de force ou le malmenage. L'administration d'un médicament ou le fait d'en priver quelqu'un à une fin inappropriée sont également considérés comme des mauvais traitements d'ordre physique.

La définition du terme « mauvais traitement d'ordre physique » n'établit pas clairement ce qui constitue un mauvais traitement aux termes de l'article 2 du Règlement. Elle ne précise pas qu'un « mauvais traitement d'ordre physique » s'entend :

- a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur;
- b) soit de l'administration ou la privation de médicaments à une fin inappropriée;
- c) soit de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident. (« physical abuse »).

L'inspectrice 545 a examiné la politique du foyer concernant le mauvais traitement et intitulée « Mauvais traitements, patients, résidents ou visiteurs » (politique n° CLIN CARE 32), mise à jour en octobre 2013 et constituant la politique la plus récente, comme l'a indiqué l'administrateur/la chef des services cliniques. Cette politique indiquait ceci :

4.1 L'employé qui est témoin d'un mauvais traitement, qui croit qu'un patient ou un visiteur a été l'objet d'un mauvais traitement ou est exposé à un tel risque ou qui est informé par un patient ou un visiteur de l'occurrence d'un mauvais traitement doit signaler la situation à la chef des services cliniques, à la directrice des soins ou à la personne la représentant, qui informera le directeur des programmes et le médecin traitant. (Si la personne qui a infligé le mauvais traitement est celle à qui on ferait normalement rapport, la situation sera signalée à l'échelon suivant.) Le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés : l'infirmière communique avec la superviseure des soins infirmiers (ou le responsable clinique de service si la superviseure des soins infirmiers n'est pas disponible), qui appellera l'administrateur de service. La superviseure des soins infirmiers ou le responsable clinique de service informe la chef des services cliniques ou la directrice des soins le prochain jour de travail normal.

4.6 Soins de longue durée : La directrice des soins (le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés : la superviseure des soins infirmiers/responsable clinique de service) doit signaler immédiatement tout mauvais traitement allégué, soupçonné ou observé à l'inspecteur ou inspectrice de service du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), par téléphone au 1 855 819-0879 ou par courriel à [ciattgeneral.moh@ontario.ca](mailto:ciattgeneral.moh@ontario.ca), conformément à la LFSLD, avec une description des mesures prises pour résoudre la situation. (La superviseure des soins infirmiers/responsable clinique de service informe la directrice des soins, par courriel, qu'elle a fait un tel rapport.)

La politique ne contenait pas toutes les exigences énoncées à l'article 24 de la LFSLD. Elle ne précisait pas que « quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

- l'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident;
- un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident,
- la mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident;
- la mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

La politique n'indiquait pas les coordonnées des personnes-ressources du MSSLD en dehors des heures normales de travail.

Lors d'un entretien, la chef des services cliniques a indiqué qu'elle avait été informée de l'incident un jour d'août 2015. Elle a affirmé avoir mené une enquête le jour même sans toutefois signaler le mauvais traitement d'ordre physique allégué au directeur. La chef des services cliniques a affirmé que les ecchymoses sur les bras du résident 019 causées par le PSP correspondaient à ce qui s'entend de « mauvais traitement d'ordre physique » et que l'incident aurait dû être signalé au directeur immédiatement.

La chef des services cliniques a indiqué que la politique du foyer concernant les mauvais traitements et intitulée « Mauvais traitements, patients, résidents ou visiteurs » (politique n° CLIN CARE 32), mise à jour en octobre 2013, serait remise à jour de façon à refléter la législation, vu que c'est sur cette politique que s'appuie la formation du personnel. [par. 20 (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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que sa politique est mise à jour et que, d'une part, elle établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence et, d'autre part, elle contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la Loi. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).**

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

**24. (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :**

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner que le personnel aurait infligé un mauvais traitement potentiel à un résident et ainsi causé à ce dernier un préjudice ou un risque de préjudice fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Lors d'un entretien le 29 septembre 2015, le résident 019 a indiqué qu'un jour d'août 2015, un PSP de sexe masculin lui avait tenu les bras très fort pendant qu'il le séchait après lui avoir donné un bain. Le résident a indiqué qu'il avait dit au PSP d'arrêter de le pincer si fort car cela allait lui causer des ecchymoses. Le résident a indiqué à l'inspectrice qu'un membre de la famille l'avait encouragé à signaler l'incident au personnel autorisé après avoir constaté des ecchymoses sur ses bras. Le résident a signalé le mauvais traitement allégué au personnel autorisé trois jours plus tard et de nouveau le jour suivant.

