



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

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

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

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

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

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

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

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

Copie modifiée destinée au public

Date(s) du rapport 7 octobre 2016	Numéro d'inspection 2016_450138_0032 (A1)	N° de registre 018795-16, 018796-16, 018797-16	Type d'inspection Suivi
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE ÉLISABETH-BRUYÈRE 75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			

Nom de l'inspectrice

PAULA MACDONALD (138) – (A1)

Résumé de l'inspection modifié

Le rapport suivant a été modifié pour indiquer que l'on a déterminé que l'AE n° 7, initialement émis concernant la politique de la Résidence Élisabeth Bruyère relative au recours aux dispositifs de contention, n'est plus valide et a été révoqué. La politique relative au recours aux dispositifs de contention est applicable à Soins continus Bruyère qui comprend notamment la Résidence Élisabeth Bruyère. On a remarqué après l'inspection que la politique relative au recours aux dispositifs de contention comporte une mention indiquant que des appareils mécaniques spécifiques ne sont pas utilisés dans les établissements de soins de longue durée.

Émis le 7 octobre 2016.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Original du rapport signé par l'inspectrice.



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

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

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

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

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

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

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

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

Copie modifiée destinée au public

Date(s) du rapport 7 octobre 2016	Numéro d'inspection 2016_450138_0032 (A1)	N° de registre 018795-16, 018796-16, 018797-16	Type d'inspection Suivi
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE ÉLISABETH-BRUYÈRE 75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Nom de l'inspectrice PAULA MACDONALD (138) (A1)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre d'un suivi.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 27, 28, 29 et 30 septembre, ainsi que les 2 et 3 octobre 2016.

Cette inspection avait pour objet d'effectuer un suivi des ordonnances de conformité n° 002, 003 et 004 émises lors de l'inspection sur la qualité des services aux personnes résidentes effectuée en mai et juin 2016 concernant le service de restauration et de collation ainsi que le programme de soins des personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : personnes résidentes, bénévole, préposées aux soins personnels (PSP) préposées à l'entretien ménager, préposé au service d'alimentation, coordonnatrice des menus, aide-physiothérapeute, physiothérapeute, adjointe administrative, infirmières auxiliaires autorisées (IAA), infirmières autorisées (IA), responsable du service alimentaire des patients, directrice des soins et responsable clinique, et administratrice.

Les inspectrices ont également examiné les politiques du foyer et des pièces justificatives, elles ont observé les services de repas et de collation, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, et examiné les menus.

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

Observation de la restauration

Recours minimal à la contention

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Observation des collations

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

7 AE

5 PRV

2 OC

0 RD

0 OTA

L'ordre suivant émis antérieurement a été trouvé en conformité lors de cette inspection :

EXIGENCE	GENRE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE
LFSLD 2007, L.O.2007, chap. 8, par. 6 (2)	OC n° 004	2016_330573_0014	138

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions**

- AE** — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
RD — Renvoi de la question au directeur
OC — Ordres de conformité
OTA — Ordres, travaux et activités

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du Règl. de l'Ont. 79/10
Planification des menus**

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

Par. 71 (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

b) 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, par. 71 (3).

Par. 71 (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

c) une collation l'après-midi et le soir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (3).

Par. 71 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (4).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 71 (3)b) du règlement, car il n'a pas veillé à ce que soient offerts à chaque personne résidente au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi.

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

Le 27 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 9 h 50 à 10 heures et de 10 h 20 à 10 h 45. Elle n'a pas remarqué de distribution de boissons en milieu de matinée. D'après le menu des collations, on doit offrir quotidiennement aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau en milieu de matinée.

Le 27 septembre 2016, on a observé la distribution des collations et remarqué que les personnes résidentes n° 027, 028 et 048 étaient au lit. La personne préposée aux soins personnels n° 116 qui offrait les collations a déclaré que l'on n'offrira pas de boisson de l'après-midi aux personnes résidentes qui étaient au lit.

Le 28 septembre 2016, on n'a pas offert de boisson aux personnes résidentes n° 036 et 028 qui étaient assises dans la zone en face des ascenseurs ni à la personne résidente n° 027 qui était dans la salle de télévision. On n'a pas offert de boisson à la personne résidente n° 057 qui était dans une salle avec des visiteurs.

Le 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 9 h 55 à 11 h 10. À 11 h 20, elle a remarqué que l'on avait emmené les personnes résidentes à la salle à manger en prévision du repas de midi. L'inspectrice n'a pas remarqué de distribution de boissons en milieu de matinée. D'après le menu des collations, on doit offrir quotidiennement aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau en milieu de matinée.

Le 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 14 h 15 à 15 h 45. À 14 h 15, elle a remarqué un bénévole qui offrait à certaines personnes résidentes une boisson chaude et des biscuits dans le cadre du programme « café et biscuits ». Le bénévole a déclaré qu'il se conformait au kardex des besoins diététiques et qu'il n'avait pas offert de boisson ni de collation aux personnes résidentes qui suivaient un régime à texture modifié ou comportant des liquides épaissis. D'après le kardex des besoins diététiques, cela excluait sept personnes résidentes.

Une distribution de collations en bonne et due forme n'a pas suivi. D'après le menu des collations, on devait offrir aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau, des biscuits Digestive, un cocktail de fruits ou de la compote de pommes aux fraises.

Nous avons trouvé que l'absence de boissons en milieu de matinée et dans l'après-midi pour les personnes résidentes du sixième étage était généralisée et présentait un risque pour leur état d'hydratation, en particulier pour les personnes résidentes qui refusent les repas, et celles qui dépendent du personnel pour s'alimenter et boire.

Le titulaire de permis a des antécédents en matière de conformité concernant l'alinéa 71 (3)b) du règlement, car dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2014 (inspection n° 2014_362138_0014) cet alinéa avait fait l'objet d'un plan de redressement volontaire (PVR). De nouveau, dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2015 (inspection n° 2015_285126_0035) cet alinéa avait fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 002, et l'ordre avait été trouvé en conformité le 29 février 2016. De nouveau, lors de l'inspection de la qualité des services de 2016 (numéro d'inspection 2016_330573_0014) cet alinéa a fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 003, et l'OC est émis de nouveau à l'heure actuelle. [Alinéa 71 (3)b)]

2. Le titulaire de permis de s'est pas conformé l'alinéa 71 (3)c) du règlement, car il n'a pas veillé à ce que soit offert à chaque personne résidente au moins une collation dans l'après-midi.

Le 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 14 h 15 à 15 h 45. À 14 h 15, elle a remarqué qu'un bénévole offrait à certaines personnes résidentes une boisson chaude et des biscuits dans le cadre du programme « café et biscuits ». Le bénévole a déclaré qu'il se conformait au kardex des besoins diététiques et qu'il n'avait pas offert de boisson ni de collation aux personnes résidentes qui suivaient un régime à texture modifié ou comportant des liquides épaissis. D'après le kardex des besoins diététiques, cela excluait sept personnes résidentes. Après avoir servi les personnes résidentes du sixième étage, le bénévole s'est rendu au cinquième, et est retourné au sixième étage à 15 h 5.

Une distribution de collations en bonne et due forme n'a pas suivi. D'après le menu des collations, on devait offrir aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau, des biscuits Digestive, un cocktail de fruits ou de la compote de pommes aux fraises.

Selon la PSP n° 122, il incombe à la seule ou à la seule PSP qui est dans l'unité de 14 h 30 à 15 h 30 d'offrir la collation de l'après-midi. À la fin de son poste de travail à 15 h 30, la PSP n° 101 a quitté l'unité sans avoir fait circuler le chariot des collations. [Alinéa 71 (3)c)]

3. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 71 (4) du règlement, car il n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation.