Les notes d'évolution ont été examinées par l'inspectrice.

- Une note consignée un jour d'août 2015 indiquait qu'au cours de la soirée, le résident 019 avait affirmé à l'IA 130 qu'un PSP de sexe masculin lui avait tenu les bras très fort durant les soins du bain et lui avait ainsi causé des ecchymoses. La note indiquait que deux ecchymoses avaient été constatées : l'une d'elles, sur le bras gauche, mesurait de 2,5 à 3 centimètres; l'autre, sur le bras droit, mesurait 1 centimètre. Il est indiqué à la fin de cette note qu'un suivi serait fait.
- Une note consignée un jour d'août 2015 indiquait que le résident avait expliqué à l'IA de nuit comment les ecchymoses sur ses bras étaient apparues. La note indiquait qu'un soutien avait été fourni et qu'une surveillance serait maintenue.

Lors d'un entretien, l'IA 130 a dit se souvenir de l'incident lors duquel le résident 019 avait raconté comment les ecchymoses sur ses bras étaient apparues. L'IA 130 a indiqué qu'un mauvais traitement d'ordre physique était l'acte d'une personne causant un préjudice à une autre personne, par exemple en la frappant volontairement ou en fonçant accidentellement sur elle avec un fauteuil roulant. L'IA a dit avoir été occupée ce soir particulier d'août 2015 et qu'elle n'avait donc pas informé la superviseuse des soins infirmiers (ou le responsable clinique de service si la superviseuse des soins infirmiers n'était pas disponible) du mauvais traitement d'ordre physique allégué. Elle a ajouté qu'elle en avait informé l'infirmière de nuit au moment du changement de quart, estimant que ce n'était pas une blessure si grave et qu'il ne s'agissait pas d'un incident récent puisqu'il était survenu plusieurs jours auparavant.

Lors d'un entretien, la chef des services cliniques a dit avoir été informée du mauvais traitement d'ordre physique allégué un jour particulier d'août 2015. Elle a indiqué qu'elle avait mené une enquête le jour même sans toutefois signaler le mauvais traitement d'ordre physique allégué au directeur parce que le résident avait à ce moment-là d'autres préoccupations plus urgentes.

Au moment de quitter le foyer, le titulaire de permis n'avait pas informé le directeur du mauvais traitement d'ordre physique allégué. [par. 24 (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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner que le personnel aurait infligé un mauvais traitement potentiel à un résident et ainsi causé à ce dernier un préjudice ou un risque de préjudice fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 53 (Comportements réactifs).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer que, pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs, les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible, des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le résident 027 a été admis un jour de juin 2014 avec plusieurs affections médicales. Le 30 septembre et le 7 octobre 2015, l'inspectrice 545 a vu que le résident n'était pas rasé, que ses ongles n'avaient pas été coupés, qu'il avait plusieurs ongles remplis de débris brunâtres et qu'il avait des ecchymoses sur les deux mains.

Lors de la dernière évaluation, en juillet 2015, il a été documenté que le résident 027 était d'humeur désagréable le matin, se promenait et infligeait quotidiennement des mauvais traitements d'ordre verbal et physique, avait un comportement socialement inapproprié et résistait quotidiennement aux soins.

Lors d'un entretien le 7 octobre 2015, les PSP 127 et 126 ont indiqué que le résident ne voulait pas se lever avant midi et que le personnel ne le forçait pas à se lever vu qu'il était susceptible d'infliger des mauvais traitements d'ordre physique au personnel en le frappant et en lui donnant des coups de poing. La PSP 127 a indiqué que le résident résistait aux soins et qu'il refusait fréquemment de se faire raser ou de se faire couper et nettoyer les ongles. La PSP 127 a également indiqué que les ecchymoses sur ses mains n'étaient pas de

nouvelles blessures et que c'était probablement le résident qui les avait causées en frappant les côtés de lit ou l'ambulateur. Elle a ajouté que l'on savait du résident qu'il mettait souvent les mains dans son sous-vêtement souillé et que cela pouvait expliquer ses ongles malpropres. Les deux PSP ont indiqué que lorsque le résident refusait de se lever, elles devaient partir et revenir plus tard.

Lors d'un entretien, l'employé 121 chargé du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a indiqué que le résident 027 était connu de l'équipe du Projet OSTC. On savait que le résident n'aimait pas se lever avant midi. Étant donné que le résident est diabétique, une stratégie efficace pour lui donner des soins consistait pour le personnel à dire au résident qu'il était midi en entrant dans la chambre à 8 h et à lui montrer ses vêtements. Cette approche amène généralement la coopération du résident mais, sinon, le personnel est prié de partir et de revenir plus tard.

L'examen du programme de soins récent, daté de juillet 2014, a révélé qu'en raison d'une déficience cognitive, les interventions du personnel consistaient à encourager le résident 027 à participer durant les soins et à lui consacrer plus de temps. Il n'y avait pas de renseignements sur les comportements réactifs du résident 027.

Lors d'entretiens, l'IAA 129 et l'IA 106 ont indiqué que les comportements réactifs du résident 027 n'étaient pas nouveaux. Les deux employés ont confirmé que le résident 027 ne voulait pas se lever avant midi, qu'il résistait souvent aux soins et que le personnel devait partir et revenir plus tard pour éviter les altercations avec celui-ci. Après avoir examiné le programme de soins du résident 027, les deux employés ont indiqué que les comportements déclencheurs n'avaient pas été identifiés, qu'aucune stratégie n'avait été élaborée et mise en œuvre pour réagir à ces comportements et que, pendant cinq jours en octobre 2015, les réactions du résident aux interventions n'avaient pas été documentées sur la feuille quotidienne de cheminement des soins, par exemple le refus des soins tels que les soins des songles, le rasage et le bain. [par. 53 (4)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que, pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs, les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible, des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible, et les réactions du résident aux interventions sont documentées. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).**

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

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

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

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

**(ii) il est sûr et verrouillé,**

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

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

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

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

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

(ii) il est sûr et verrouillé,

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

(iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments (p. ex., dates de péremption, réfrigération, éclairage).

Nota : Ce paragraphe ne s'applique pas aux médicaments qu'un résident est autorisé à garder sur soi ou dans sa chambre conformément au paragraphe 131 (7).

Deux inspectrices ont observé les médicaments suivants dans les endroits suivants au foyer :

L'inspectrice 545 :

Deux crèmes prescrites sur la commode du résident, un inhalateur dans un sac en plastique transparent sur la table de chevet du résident et un shampoing médicamenteux dans le spa.

L'inspectrice 547 :

Deux crèmes prescrites vues à côté du lit.

La directrice des soins/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 que, bien qu'elle s'attende à ce que toutes les lotions et crèmes prescrites soient gardées dans le chariot à médicaments, ce n'était pas le cas au foyer en ce moment. Elle a indiqué que le personnel devait recevoir une formation dans ce domaine mais que, jusqu'à ce jour, cette formation n'avait pas été fournie au personnel. Elle a indiqué qu'à l'heure actuelle, les crèmes et lotions prescrites aux résidents étaient gardées dans leurs chambres, dans leurs tables de chevet, qui ne sont pas verrouillées. La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice qu'elle était consciente de l'obligation, aux termes de la LFSLD, de garder les médicaments dans un endroit ou un chariot à médicaments verrouillé en tout temps; elle n'était simplement pas là pour le faire à cet instant. [alinéa 129 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient gardés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

Le 30 septembre 2015 à 8 h 58, l'inspectrice 545 a observé le chariot à médicaments non verrouillé et sans surveillance à l'extérieur de la grande salle à manger au cinquième étage. Un PSP a indiqué que l'infirmière était en train d'administrer des médicaments à un résident dans la salle à manger. L'inspectrice a vu l'IAA 110 assise dans un fauteuil en face d'une résidente. L'infirmière avait le dos tourné au chariot à médicaments situé à l'extérieur de la salle à manger pendant qu'elle administrait des gouttes pour les yeux et ensuite des vaporisations au moyen d'un aérosol-doseur et d'une chambre d'espacement. À 9 h 05, l'IAA 110 est sortie de la salle à manger et a indiqué à l'inspectrice que son chariot à médicaments aurait dû être verrouillé étant donné qu'elle ne pouvait pas le voir pendant qu'elle administrait des médicaments à un résident dans la salle à manger.