L'inspectrice n° 138 a observé les services de petit déjeuner le 28 septembre 2016. Elle a remarqué que l'on n'offrait pas, aux personnes résidentes qui reçoivent des repas dont les aliments sont en purée, le menu complet du petit déjeuner composé d'aliments en purée, et que l'on offrait seulement une portion de céréales chaudes. En particulier, on a offert à la personne résidente n° 039 des céréales chaudes conformément au menu des aliments en purée. La personne résidente a terminé les céréales et a continué de manifester des indices de faim. On a donné une banane à la personne résidente n° 039, mais on ne lui a offert aucune des autres options du menu qui comportait un pain aux bananes en purée avec sirop, du fromage cottage à la vanille en purée, et des pruneaux en purée. On a remarqué que la personne résidente n° 039 a manifesté une perte de poids involontaire au cours des six derniers mois, d'après les mentions de son poids figurant au dossier.

L'inspectrice n° 138 a également observé, au cours du même service de petit déjeuner, que l'on avait offert seulement la portion de céréales aux personnes résidentes n° 027 et 028, qui nécessitaient toutes deux un régime alimentaire comportant des aliments en purée, en dépit de leurs bons appétits. On n'avait offert à aucune de ces personnes résidentes le fruit en purée, du pain aux bananes en purée avec sirop ou le fromage cottage à la vanille en purée. L'inspectrice a remarqué que ces deux personnes résidentes avaient eu une perte de poids indésirable au cours des six derniers mois, d'après les mentions de leur poids figurant dans leur dossier.

L'inspectrice n° 138 a observé deux autres services de déjeuner, l'un le 27 septembre 2016, et le second le 28 septembre 2016. Elle a remarqué qu'à aucun des services de repas de ces déjeuners on n'avait offert, aux personnes résidentes qui avaient une alimentation en purée, du pain en purée comme l'indique le guide des portions alimentaires du menu. On n'avait pas offert de portion de céréales aux personnes résidentes dont le régime alimentaire comportait des aliments ordinaires ou hachés fins, comme l'indiquait le menu du service de repas pour le déjeuner du 27 septembre 2016. L'inspectrice a également remarqué, lors des deux services de repas pour le déjeuner, que l'on n'offrait pas aux personnes résidentes un choix d'eau ou de lait à boire comme l'indiquait le menu. De plus, elle a également remarqué aux services de repas des deux déjeuners que l'on offrait seulement un choix de dessert aux personnes résidentes. Le 27 septembre 2016, on leur a offert un yogourt aux fruits comme dessert, et le 28 septembre seulement de la crème glacée. Dans les deux cas, on ne proposait aucun autre choix aux personnes résidentes qui refusaient le dessert.

Le 28 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a remarqué que la personne préposée aux soins personnels n° 103 commençait de passer le chariot des boissons vers 10 h 30. Les personnes résidentes y compris les personnes n° 052, 032, 053, 037, 039, 040, 055, 050 et 023 qui étaient assises en face des ascenseurs et dans la salle de télévision, ont reçu du jus de pomme, et du jus de canneberge pour l'une d'elles, en gobelets de 6 oz. On n'a proposé aucun choix. Sur le chariot il y avait des jus froids; il n'y avait pas d'eau ni de lait sur le chariot des collations.

Ce paragraphe 71 (4) du Règl. de l'Ont. 79/10, avait aussi précédemment fait l'objet d'un plan de redressement volontaire dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes de 2016, numéro 2016_330573_0014, et il est émis de nouveau dans le cadre de la présente inspection. [Par. 71 (4)]

Autres mesures requises :

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

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts aux personnes résidentes et disponibles à chaque repas et collation. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règl. de l'Ont. 79/10
Service de restauration et de collation**

Faits saillants :

**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***

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du règlement, car il n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

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

D'après le personnel du service d'alimentation, le rapport sur les types de régimes alimentaires que l'on désigne parfois sous le nom de kardex des besoins diététiques, qui se trouve dans la dépense de l'unité, mentionne les exigences en matière de régime alimentaire des personnes résidentes. L'inspectrice a remarqué que le rapport sur les types de régimes alimentaires mentionnait le type, la texture, la consistance liquide, d'autres directives, et les compléments alimentaires. Néanmoins, il n'indiquait pas les préférences des personnes résidentes concernant les aliments et les liquides, ce qui est particulièrement important pour les personnes résidentes qui ne sont pas en mesure de communiquer elles-mêmes ces préférences.

L'inspectrice n° 138 a observé plusieurs services de repas au sixième étage pendant la durée de l'inspection. Elle a remarqué qu'il y avait des cas où l'on ne fournissait pas aux personnes résidentes des aliments et des liquides conformément au rapport sur les types de régimes alimentaires. En particulier :

Lors du petit déjeuner du 28 septembre 2016, l'inspectrice a observé que le personnel avait offert, à la personne résidente n° 039 qui nécessite un régime alimentaire composé d'aliments en purée, une banane entière. L'inspectrice a examiné le rapport sur les types de régimes alimentaires, et il n'y avait aucune mention indiquant qu'il y avait des exceptions au régime alimentaire de la personne résidente n° 039 composé d'aliments en purée, y compris des bananes entières par opposition à des bananes en purée.

L'inspectrice a également remarqué, lors du service de petit déjeuner, que l'on n'avait pas offert à la personne résidente n° 057 du yogourt grec comme c'était indiqué dans le rapport sur les types de régimes alimentaires.

De plus, l'inspectrice a également remarqué que l'on n'offrait pas aux personnes résidentes du lait homogénéisé ou du lait écrémé comme c'était indiqué dans le rapport sur les types de régimes alimentaires, et qu'on ne leur offrait pas non de la tartina de fruits comme c'était indiqué dans le rapport sur les types de régimes alimentaires.

Au déjeuner, le 27 septembre 2016, l'inspectrice a observé la personne résidente n° 050 que la PSP n° 124 aidait à manger une préparation commerciale de lait épaissi. L'inspectrice a remarqué que le rapport sur les types de régimes alimentaires indique que la personne résidente doit recevoir des liquides fluides ordinaires, et qu'elle a de plus une intolérance au lactose et doit recevoir du lait Lactaid. L'inspectrice a remarqué que la préparation commerciale de lait épaissi n'était pas sans lactose. De plus, la liste des compléments alimentaires mentionne que la personne résidente n° 050 doit recevoir de l'Ensure Plus avec les repas. Ce complément alimentaire n'était pas fourni à la personne résidente lors du repas.

La personne résidente n° 048 a reçu une boisson épaissie au début du déjeuner, car les liquides épaissis figuraient dans le rapport sur les types de régimes alimentaires pour la personne résidente. Au cours du service de repas du déjeuner, l'inspectrice n° 551 a remarqué qu'une personne préposée aux soins personnels donnait à la personne résidente n° 048 une tasse de café, non épaissi, que la personne résidente a bu.

De plus, lors de ce déjeuner, l'inspectrice n° 138 a remarqué que l'on donnait du yogourt contenant des morceaux de fraise à presque toutes les personnes résidentes, même à celles qui suivaient un régime composé d'aliments en purée, notamment les personnes résidentes n° 039, 050 et 055. Le menu indiquait qu'un mélange de petits fruits en purée ou du yogourt à la vanille constituaient les choix de dessert en purée.