Le 30 septembre 2015 à 11 h 25, l'inspectrice 545 a observé un chariot à médicaments non verrouillé et sans surveillance en face de la salle à manger de l'unité spécialisée dans les démences. Un PSP a indiqué à l'inspectrice que l'IAA 111 était au bout du couloir, en face de l'entrepôt des médicaments, en train d'administrer des médicaments à un résident. L'infirmière avait le dos tourné au chariot à médicaments. Cinq minutes plus tard, l'IAA est arrivée près du chariot à médicaments non verrouillé et a indiqué qu'elle avait oublié de verrouiller son chariot lorsqu'elle l'a laissé sans surveillance pour administrer des médicaments à un résident au bout du couloir. Elle a ajouté qu'au moment où elle avait quitté le chariot à médicaments, elle ne pouvait plus le voir car elle avait le dos tourné. [sous-alinéa 129 (1) a) (ii)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments sont entreposés dans un endroit sûr et verrouillé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 15 (Côtés de lit).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les résidents soient évalués et leurs lits soient évalués conformément aux pratiques fondées sur des données probantes.

Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents, les inspectrices ont constaté que plusieurs matelas n'étaient pas de la bonne taille pour la base de lit.

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 » précise ceci : « La zone 7 est l'espace entre la surface intérieure de la tête ou du pied de lit et l'extrémité du matelas. Cet espace peut présenter un risque de piégeage de la tête lorsque l'on tient compte de la compressibilité du matelas, du déplacement du matelas et du degré de jeu attribuable à une tête ou à un pied de lit desserrés. » Par conséquent, Santé Canada utilise une dimension de largeur de tête de 120 mm (4 ¾ pouces) pour ses recommandations de limites dimensionnelles. Cette dimension est conforme à celle recommandée par le HBSW et l'IEC.

Trois de ces lits ont été identifiés comme ayant un espace de plus de 4 ¾ pouces entre la surface intérieure de la tête de lit ou du pied de lit et la fin du matelas.

Le 2 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le coordonnateur de l'entretien du foyer et l'administrateur au sujet du processus d'évaluation des lits des résidents qui utilisent des côtés de lit au foyer; ils ont indiqué que le foyer avait environ quatre types de lits différents et qu'il n'y avait pas actuellement de processus d'évaluation des lits pour les résidents qui utilisent des côtés de lit. [par. 15 (1)]

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 37 (Effets personnels et aides personnelles).**

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

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

**a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;**

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

**(2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque résident reçoive, au besoin, l'aide voulue pour utiliser des aides personnelles. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels de chaque résident du foyer, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives, soient étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le 29 septembre 2015, le résident 002 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il avait perdu ses lunettes et que sa famille avait dû lui en acheter une nouvelle paire. Le résident a indiqué que ses lunettes n'étaient pas étiquetées et il a été noté que la nouvelle paire de lunettes n'était pas étiquetée non plus.

Le 2 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le commis de la salle commune au sujet du processus d'admission et de l'étiquetage des lunettes, des prothèses dentaires et des prothèses auditives des résidents; le commis de la salle commune a indiqué qu'à sa connaissance, le foyer n'avait pas de méthode pour identifier ces objets. L'inspectrice 547 a ensuite interrogé la directrice des soins/chef des services cliniques, qui a indiqué que le foyer n'avait pas actuellement de système en place pour l'étiquetage ou l'identification des lunettes, des prothèses dentaires ou des prothèses auditives des résidents. [alinéa 37 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels de chaque résident du foyer, notamment ses aides personnelles, soient nettoyés au besoin. Les 29 et 30 septembre 2015, les inspectrices 126 et 547 ont observé ce qui suit :

Le fauteuil roulant, le siège et la ceinture de sécurité du résident 003 étaient très souillés de matière blanche séchée.

Le fauteuil roulant électrique du résident 010 était couvert de poussière et de débris à sa base.

L'ambulateur du résident 031 était souillé de matière qui semblait être des aliments séchés.

L'ambulateur du résident 035 était souillé de matière qui semblait être des aliments séchés.

Le 5 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le PSP 113, qui a indiqué qu'auparavant les ambulateurs et les fauteuils roulants étaient nettoyés chaque mois par une entreprise qui venait au foyer faire le travail. Cependant, l'entreprise ne le fait plus. À l'heure actuelle, les PSP ne sont pas chargés de nettoyer le matériel de mobilité des résidents.

Le 5 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le chef des services environnementaux et de l'entretien ménager, qui a indiqué que le personnel d'entretien n'était pas responsable du matériel personnel des résidents. Si le personnel d'entretien remarque un fauteuil ou un ambulateur très sale, rien ne les empêchait d'utiliser un linge humide et une solution nettoyante pour essuyer l'objet au besoin, mais il n'y a pas de routine de nettoyage proprement dite au foyer à l'heure actuelle.

Le 6 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé l'IA 116, qui a indiqué que lorsque les fauteuils roulants ou les ambulateurs des résidents sont souillés, le personnel infirmier les essuie. S'ils sont très sales, le personnel infirmier en informe le personnel d'entretien.

Le 6 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins/chef des services cliniques au sujet du nettoyage du matériel destiné aux soins personnels des résidents. Celle-ci a indiqué que le foyer avait fait venir une entreprise six mois auparavant pour le nettoyage en profondeur de tout le matériel et que cela devait être fait deux fois par an. Elle a indiqué que le foyer s'attendait à ce que le matériel soit lavé et essuyé chaque jour par les PSP, ainsi que par le personnel d'entretien s'il est très sale. [alinéa 37 (1) b)]

---

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

**131. (5) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (5).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident.

Lors d'une observation de la chambre du résident 018 le 29 septembre 2015, l'inspectrice 545 a observé un inhalateur de Ventolin à chambre d'espacement dans un sac en plastique transparent sur la table de chevet du résident.

Lors d'un entretien, le résident 18 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il s'administrait du Ventolin par inhalateur au besoin et consignait la date et l'heure sur une feuille qu'il conserve avec le médicament. Le résident 018 a montré à l'inspecteur qu'il gardait l'inhalateur de Ventolin, la chambre d'espacement et la liste des dates et heures d'administration dans un sac Ziploc sur la table de lit. L'inspectrice a vu que la dernière date et heure d'administration de Ventolin documentée sur la feuille était le 3 octobre 2015 à 18 h 30. Cette feuille se trouvait dans le sac Ziploc.

Le résident 018 a indiqué que c'était la dernière date et heure d'administration de Ventolin par inhalateur.

La directrice des soins/chef des services cliniques a indiqué à l'inspectrice 550 qu'avant qu'un résident puisse s'administrer un médicament, il fallait l'informer et il fallait que le personnel fasse un suivi pour assurer la prise du médicament. Il faut un ordre du médecin et cela doit être discuté lors d'une réunion sur les soins avant que le processus d'auto-administration commence. Les résidents qui sont autorisés à garder des médicaments à leur chevet doivent les garder dans un tiroir, hors de vue.

L'inspectrice 550 a examiné le dossier de santé du résident 018 et y a trouvé un ordre du médecin daté d'un jour de juin 2015 indiquant que le résident pouvait s'administrer du Ventolin par inhalateur pendant une semaine. Elle n'a pas trouvé d'autre ordre concernant la capacité du résident à s'administrer du Ventolin par inhalateur. [par. 131 (5)]

---



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

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

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

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

Date de délivrance : 17 décembre 2015 (A1)

**Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice**

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

**Copie destinée au public**

---

<b>Nom des inspecteurs ou inspectrices :</b>	JOANNE HENRIE (550)
<b>N° de registre :</b>	O-002646-15 (A1)
<b>N° du rapport d'inspection :</b>	2015_285126_0035 (A1)
<b>Type d'inspection :</b>	Inspection de la qualité des services aux résidents
<b>Date du rapport :</b>	17 decembre 2015 (A1)
<b>Titulaire de permis :</b>	BRUYERE CONTINUING CARE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	ÉLISABETH-BRUYÈRE RESIDENCE 75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8
<b>Nom de l'administrateur :</b>	Simon Aikinsulie

---

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

---

**N° de l'ordre :** 001

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

**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73 (Service de restauration et de collation)

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que le service de restauration comprenne :

- 1) le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire;
- 2) l'assurance qu'aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le foyer doit établir un processus de surveillance pour assurer que le service des repas est fourni conformément à l'ordre qui précède et mettre en œuvre des mesures correctives lorsque les problèmes seront identifiés durant le processus de surveillance.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 008 et le résident 021 reçoivent leur repas un plat après l'autre. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 73 (1) (8).

Durant le déjeuner du 6 octobre 2015, entre la soupe et le plat de résistance, le résident 008 a été vu en train de manger du flan. À 12 h 27, ce résident a reçu le plat de résistance. À 12 h 49, il a été noté que le résident était encore en train de manger du flan et le plat de résistance qu'il n'avait pas touché était resté devant lui. Le programme de soins du résident 008 a été examiné et rien n'y indiquait que les repas ne devaient pas lui être servis un plat après l'autre.

Durant le dîner du 6 octobre 2015, le résident 021 a reçu le plat de résistance à 17 h 05. À 17 h 11, le résident a été vu en train de manger du flan et le plat de résistance, qui n'avait pas été touché, avait été poussé sur le côté.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 73 (2) b).