L'inspectrice n° 138 a également observé un second service de déjeuner le lendemain, 28 septembre 2016. Elle est passée à côté de la personne résidente n° 048 au début du service de repas et a entendu des gargouillements qui provenaient de la personne résidente. L'inspectrice a remarqué à ce moment-là que l'on avait donné à la personne résidente n° 048 des liquides fluides ordinaires et qu'elle les avait bus au lieu des liquides à consistance de nectar mentionnés dans le rapport sur les types de régimes alimentaires. L'inspectrice a parlé à une personne préposée aux soins personnels au sujet des liquides fluides donnés à la personne résidente. La personne préposée aux soins personnels a déclaré que la personne résidente n° 048 est censée avoir des liquides épaissis, et elle est allée lui en donner. C'était la deuxième fois ce jour-là que l'on offrait des liquides fluides à la personne résidente, car l'inspectrice n° 551 avait également remarqué que l'on avait donné à la personne résidente n° 048 du jus de pomme ordinaire ce matin-là lors de la distribution des boissons en milieu de matinée. L'inspectrice n° 138 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 048, et il indiquait que l'on donnait des liquides épaissis à la personne résidente pour éviter qu'elle aspire les liquides fluides et s'étouffe.

Lors de ce service de déjeuner l'IAA n° 128 aidait la personne résidente n° 027. La PSP n° 120 avait précédemment dit à l'inspectrice n° 138 que la personne résidente n° 027 devait consommer des liquides à consistance de miel, qui sont des liquides plus épais, car elle pouvait facilement tousser et s'étouffer en mangeant. L'inspectrice a examiné le rapport sur les types de régimes alimentaires et a remarqué que l'on devait donner des liquides à consistance de miel à la personne résidente. L'inspectrice a toutefois remarqué que l'IAA n° 128 avait donné à la personne résidente du liquide qui n'avait pas la bonne consistance, en lui donnant à la place des liquides plus clairs à consistance de nectar.

La personne résidente n° 050 avait de l'aide du personnel pour manger de la soupe au début du même déjeuner. Une personne bénévole est alors intervenue pour aider la personne résidente à manger le plat principal. On n'a pas donné à la personne résidente une autre boisson à boire, et on ne lui a pas donné le supplément nutritif que l'on devait lui fournir selon la liste des suppléments.

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

L'inspectrice n° 138 a de nouveau remarqué, lors de ce service de déjeuner, que l'on ne donnait pas de lait homogénéisé, de lait écrémé, ni de yogourt grec aux personnes résidentes selon les indications du rapport sur les types de régimes alimentaires. La personne résidente n° 031 en était un exemple explicite. On ne lui avait pas donné de yogourt grec ni de lait homogénéisé au service de repas du déjeuner comme on l'indiquait dans le rapport sur les types de régimes alimentaires. L'évaluation trimestrielle de la diététiste datée du 6 septembre 2016 dans le système RAI-MDS indiquait que la personne résidente n° 031 avait un poids insuffisant, maigrissait continuellement, et avait un petit appétit. L'intervention de la diététiste doit consister à donner à la personne résidente des aliments à densité élevée en nutriments, comme du lait homogénéisé.

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

L'inspectrice n° 138 a remarqué, durant les services de repas du déjeuner du 27 septembre et du 28 septembre 2016, que le service des repas un plat après l'autre n'était pas toujours offert à toutes les personnes résidentes. Par exemple, on a donné leur soupe aux personnes résidentes n° 023 et 036. On leur a ensuite donné leur plat principal avant de leur avoir fourni de l'aide pour manger leur soupe. Les programmes de soins des personnes résidentes n° 023 et 036 ont été examinés, et ils ne comportaient pas de mention indiquant qu'on ne devait pas leur donner un service de repas un plat après l'autre.

L'inspectrice a également remarqué, lors du même service de repas que les desserts étaient distribués à environ six personnes résidentes dans la salle à manger *Pauline's Place* avant qu'elles aient eu l'occasion de finir de manger leur plat principal. Une autre fois, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 055 mangeait le plat principal quand on lui a donné de la crème glacée comme dessert. La crème glacée de la personne résidente avait fondu lorsque cette dernière était prête à manger le dessert. Le programme de soins de la personne résidente ne comportait pas de mention indiquant qu'on ne devait pas lui donner un service de repas un plat après l'autre.

3. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide. Règl. de l'Ont.79/10. Alinéa 73 (1)10.

Lors du déjeuner du 27 septembre 2016, l'inspectrice n° 138 a observé la PSP n° 120 debout pendant qu'elle faisait manger de la soupe à la personne résidente n° 028, et ensuite en lui faisant boire des liquides épaissis. On donne des liquides épaissis à la personne résidente n° 028 pour l'empêcher de s'étouffer et d'aspirer des liquides.

Lors du petit déjeuner du 28 septembre 2016, l'inspectrice n° 138 a observé la PSP n° 120 debout pendant qu'elle faisait manger le petit déjeuner à la personne résidente n° 023. Plus tard au déjeuner ce jour-là l'inspectrice a observé la PSP n° 124 debout pendant qu'elle faisait manger la personne résidente n° 023, et la PSP n° 120 debout pendant qu'elle faisait manger une autre personne résidente qui est normalement capable de manger de façon autonome.

Lors de tous les repas qu'elle a observés, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 048 avait un mauvais positionnement pendant le service de repas. La personne résidente était assise dans un fauteuil roulant incliné avec une table de lit positionnée au niveau de ses pieds. On remarquait que la distance entre la table et la personne résidente ne l'incitait pas à manger de façon autonome, et qu'il semblait qu'elle avait de la difficulté à se pencher en avant pour tenter d'atteindre la nourriture qui était sur la table. L'inspectrice a parlé à plusieurs membres du personnel concernant le positionnement de la personne n° 048 et on lui a dit que le fauteuil roulant de la personne ne se redressait pas davantage. On n'a fait aucune autre tentative pour positionner correctement la personne résidente n° 048. L'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 048 avait un indice de masse corporelle faible.

4. 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. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 73 (2)b).

L'inspectrice n° 138 a remarqué, lors du déjeuner du 27 septembre 2016, que l'on donnait une soupe à la personne résidente n° 023 à 12 h 2, et le plat principal quelques minutes après. La personne résidente n'avait pas mangé, et on lui a fourni de l'aide seulement 22 minutes plus tard.

Également, lors du même service de repas, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 036 avait une soupe vers 12 h 2. La personne résidente n'avait pas mangé, et on lui a donné le plat principal quelques minutes plus tard. De nouveau, la personne résidente a mangé seulement trente minutes plus tard quand elle a eu de l'aide d'une PSP.

L'inspectrice a parlé à la PSP n° 124 au sujet de la capacité des personnes résidentes n° 023 et 036 de s'alimenter elles-mêmes. La PSP n° 124 a déclaré que les deux personnes résidentes nécessitent une assistance totale pour manger.

Le titulaire de permis a des antécédents en matière de conformité concernant l'article 73 du règlement, car dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2014 (inspection n° 2014_362138_0014) cet article avait fait l'objet d'un plan de redressement volontaire (PVR). De nouveau, dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2015 (inspection n° 2015_285126_0035) cet article a fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 001, et l'ordre avait été trouvé en conformité le 29 février 2016. De nouveau, lors de l'inspection de la qualité des services de 2016 (numéro d'inspection 2016_330573_0014) cet article a fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 002, et l'OC est émis de nouveau à l'heure actuelle. [Art. 73]

Autres mesures requises :

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

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 26 du Règl. de l'Ont. 79/10
Programme de soins**

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

**Par. 26 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation
interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :**

19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 26 (3).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 26 (3)19 du règlement, car il n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire des risques qu'il pose en matière de sécurité d'une personne résidente concernant les dispositifs de contention.

Le 28 septembre 2016, l'inspectrice n° 138 a observé que la personne résidente n° 058 était mal positionnée dans un fauteuil roulant, avec une ceinture abdominale Posey matelassée qui avait été attachée à l'arrière du fauteuil roulant. Comme on l'indique dans l'AE n° 6, on a constaté que la ceinture abdominale Posey matelassée n'avait pas été mise selon les instructions du fabricant. Plus tard lors de cette même journée, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente était toujours assise dans le fauteuil roulant avec la ceinture abdominale Posey matelassée, mais cette fois-ci, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente avait beaucoup glissé dans le fauteuil roulant et que la ceinture Posey remontait de la région pelvienne au milieu de l'abdomen de la personne résidente. L'inspectrice n° 138 a parlé à la PSP n° 124 au sujet du positionnement de la personne résidente n° 058. La PSP n° 124 a déclaré que la personne résidente glisse fréquemment dans le fauteuil roulant, quelle que soit la fréquence à laquelle on la repositionne.

L'inspectrice a parlé de la personne résidente n° 058 à la directrice des soins et responsable clinique. Cette dernière a déclaré qu'elle était au courant que la personne résidente glissait dans le fauteuil roulant, même lorsqu'on lui mettait la ceinture abdominale Posey matelassée et avec des repositionnements fréquents. La directrice des soins et responsable clinique a indiqué que la personne résidente n'était pas en mesure de faire l'acquisition d'un nouveau fauteuil roulant et que, par conséquent, le foyer avait dû lui fournir un des fauteuils roulants dont il disposait. La directrice des soins et responsable clinique a déclaré que le foyer recherche actuellement, dans les articles qu'il a en stock, un fauteuil roulant qui conviendrait mieux pour la personne résidente et qui, avec un peu de chance, l'empêchera de glisser.

Cela a amené l'inspectrice à examiner le dossier médical de la personne résidente n° 058. On y indiquait que l'on avait commencé d'utiliser le fauteuil roulant avec une ceinture abdominale à titre de dispositif de contention en juillet 2016, avec ordonnance de médecin à cet effet et mention dans le programme de soins de la personne résidente. L'inspectrice a poursuivi l'examen du dossier médical de la personne résidente, y compris les notes d'évolution qui indiquaient que celle-ci souffrait de mouvements involontaires et manifestait fréquemment de l'agression physique. L'inspectrice a également regardé une note d'évolution particulière d'août 2016 qui indiquait que la personne

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*

résidente avait glissé dans le fauteuil roulant en ayant la ceinture abdominale, et qu'on l'avait trouvée coincée dans le fauteuil roulant. L'inspectrice a de nouveau parlé à la directrice des soins et responsable clinique concernant cet incident, et celle-ci a confirmé que l'on avait trouvé la personne résidente dans le fauteuil roulant, et que la ceinture abdominale Posey matelassée qu'on lui avait mise avait suffisamment glissé dans le fauteuil roulant de sorte que la personne résidente était coincée.

L'inspectrice a alors parlé de la personne résidente n° 058 à la physiothérapeute du foyer et à une aide-physiothérapeute. Ces deux personnes ont déclaré que le foyer n'inclut pas la physiothérapie lors de l'évaluation en vue de l'utilisation de dispositifs de contention. La physiothérapeute a déclaré de plus qu'elle n'avait pas participé à l'évaluation de l'utilisation d'un fauteuil roulant avec ceinture abdominale comme dispositif de contention de la personne résidente n° 058, et elle a indiqué que celle-ci est autonome et ambulatoire. La physiothérapeute a également déclaré que le foyer n'a pas son propre service d'ergothérapie pour des services comme les évaluations et les ajustements concernant les fauteuils roulants, mais que des services d'ergothérapie ne pouvaient être fournis à la personne résidente que par une compagnie privée ou en faisant un aiguillage vers un centre d'accès aux soins communautaires (CASC).

L'inspectrice a examiné une fois encore le dossier médical de la personne résidente n° 058 et a remarqué que l'on n'avait pas fait d'aiguillage vers des services de physiothérapie ou vers un CASC pour que des services d'ergothérapie fournissent, en juillet 2016, une évaluation afin de commencer à utiliser un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale à titre de dispositif de contention, en particulier étant donné le risque que l'agression physique et les mouvements involontaires posent en matière de sécurité de la personne résidente. L'inspectrice a également remarqué que l'on n'avait pas fait d'aiguillage à l'un ou l'autre de ces services après avoir observé, en août 2016, que la personne résidente présentait un risque supplémentaire en matière de sécurité quand on l'avait découverte coincée dans le fauteuil roulant après y être restée assise avec la ceinture lombaire en place.

On a remarqué à la fin de l'inspection que le fauteuil roulant de la personne résidente n° 058 avait été changé et remplacé par un fauteuil roulant différent et plus petit comportant une ceinture abdominale qui semblait mieux s'adapter à la personne résidente. On a également remarqué que le foyer avait fait un aiguillage vers un CASC pour obtenir une consultation de services d'ergothérapie concernant le fauteuil roulant actuel muni d'un dispositif de contention consistant en une ceinture abdominale.

[Alinéa 26 (3)19]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que le programme de soins concernant le risque de sécurité pour les dispositifs de contention soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 68 du Règl. de l'Ont. 79/10
Programme de soins alimentaires et d'hydratation**

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

Par. 68 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

- a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).**
- b) l'identification des risques afférents aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).**
- c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).**
- d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques afférents à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).**
- e) un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner à l'égard de chaque résident :**
 - (i) le poids à l'admission et tous les mois par la suite,**
 - (ii) l'indice de masse corporelle et la stature à l'admission et une fois par année par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 68 (2).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 68 (2)a) du règlement, car il n'a pas veillé à ce que les programmes de soins alimentaires, de services de diététique et d'hydratation comportent l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme d'hydratation structuré, requis aux termes de l'alinéa 11 (1)b) de la Loi, qui comporte l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de marches à suivre relatives à l'hydratation.

Dans le cadre de l'OC n° 003 émis le 20 juin 2016 (2016_330573_0014) on a ordonné au titulaire de permis d'élaborer et de mettre en œuvre une politique relative à l'hydratation qui indique, au minimum, les types et les quantités de liquides à donner aux personnes résidentes lors de chaque service de repas et de collation, en portant une attention particulière aux personnes résidentes qui nécessitent des liquides épaissis. La date de conformité était le 31 juillet 2016.

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

Le 27 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a contrôlé le déjeuner du sixième étage concernant l'hydratation. Selon le kardex des besoins diététiques, deux personnes résidentes (n° 028 et 048) nécessitent des liquides à consistance de nectar, et une personne résidente (n° 027) nécessite des liquides à consistance de miel. L'inspectrice a remarqué que les personnes résidentes n° 027 et 048 n'avaient pas reçu de soupe dans le cadre de leur repas, soupe qui selon le foyer est considérée comme 180 ml de liquide. Pendant ce service de repas, elle a de plus remarqué ce qui suit :

- pour la personne résidente n° 027 qui n'avait pas reçu de boisson en milieu de matinée, on a versé dans un gobelet le contenu d'un Tetra Pak de 250 ml d'eau à consistance de nectar, et on l'a épaissie avec de la poudre épaississante. La personne résidente n'a pas consommé l'eau et on a remarqué que l'on a jeté le gobelet plein à la fin du repas.
- la personne résidente n° 028 qui n'avait pas reçu de boisson en milieu de matinée a reçu 120 ml de jus épaissi et une portion de soupe épaissie, soit une ingestion d'environ 400 ml de liquides.

Le 28 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a également contrôlé le déjeuner du sixième étage concernant l'hydratation. Elle a remarqué que les personnes résidentes n° 027 et 048 n'avaient pas reçu de soupe dans le cadre de leur repas, soupe qui, comme nous l'avons précédemment indiqué, compte comme un liquide. L'inspectrice a de plus observé ce qui suit :

- la personne résidente n° 028 qui n'avait pas reçu de boisson en milieu de matinée a reçu 120 ml de jus d'orange et une portion de soupe.
- la personne résidente n° 027 qui n'avait pas reçu de boisson en milieu de matinée a reçu 120 ml de jus de canneberge à consistance de nectar et un Tetra Pak de 250 ml d'eau à consistance de nectar. La personne résidente a consommé le jus de canneberge et l'eau a été ajoutée dans le même verre. À 12 h 45, l'inspectrice a remarqué que l'on jetait environ un quart de l'eau.