Le 6 octobre 2015, le service du déjeuner et celui du dîner ont été observés au cinquième étage, qui compte deux salles à manger : la salle Trillium (salle à manger principale avec sept tables) et la salle Seguin.

Les observations suivantes ont été faites dans la salle Seguin, qui compte trois tables pour neuf résidents.

Résident 045 :

À 12 h 05, la soupe a été servie au résident 045. À 12 h 07, le résident dormait. Le résident n'a pas essayé de manger. Neuf minutes après avoir reçu la soupe, à 12 h 14, un PSP s'est assis et a aidé le résident à manger. À 12 h 29, le résident 045 a reçu le plat de résistance et l'aide de la PSP 114 pour manger. Celle-ci est ensuite partie aider un résident dans la salle Trillium. À 12 h 47, on a entendu le résident 006, qui s'assoit à la même table, dire à un stagiaire que le résident 045 avait besoin d'Ensure

et de jus de pomme. Les boissons du résident 045 n'étaient pas terminées et le résident n'a pas essayé de boire de manière autonome. Le stagiaire s'est assis et a aidé le résident à finir ses boissons.

À 17 h 02, le résident 045 a reçu le plat de résistance et n'a pas essayé de manger de manière autonome. À 17 h 08, la PSP 133 a mis la fourchette du résident 045 dans la viande. Elle n'a pas encouragé ni aidé le résident à manger. On a entendu le résident 006, qui s'assoit à la même table, dire « Je pensais qu'elle allait t'aider ». On a entendu les convives à la table du résident 045 (le résident 006 et le résident 018) dire à ce dernier que lorsqu'il prendrait une bouchée de lui-même, le personnel viendrait l'aider. Le résident a pris une bouchée de lui-même avec l'encouragement de ses convives. On a entendu le résident 018 dire au résident 045 « Utilise ta cuiller. Excellent. » À 17 h 22, vingt minutes après avoir reçu le plat de résistance, la PSP 132 s'est assise et a aidé le résident 045 à manger.

D'après son programme de soins, le résident 045 est aveugle et a besoin que le personnel lui explique où la nourriture se trouve dans l'assiette, place tous les aliments à sa portée et l'aide à manger quand il a besoin d'être aidé.

Résident 003 :

À 12 h 05, la soupe a été servie au résident 003. Le résident était assis dans le fauteuil roulant qui était placé en angle, détourné de la table. Le résident 003 n'a pas essayé de manger de manière autonome. Cinq minutes après avoir reçu la soupe, à 12 h 10, un PSP s'est assis et l'a aidé à manger. À 12 h 27, le résident 003 a reçu le plat de résistance et n'a pas essayé de manger de manière autonome. À 12 h 33, le PSP 113 était en train d'aider le résident 017 quand le membre de la famille du résident est arrivé et a pris la place du PSP qui aidait le résident. Le PSP 113 a donc déplacé le résident 003 et l'a aidé à manger le plat de résistance, cinq minutes après que ce plat lui a été servi.

À 17 h 05, le plat de résistance a été servi au résident 003. À 17 h 08, la PSP 133 s'est assise pour aider le résident. À 17 h 10, l'employée est partie aider le résident 017 à une autre table. Le résident 003 n'a pas essayé de manger de manière autonome. Six minutes plus tard, quand le résident 017 a terminé son repas, l'employée est retournée auprès du résident 003 et a recommencé à le faire manger.

Résident 008 :

À 12 h 05, la soupe a été servie au résident 008. Le résident n'a pas essayé de manger de manière autonome et a répété plusieurs fois « Est-ce que je pourrais avoir une tasse de café chaud avec une goutte de lait? » Cinq minutes après avoir reçu la soupe, à 12 h 10, un PSP s'est assis et l'a aidé à manger. À 12 h 24, il a été noté que le résident 008 mangeait du flan et buvait du café. À 12 h 27, le plat de résistance a été servi au résident. À 12 h 49, il a été noté que le résident mangeait du flan et que le plat de résistance, qu'il n'avait pas touché, était resté devant lui. Personne n'a aidé le résident 008 à manger le plat de résistance.

Dans le Kardex du résident 008, il y a une note manuscrite datée du 20 août 2015 indiquant que ce résident a besoin d'aide pour manger.