Le 29 septembre 2016, la responsable du service alimentaire des patients a envoyé à l'inspectrice n° 551 deux documents intitulés *Guidelines related to Hydration* (lignes directrices relatives à l'hydratation) (date de révision : août 2016) et *Hydration Management at EBR* (gestion de l'hydratation à la Résidence Elizabeth Bruyère) (datée du 22 septembre 2016). D'après la responsable du service alimentaire des patients, les documents ont été préparés par la directrice des soins et responsable clinique et par la diététiste, respectivement.

Lors d'une réunion avec la directrice des soins et responsable clinique, le 30 septembre 2016, elle a indiqué que ces documents serviront à l'élaboration d'une politique ayant trait à l'hydratation par la personne chargée de l'élaboration des politiques de l'entreprise, et qu'à ce jour on n'a pas élaboré ni mis en œuvre une véritable politique ayant trait à l'hydratation. [Alinéa 68 (2)a)]

Selon l'alinéa 68 (2)d), le paragraphe 8 (1) et l'alinéa 30 (1)1 du règlement, le foyer est tenu d'avoir des politiques pertinentes auxquelles le titulaire de permis se conforme relativement à un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides par les résidents dont les risques afférents à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés.

Durant le service de repas et de collation, l'inspectrice n° 551 a observé plusieurs personnes résidentes dont les risques afférents à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés, et elle a examiné les documents relatifs à l'ingestion de liquides de ces mêmes personnes résidentes. L'inspectrice a trouvé que la documentation concernant l'ingestion d'aliments et de liquides était exagérée pour ces personnes ayant des risques afférents à l'alimentation et à l'hydratation.

**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***

En particulier, l'inspectrice a contrôlé l'ingestion d'aliments et de liquides pour les personnes résidentes n° 027, 028 et 048, car elles nécessitent des liquides épaissis, et que l'on a remarqué que leur ingestion de liquides était limitée.

Le 27 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a contrôlé le sixième étage de 9 h 50 à 10 h, et de 10 h 20 à 10 h 45. L'inspectrice n'a pas remarqué de distribution de boissons en milieu de matinée.

D'après le dossier électronique dans l'interface Point of Care (POC), le 27 septembre 2016 à 10 h 30, la personne résidente n° 028 avait consommé deux (2) portions de liquides et mangé 25 % d'une collation (mention faite au dossier à 10 h 52); la personne résidente n° 027 avait consommé une (1) portion de liquides et refusé une collation (mention faite au dossier à 10 h 58); la personne résidente n° 048 avait consommé une (1) portion de liquides et mangé 25 % d'une collation (mention faite au dossier à 9 h 44).

Le 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a contrôlé le sixième étage de 9 h 55 à 11 h 10. À 11 h 20, elle a remarqué que l'on avait emmené les personnes résidentes à la salle à manger en préparation du déjeuner. L'inspectrice n'a pas remarqué de distribution de boissons en milieu de matinée. Le 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a contrôlé le sixième étage de 14 h 15 à 15 h 45 et elle n'a pas remarqué de distribution de collations dans l'après-midi.

On a choisi au hasard dans l'interface POC les dossiers de trois personnes résidentes aux fins d'examen.

Lorsqu'on avait remarqué que les personnes résidentes n'avaient pas reçu de collation en milieu de matinée ou dans l'après-midi, on indiquait ce qui suit le 29 septembre 2016 :

- La personne résidente n° 028 a consommé une portion de liquides et 25 % d'une collation en milieu de matinée et dans l'après-midi (mention faite au dossier à 10 h 51 et 13 h 42, respectivement).
- La personne résidente n° 052 a consommé une portion de liquides en milieu de matinée, et une portion de liquides et 25 % d'une collation dans l'après-midi (mention faite au dossier à 10 h 45 et 14 h 42, respectivement).
- La personne résidente n° 053 a consommé une portion de liquides en milieu de matinée, et une portion de liquides et 100 % d'une collation dans l'après-midi (mention faite au dossier à 10 h 59 et 13 h 34, respectivement).

En ce qui concerne un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes dont les risques afférents à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés, la directrice des soins et responsable clinique a fourni des copies de deux politiques intitulées *Weight and Height Measurement (clin care 23)* [mesure de la taille et du poids (clin care 23)] et *Diet Order Process (clin care 03)* [exécution des directives concernant les régimes alimentaires (clin care 03)]. La directrice des soins et responsable clinique n'a pas été en mesure de produire une politique qui traite du système de surveillance de l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes.

Cet alinéa 68 (2)a) du Règl. de l'Ont. 79/10, avait précédemment fait l'objet d'un plan de redressement volontaire dans le cadre de l'inspection de 2016 de la qualité des services aux personnes résidentes, inspection numéro 2016_330573_0014, et l'on réitère l'exigence de ce plan de redressement volontaire dans le cadre de la présente inspection. [Alinéa 68 (2)a)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le foyer a une politique de surveillance et d'évaluation exacte de l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes lors des repas et des collations. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 76 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.

Formation

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

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

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 76 (4) de la Loi, car il n'a pas veillé à ce que les personnes se recyclent.

Conformément au paragraphe susmentionné, au paragraphe 76 (1) et aux alinéas 76 (2)1 et 3 de la Loi, ainsi qu'au paragraphe 219 (1) du règlement, le titulaire de permis doit offrir de la formation et un recyclage annuel aux membres du personnel dans les domaines de la déclaration des droits des résidents et de la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Les inspectrices n° 138 et 551 observaient le service de déjeuner au sixième étage le 28 septembre 2016, quand un bruit provenant de l'arrière de la salle à manger a attiré leur attention. Les deux inspectrices se sont tournées pour voir et ont observé la préposée à l'entretien ménager n° 129 à l'arrière de la salle à manger qui parlait de façon inappropriée en présence de personnes résidentes (environ cinq personnes résidentes se trouvaient dans cette salle à manger à ce moment-là). On a clos l'incident, et le service de repas s'est poursuivi.

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

Les deux inspectrices ont rencontré la directrice des soins et responsable clinique immédiatement après le service de repas pour signaler la conduite de la préposée à l'entretien ménager. À ce moment-là, l'inspectrice n° 138 a demandé la dernière formation que cette personne avait terminée sur la déclaration des droits des résidents, et toute formation concernant la prévention des mauvais traitements infligés aux personnes résidentes. La directrice des soins et responsable clinique a consulté le superviseur de l'environnement et des services d'entretien ménager et la directrice de l'apprentissage et du perfectionnement concernant la formation de la préposée à l'entretien ménager n° 129, et l'on a déterminé que cette personne n'avait reçu aucune formation sur la déclaration des droits des résidents ou dans le domaine des mauvais traitements infligés aux personnes résidentes. [Par. 76 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle tous les préposés à l'entretien ménager reçoivent une formation annuelle dans le domaine de la déclaration des droits des résidents et de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 110 du Règl. de l'Ont. 79/10. Contention au moyen d'un appareil mécanique

En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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 (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 :

2. L'appareil mécanique est maintenu en bon état. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 110 (1)1 du règlement, car il n'a pas veillé à assurer, lorsqu'une personne résidente est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, que le personnel ait recours à l'appareil conformément aux instructions du fabricant.

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

Le 28 septembre 2016, on a remarqué que la personne résidente n° 058 était mal positionnée dans un fauteuil roulant, avec une ceinture abdominale Posey matelassée qui avait été attachée à l'arrière du fauteuil roulant. L'inspectrice a surveillé la personne résidente pendant toute la durée de l'inspection, et a remarqué que l'on avait mis à la personne résidente la ceinture abdominale Posey matelassée, mais qu'elle était attachée à l'arrière du fauteuil roulant selon des configurations chaque jour différentes. L'inspectrice a observé que cette personne résidente avait glissé plusieurs fois dans le fauteuil roulant pendant qu'elle avait la ceinture abdominale Posey matelassée.

Le 27 septembre 2016, on a remarqué que la personne résidente n° 057 était assise dans un fauteuil roulant, avec une ceinture abdominale Posey matelassée qui avait été attachée à l'arrière du fauteuil roulant. Chaque jour, on a observé la personne résidente dans un fauteuil roulant avec la ceinture abdominale Posey matelassée qu'on lui avait mise, mais, comme pour la personne résidente n° 058 susmentionnée, la ceinture était attachée à l'arrière du fauteuil roulant selon des configurations différentes.

À plusieurs reprises au cours de l'inspection, l'inspectrice a parlé à la directrice des soins et responsable clinique au sujet de l'utilisation de la ceinture abdominale Posey matelassée comme moyen de contention. La directrice des soins et responsable clinique a déclaré qu'il s'agissait de dispositifs de contention approuvés dans le foyer, et elle a confirmé à l'inspectrice que les ceintures abdominales Posey matelassées utilisées par les personnes résidentes n° 057 et 058 étaient celles qui sont mentionnées dans la politique du foyer en matière de contention. Cette politique mentionnait que la ceinture abdominale Posey matelassée était un dispositif de contention approuvé pour le foyer, et elle fournissait un lien vers un site Web pour obtenir les instructions du fabricant. L'inspectrice s'est procuré les instructions du fabricant pour les ceintures abdominales Posey matelassées utilisées dans le foyer, et a examiné ces instructions. Elle a remarqué que les ceintures abdominales Posey matelassées mises aux personnes résidentes n° 057 et 058 n'étaient pas mises selon les instructions du fabricant à aucun moment pendant l'inspection. [Alinéa 110 (1)1]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 110 (1)2 du règlement, car il n'a pas veillé à assurer le respect des exigences selon lesquelles, lorsqu'une personne résidente est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, l'appareil mécanique est maintenu en bon état.

L'inspectrice n° 138 a observé la personne résidente n° 045 qui était assise dans un fauteuil roulant en ayant une ceinture abdominale Posey matelassée. Le 3 octobre 2016, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente était assise dans un fauteuil roulant dans le salon sans aucune sorte de ceinture abdominale. L'inspectrice a fait la même observation le lendemain, 4 octobre 2016. Elle a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 045 et a remarqué qu'il indiquait que la personne résidente n° 045 devait avoir, quand elle était dans un fauteuil roulant, une tablette munie d'une boucle ou d'une ceinture abdominale utilisée comme dispositif de contention quand elle était assise dans un fauteuil roulant.

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

L'inspectrice a continué d'observer la personne résidente n° 045 plus tard dans la journée du 4 octobre 2016, et elle a remarqué qu'elle avait une tablette fixée au fauteuil roulant. L'inspectrice a parlé aux PSP n° 101 et 123 concernant cette observation. La PSP n° 101 a déclaré que la personne résidente n° 045 brisera les ceintures abdominales et qu'elle avait brisé la dernière de sorte qu'elle n'était plus utilisable. La PSP n° 101 a de plus affirmé que la tablette de la personne résidente n° 045 était également brisée, mais qu'elle l'avait attachée du mieux qu'elle pouvait. L'inspectrice s'est alors approchée de la personne résidente n° 045 avec la PSP n° 101 qui a montré comment elle avait installé la tablette. L'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 045 ne portait pas de ceinture abdominale à ce moment-là. L'inspectrice a également remarqué que l'on avait mis la tablette, mais que la courroie et la boucle du côté gauche étaient enroulées à l'arrière du cadre du fauteuil roulant, tandis que la courroie et la boucle du côté droit étaient manquantes, ce qui faisait que la contention n'était pas sécuritaire.

L'inspectrice a transmis cette observation à la directrice des soins et responsable clinique qui a déclaré qu'elle était courant que la personne résidente brise les dispositifs de contention qu'on lui met. [Alinéa 110 (1)2]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle un dispositif mécanique utilisé aux fins de contention est appliqué conformément aux directions du fabricant et est maintenu en bon état. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 110 du Règl. de l'Ont. 79/10. Politique visant le recours minimal à la contention, etc.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la politique écrite du foyer prévue à l'article 29 de la Loi traite de ce qui suit :

- a) l'utilisation d'appareils mécaniques; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- b) les obligations et responsabilités du personnel, notamment :**
 - (i) qui est autorisé à avoir recours à un appareil mécanique pour maîtriser un résident ou de dégager un résident d'un tel appareil,**
 - (ii) pour ce qui est de veiller à ce que tout le personnel concerné soit au courant en tout temps lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- c) la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- d) les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- e) la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils mécaniques, prévue à l'article 31 de la Loi, et d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la Loi; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**

- f) les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.
- g) le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 109d) du règlement, car il n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer qui concerne la contention mentionne les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser.

Conformément à cet article et à l'article 112.4 du règlement, la politique du foyer qui concerne la contention doit mentionner les appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser conformément aux dispositions législatives. L'inspectrice n° 138 a examiné politique du foyer relative aux moyens de contention intitulée *Restraint Minimization* (recours minimal aux dispositifs de contention) dont la date de révision était novembre 2013. Cette politique indiquait que les sangles de contention pour poignet et cheville sont des appareils mécaniques autorisés dans le foyer pour maîtriser une personne. Étant donné que les sangles de contention pour poignet et cheville sont du matériel de contrainte aux quatre extrémités, elles ne sont pas permises aux termes de l'article 112.4 du règlement. L'inspectrice a parlé à l'administratrice et à la directrice des soins et responsable clinique concernant les sangles de contention pour poignet et cheville mentionnées dans la politique du foyer relative aux moyens de contention. La directrice des soins et responsable clinique a déclaré que ces dispositifs de contention ne sont pas utilisés dans le foyer, mais qu'ils sont inclus dans la politique, car elle est applicable au complexe de Soins continus Bruyère, et n'est pas particulière au foyer. La directrice des soins et responsable clinique a déclaré qu'il y a un certain nombre de politiques qui nécessitent d'être mises à jour avec des instructions spécifiques pour les foyers de soins de longue durée. [Alinéa 109d)]

Émis le 6 octobre 2016.**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices****Original du rapport signé par l'inspectrice.**



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

**Long-Term Care Division
Long-Term Care Inspections Branch
Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie modifiée destinée au public

Nom de l'inspectrice (n°) : PAULA MACDONALD (138) (A1)

N° de l'inspection : 2016_450138_0032 (A1)

Registre n° : 018795-16, 018796-16, 018797-16

Genre d'inspection : Suivi

Date(s) du rapport : 7 octobre 2016

Titulaire de permis : SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC.
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de SLD : RÉSIDENCE ÉLISABETH-BRUYÈRE
75, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

Nom de l'administratrice : Melissa Donskov

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

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

Lien vers ordre existant : 2016_330573_0014, OC n° 003

Aux termes du :

paragraphe 71 (3) du Règlement de l'Ontario 79/10, le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

- a) trois repas par jour;
- b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner;
- c) une collation l'après-midi et le soir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (3).

Ordre :

1. Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque personne résidente, y compris aux personnes résidentes qui nécessitent des liquides épaissis, au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi.
2. Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque personne résidente au moins une collation l'après-midi.
3. Le titulaire de permis continuera d'élaborer puis de mettre en œuvre une politique relative à l'hydratation qui offre, au minimum, les types et les quantités de liquides à donner aux personnes résidentes lors de chaque service de repas et de collation, en portant une attention particulière aux personnes résidentes qui nécessitent des liquides épaissis.