Durant le déjeuner du 6 octobre 2015, deux PSP aidaient des résidents dans la salle Seguin, un PSP prenait les commandes et servait les résidents dans la salle Seguin et dans la salle Trillium et la PSP 114 a indiqué que cette pratique était courante. La directrice des soins a dit qu'elle s'attendait à ce qu'il y ait deux PSP dans la salle Trillium et un PSP dans la salle Seguin durant le déjeuner. Quatre PSP stagiaires étaient également présents durant une partie du déjeuner.



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

Compte tenu du nombre de résidents touchés par le non-respect décrit précédemment et des antécédents de non-respect du titulaire de permis liés aux Règl. de l'Ont., alinéa 73 (1) 8 durant l'inspection de la qualité des services aux résidents menée en septembre 2014, un ordre de conformité est délivré. (126)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 25 janvier 2016**

**N° de l'ordre :** 002**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71 (Planification des menus)

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que le cycle de menus du foyer comprenne :

- 1) un menu de collations pour les régimes réguliers, thérapeutiques et à texture modifiée;
- 2) pour chaque résident, au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner;
- 3) pour chaque résident, au moins une collation l'après-midi et le soir;
- 4) les choix au menu planifié offerts et disponibles à chaque repas.

Le foyer établira un processus de surveillance pour assurer que le cycle de menus est mis en œuvre conformément à l'ordre qui précède et mettre en œuvre des mesures correctives lorsque les problèmes seront identifiés durant le processus de surveillance.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les collations. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (1) b).

Lors d'entretiens, certains résidents ont fait part de leurs préoccupations en ce qui concerne le fait qu'on ne leur offre ni aliments ni boissons entre les repas et après le dîner, ce qui a motivé une inspection des menus pour les collations.

Lors d'un entretien avec le coordonnateur des menus des patients et avec le gestionnaire de la nutrition, il a été signalé que le foyer n'avait pas de menus de collations pour les régimes réguliers, thérapeutiques et à texture modifiée. Il a été dit que pour qu'un résident particulier puisse recevoir une collation régulière, celle-ci devait lui être prescrite par le diététiste agréé.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient offertes à chaque résident au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (3) b).

Lors d'entretiens, plusieurs résidents ont dit ne pas s'être vu offrir de boissons entre les repas.

La PSP 121 a affirmé que la plupart du temps un bénévole offrait du jus aux résidents le matin. Elle a expliqué qu'en l'absence d'un bénévole, le personnel devait offrir une boisson aux résidents. Elle a ajouté qu'on n'avait pas le temps pour cette tâche et qu'il n'y avait pas de service de boissons pour les résidents dans la matinée à moins qu'un bénévole s'en charge.

La PSP 114 a affirmé que, le temps que les résidents terminent leur petit-déjeuner et sortent de la salle à manger, il était déjà 10 h et qu'ainsi on ne leur offrait pas de boissons entre le petit-déjeuner et le déjeuner. Elle a affirmé que les résidents avaient leur apport hydrique du matin au petit-déjeuner et avec leurs médicaments.

Le 6 octobre 2015, une partie du service de la collation de l'après-midi a été observée au cinquième étage. Sur le chariot, il y avait trois contenants de jus à consistance normale. Il n'y avait pas de boissons

pour les résidents ayant besoin d'un liquide épaissi. Il n'y avait pas d'eau à offrir aux résidents qui auraient pu en vouloir.

Lors d'un entretien, la technicienne en diététique et superviseure des services d'alimentation a indiqué que, selon la règle établie, il fallait offrir à tous les résidents une boisson entre les repas une fois par jour l'après-midi. Elle a affirmé qu'il fallait offrir du jus pomme aux résidents. Elle a ajouté que les boissons prescrites par le diététiste agréé seraient offertes aux résidents concernés le matin ou le soir après le dîner.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient offerts aux résidents au moins une collation l'après-midi et le soir. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 71 (3) c).

Lors d'entretiens, plusieurs résidents ont dit ne pas avoir eu d'offre de collation l'après-midi ni le soir.

Lors d'un entretien, la technicienne en diététique et superviseure des services d'alimentation a indiqué que, selon la règle établie, il fallait offrir à tous les résidents une collation une fois par jour l'après-midi. Elle a ajouté que, pour la collation de l'après-midi, il fallait offrir des biscuits digestifs aux résidents ayant un régime régulier ou à texture ramollie et un yogourt à la vanille ou un yogourt grec aux résidents ayant un régime à texture hachée ou un régime de purées, à moins qu'une collation différente ait été prescrite par le diététiste agréé pour la collation de l'après-midi. Elle a affirmé que, le soir, seules les collations prescrites par le diététiste agréé étaient offertes aux résidents concernés.