Motifs :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'alinéa 71 (3)b) du règlement, car il n'a pas veillé à ce que soient offerts à chaque personne résidente au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi.

Le 27 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 9 h 50 à 10 heures et de 10 h 20 à 10 h 45. Elle n'a pas remarqué de distribution de boissons en milieu de matinée. D'après le menu des collations, on doit offrir quotidiennement aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau en milieu de matinée.

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 27 septembre 2016, on a observé la distribution des collations et remarqué que les personnes résidentes n° 027, 028 et 048 étaient au lit. La personne préposée aux soins personnels n° 116 qui offrait les collations a déclaré que l'on n'offrira pas de boisson de l'après-midi aux personnes résidentes qui étaient au lit.

Le 28 septembre 2016, on n'a pas offert de boisson aux personnes résidentes n° 036 et 028 qui étaient assises dans la zone en face des ascenseurs ni à la personne résidente n° 027 qui était dans la salle de télévision. On n'a pas offert de boisson à la personne résidente n° 057 qui était dans une salle avec des visiteurs.

Le 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 9 h 55 à 11 h 10. À 11 h 20, elle a remarqué que l'on avait emmené les personnes résidentes à la salle à manger en prévision du repas de midi. L'inspectrice n'a pas remarqué de distribution de boissons en milieu de matinée. D'après le menu des collations, on doit offrir quotidiennement aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau en milieu de matinée.

Le 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 14 h 15 à 15 h 45. À 14 h 15, elle a remarqué un bénévole qui offrait à certaines personnes résidentes une boisson chaude et des biscuits dans le cadre du programme « café et biscuits ». Le bénévole a déclaré qu'il se conformait au kardex des besoins diététiques et qu'il n'avait pas offert de boisson ni de collation aux personnes résidentes qui suivaient un régime à texture modifié ou comportant des liquides épaissis. D'après le kardex des besoins diététiques, cela excluait sept personnes résidentes.

Une distribution de collations en bonne et due forme n'a pas suivi. D'après le menu des collations, on devait offrir aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau, des biscuits Digestive, un cocktail de fruits ou de la compote de pommes aux fraises.

Nous avons trouvé que l'absence de boissons en milieu de matinée et dans l'après-midi pour les personnes résidentes du sixième étage était généralisée et présentait un risque pour leur état d'hydratation, en particulier pour les personnes résidentes qui refusent les repas, et celles qui dépendent du personnel pour s'alimenter et boire.

Le titulaire de permis a des antécédents en matière de conformité concernant l'alinéa 71 (3)b) du règlement, car dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2014 (inspection n° 2014_362138_0014) cet alinéa avait fait l'objet d'un plan de redressement volontaire (PVR). De nouveau, dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2015 (inspection n° 2015_285126_0035) cet alinéa avait fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 002, et l'ordre avait été trouvé en conformité le 29 février 2016. De nouveau, lors de l'inspection de la qualité des services de 2016 (numéro d'inspection 2016_330573_0014) cet alinéa a fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 003, et l'OC est émis de nouveau à l'heure actuelle. [Alinéa 71 (3)b)]

2. Le titulaire de permis de s'est pas conformé l'alinéa 71 (3)c) du règlement, car il n'a pas veillé à ce que soit offert à chaque personne résidente au moins une collation dans l'après-midi.

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 29 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a effectué un contrôle du sixième étage de 14 h 15 à 15 h 45. À 14 h 15, elle a remarqué qu'un bénévole offrait à certaines personnes résidentes une boisson chaude et des biscuits dans le cadre du programme « café et biscuits ». Le bénévole a déclaré qu'il se conformait au kardex des besoins diététiques et qu'il n'avait pas offert de boisson ni de collation aux personnes résidentes qui suivaient un régime à texture modifié ou comportant des liquides épaissis. D'après le kardex des besoins diététiques, cela excluait sept personnes résidentes. Après avoir servi les personnes résidentes du sixième étage, le bénévole s'est rendu au cinquième, et est retourné au sixième étage à 15 h 5.

Une distribution de collations en bonne et due forme n'a pas suivi. D'après le menu des collations, on devait offrir aux personnes résidentes du lait, un assortiment de jus et de l'eau, des biscuits Digestive, un cocktail de fruits ou de la compote de pommes aux fraises.

Selon la PSP n° 122, il incombe à la seule ou au seul PSP qui est dans l'unité de 14 h 30 à 15 h 30 d'offrir la collation de l'après-midi. À la fin de son poste de travail à 15 h 30, la PSP n° 101 a quitté l'unité sans avoir fait circuler le chariot des collations. (551)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 novembre 2016

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Lien vers ordre existant : 2016_330573_0014, OC n° 002

Aux termes de :

l'article 73 du Règlement de l'Ontario 79/10. Service de restauration et de collation.

Ordre :

Le titulaire de permis veille à ce que le service de restauration et de collation comprenne :

1. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes afin que l'on donne aux personnes résidentes les régimes alimentaires, items particuliers figurant dans leur programme de soins, et les choix du menu conformément à leurs préférences et aversions.
2. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque personne résidente, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.
3. Des techniques adéquates pour aider les personnes résidentes à manger, notamment le positionnement sécuritaire des personnes résidentes qui ont besoin d'aide.
4. Aucun repas n'est servi à une personne résidente 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,

Motifs :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du règlement, car il n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

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

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*

D'après le personnel du service d'alimentation, le rapport sur les types de régimes alimentaires que l'on désigne parfois sous le nom de kardex des besoins diététiques, qui se trouve dans la dépense de l'unité, mentionne les exigences en matière de régime alimentaire des personnes résidentes.

L'inspectrice a remarqué que le rapport sur les types de régimes alimentaires mentionnait le type, la texture, la consistance liquide, d'autres directives, et les compléments alimentaires. Néanmoins, il n'indiquait pas les préférences des personnes résidentes concernant les aliments et les liquides, ce qui est particulièrement important pour les personnes résidentes qui ne sont pas en mesure de communiquer elles-mêmes ces préférences.

L'inspectrice n° 138 a observé plusieurs services de repas au sixième étage pendant la durée de l'inspection. Elle a remarqué qu'il y avait des cas où l'on ne fournissait pas aux personnes résidentes des aliments et des liquides conformément au rapport sur les types de régimes alimentaires. En particulier :

Lors du petit déjeuner du 28 septembre 2016, l'inspectrice a observé que le personnel avait offert, à la personne résidente n° 039 qui nécessite un régime alimentaire composé d'aliments en purée, une banane entière. L'inspectrice a examiné le rapport sur les types de régimes alimentaires, et il n'y avait aucune mention indiquant qu'il y avait des exceptions au régime alimentaire de la personne résidente n° 039 composé d'aliments en purée, y compris des bananes entières par opposition à des bananes en purée.

L'inspectrice a également remarqué, lors du service de petit déjeuner, que l'on n'avait pas offert à la personne résidente n° 057 du yogourt grec comme c'était indiqué dans le rapport sur les types de régimes alimentaires.

De plus, l'inspectrice a également remarqué que l'on n'offrait pas aux personnes résidentes du lait homogénéisé ou du lait écrémé comme c'était indiqué dans le rapport sur les types de régimes alimentaires, et qu'on ne leur offrait pas non de la tartine de fruits comme c'était indiqué dans le rapport sur les types de régimes alimentaires.