Lors d'un entretien, le PSP 122 a affirmé que les résidents ne recevaient pas tous une collation l'après-midi. Il a ajouté qu'il y avait des collations étiquetées pour certains résidents. Le 6 octobre 2015, le PSP 122 a été vu en train de faire circuler le chariot à collations au cinquième étage à partir de 14 h 45 environ. Sur le chariot à collations, pour tous les résidents de l'étage, il y avait un ou deux paquets de biscuits soda, un ou deux paquets de biscottes Melba et un contenant de yogourt à la pêche. Le PSP a affirmé que normalement, dans le réfrigérateur de la dépense, il y aurait un plateau contenant des collations étiquetées mais qu'il n'y en avait pas ce jour-là et que, pour cette raison, tout ce qui a été offert aux résidents est ce qu'il y avait sur le chariot à collations.

Le 7 octobre 2015, il a été noté que, dans la dépense du cinquième étage, il y avait 15 collations étiquetées à offrir aux résidents le soir. Une collation ne serait pas offerte aux autres résidents ce soir-là.

Lors d'un entretien, le coordonnateur des menus pour les patients et le gestionnaire de la nutrition ont affirmé que les résidents qui indiquaient au diététiste agréé qu'ils voulaient une collation recevaient une collation étiquetée qui était préparée en dehors de l'établissement.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas. Règl. de l'Ont., par. 71 (4).

Durant l'inspection, le service de plusieurs repas a été observé aux deux étages du foyer.

Le 6 octobre 2015 pour le déjeuner, une soupe tomate et riz et une crème de pomme de terre figuraient parmi les choix au menu. Le déjeuner au cinquième étage a été observé du début à la fin et la soupe n'a pas été offerte aux résidents 017, 021 et 011, qui étaient assis à une table dans la salle Seguin. La soupe était disponible et a été offerte aux six autres résidents dans cette salle à manger.

Le 6 octobre 2015 au dîner, une salade de chou crémeuse figurait parmi les choix au menu. L'aide-diététiste (employé 125) a montré à l'inspectrice 551 une liste de tous les choix au menu du dîner et la

salade de chou crémeuse n'y figurait pas. Le dîner au cinquième étage a été observé du début à la fin et la salade de chou crémeuse indiquée au menu n'était pas offerte ni disponible.

Le 7 octobre 2015 au petit-déjeuner, une compote de pruneaux figurait parmi les choix au menu. L'aide-diététiste (employé 115) a affirmé qu'avant, la compote de pruneaux était présentée en portions individuelles mais que ces portions n'étaient plus disponibles depuis un moment. Lors d'un entretien avec l'inspectrice 545, le résident 016 a exprimé ses préoccupations concernant le fait que la compote de pruneaux n'était pas disponible. Le petit-déjeuner au sixième étage a été observé du début à la fin et la compote de pruneaux indiquée au menu n'était pas offerte ni disponible.

Le 6 octobre 2015, il a été noté que le résident 003 n'avait aucune boisson posée devant lui. À 12 h 10, le résident 003 a reçu de l'aide pour manger la soupe. À 12 h 33, le résident 003 a reçu de l'aide pour manger le plat de résistance et, à 12 h 44, on lui a servi de la crème glacée. À aucun moment durant le service du repas il n'a reçu de boisson. Bien qu'aucune boisson particulière ne soit indiquée au menu du déjeuner, on a noté que le chariot à boissons contenait une variété de boissons. Aucune boisson n'a été offerte au résident 003 durant le service du déjeuner. Le Kardex du résident 003 a été examiné et rien n'indiquait qu'il ne fallait pas lui offrir de boissons durant les repas. [art. 71]

Compte tenu du nombre de résidents touchés par le non-respect décrit précédemment, des antécédents de non-respect du titulaire de permis liés aux Règl. de l'Ont., alinéas 71 (1) b), (3) b) et c) durant l'inspection de la qualité des services aux résidents menée en septembre 2014 et du risque potentiel pour le bien-être des résidents, un ordre de conformité est délivré. (126)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 25 janvier 2016 (A1)**

**RÉEXAMEN ET APPELS****AVIS IMPORTANT :**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

**Directeur**

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

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

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

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5

**et Directeur**

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

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

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

**Date de délivrance :** 17 décembre 2015 (A1)  
**Signature de l'inspecteur :** Joanne Henrie  
**Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :**  
**Bureau régional de services :** Ottawa