Au déjeuner, le 27 septembre 2016, l'inspectrice a observé la personne résidente n° 050 que la PSP n° 124 aidait à manger une préparation commerciale de lait épaissi. L'inspectrice a remarqué que le rapport sur les types de régimes alimentaires indique que la personne résidente doit recevoir des liquides fluides ordinaires, et qu'elle a de plus une intolérance au lactose et doit recevoir du lait Lactaid. L'inspectrice a remarqué que la préparation commerciale de lait épaissi n'était pas sans lactose. De plus, la liste des compléments alimentaires mentionne que la personne résidente n° 050 doit recevoir de l'Ensure Plus avec les repas. Ce complément alimentaire n'était pas fourni à la personne résidente lors du repas.

La personne résidente n° 048 a reçu une boisson épaissie au début du déjeuner, car les liquides épaissis figuraient dans le rapport sur les types de régimes alimentaires pour la personne résidente. Au cours du service de repas du déjeuner, l'inspectrice n° 551 a remarqué qu'une personne préposée aux soins personnels donnait à la personne résidente n° 048 une tasse de café, non épaissi, que la personne résidente a bu.

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*

De plus, lors de ce déjeuner, l'inspectrice n° 138 a remarqué que l'on donnait du yogourt contenant des morceaux de fraise à presque toutes les personnes résidentes, même à celles qui suivaient un régime composé d'aliments en purée, notamment les personnes résidentes n° 039, 050 et 055. Le menu indiquait qu'un mélange de petits fruits en purée ou du yogourt à la vanille constituaient les choix de dessert en purée.

L'inspectrice n° 138 a également observé un second service de déjeuner le lendemain, 28 septembre 2016. Elle est passée à côté de la personne résidente n° 048 au début du service de repas et a entendu des gargouillements qui provenaient de la personne résidente. L'inspectrice a remarqué à ce moment-là que l'on avait donné à la personne résidente n° 048 des liquides fluides ordinaires et qu'elle les avait bus au lieu des liquides à consistance de nectar mentionnés dans le rapport sur les types de régimes alimentaires. L'inspectrice a parlé à une personne préposée aux soins personnels au sujet des liquides fluides donnés à la personne résidente. La personne préposée aux soins personnels a déclaré que la personne résidente n° 048 est censée avoir des liquides épaissis, et elle est allée lui en donner. C'était la deuxième fois ce jour-là que l'on offrait des liquides fluides à la personne résidente, car l'inspectrice n° 551 avait également remarqué que l'on avait donné à la personne résidente n° 048 du jus de pomme ordinaire ce matin-là lors de la distribution des boissons en milieu de matinée. L'inspectrice n° 138 a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 048, et il indiquait que l'on donnait des liquides épaissis à la personne résidente pour éviter qu'elle aspire les liquides fluides et s'étouffe.

Lors de ce service de déjeuner l'IAA n° 128 aidait la personne résidente n° 027. La PSP n° 120 avait précédemment dit à l'inspectrice n° 138 que la personne résidente n° 027 devait consommer des liquides à consistance de miel, qui sont des liquides plus épais, car elle pouvait facilement tousser et s'étouffer en mangeant. L'inspectrice a examiné le rapport sur les types de régimes alimentaires et a remarqué que l'on devait donner des liquides à consistance de miel à la personne résidente. L'inspectrice a toutefois remarqué que l'IAA n° 128 avait donné à la personne résidente du liquide qui n'avait pas la bonne consistance, en lui donnant à la place des liquides plus clairs à consistance de nectar.

La personne résidente n° 050 avait de l'aide du personnel pour manger de la soupe au début du même déjeuner. Une personne bénévole est alors intervenue pour aider la personne résidente à manger le plat principal. On n'a pas donné à la personne résidente une autre boisson à boire, et on ne lui a pas donné le supplément nutritif que l'on devait lui fournir selon la liste des suppléments.

L'inspectrice n° 138 a de nouveau remarqué, lors de ce service de déjeuner, que l'on ne donnait pas de lait homogénéisé, de lait écrémé, ni de yogourt grec aux personnes résidentes selon les indications du rapport sur les types de régimes alimentaires. La personne résidente n° 031 en était un exemple explicite. On ne lui avait pas donné de yogourt grec ni de lait homogénéisé au service de repas du déjeuner comme on l'indiquait dans le rapport sur les types de régimes alimentaires. L'évaluation trimestrielle de la diététiste datée du 6 septembre 2016 dans le système RAI-MDS indiquait que la personne résidente n° 031 avait un poids insuffisant, maigrissait continuellement, et avait un petit appétit. L'intervention de la diététiste doit consister à donner à la personne résidente des aliments à densité élevée en nutriments, comme du lait homogénéisé.

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*

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

L'inspectrice n° 138 a remarqué, durant les services de repas du déjeuner du 27 septembre et du 28 septembre 2016, que le service des repas un plat après l'autre n'était pas toujours offert à toutes les personnes résidentes. Par exemple, on a donné leur soupe aux personnes résidentes n° 023 et 036. On leur a ensuite donné leur plat principal avant de leur avoir fourni de l'aide pour manger leur soupe. Les programmes de soins des personnes résidentes n° 023 et 036 ont été examinés, et ils ne comportaient pas de mention indiquant qu'on ne devait pas leur donner un service de repas un plat après l'autre.

L'inspectrice a également remarqué, lors du même service de repas que les desserts étaient distribués à environ six personnes résidentes dans la salle à manger *Pauline's Place* avant qu'elles aient eu l'occasion de finir de manger leur plat principal. Une autre fois, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 055 mangeait le plat principal quand on lui a donné de la crème glacée comme dessert. La crème glacée de la personne résidente avait fondu lorsque cette dernière était prête à manger le dessert. Le programme de soins de la personne résidente ne comportait pas de mention indiquant qu'on ne devait pas lui donner un service de repas un plat après l'autre.

3. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide. Règl. de l'Ont. 79/10. Alinéa 73 (1)10.

Lors du déjeuner du 27 septembre 2016, l'inspectrice n° 138 a observé la PSP n° 120 debout pendant qu'elle faisait manger de la soupe à la personne résidente n° 028, et ensuite en lui faisant boire des liquides épaissis. On donne des liquides épaissis à la personne résidente n° 028 pour l'empêcher de s'étouffer et d'aspirer des liquides.

Lors du petit déjeuner du 28 septembre 2016, l'inspectrice n° 138 a observé la PSP n° 120 debout pendant qu'elle faisait manger le petit déjeuner à la personne résidente n° 023. Plus tard au déjeuner ce jour-là l'inspectrice a observé la PSP n° 124 debout pendant qu'elle faisait manger la personne résidente n° 023, et la PSP n° 120 debout pendant qu'elle faisait manger une autre personne résidente qui est normalement capable de manger de façon autonome.

Lors de tous les repas qu'elle a observés, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 048 avait un mauvais positionnement pendant le service de repas. La personne résidente était assise dans un fauteuil roulant incliné avec une table de lit positionnée au niveau de ses pieds. On remarquait que la distance entre la table et la personne résidente ne l'incitait pas à manger de façon autonome, et qu'il semblait qu'elle avait de la difficulté à se pencher en avant pour tenter d'atteindre la nourriture qui était sur la table. L'inspectrice a parlé à plusieurs membres du personnel concernant le positionnement de la personne n° 048 et on lui a dit que le fauteuil roulant de la personne ne se redressait pas davantage. On n'a fait aucune autre tentative pour positionner correctement la personne résidente n° 048. L'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 048 avait un indice de masse corporelle faible.

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

4. 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. Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 73 (2)b).

L'inspectrice n° 138 a remarqué, lors du déjeuner du 27 septembre 2016, que l'on donnait une soupe à la personne résidente n° 023 à 12 h 2, et le plat principal quelques minutes après. La personne résidente n'avait pas mangé, et on lui a fourni de l'aide seulement 22 minutes plus tard.

Également, lors du même service de repas, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente n° 036 avait une soupe vers 12 h 2. La personne résidente n'avait pas mangé, et on lui a donné le plat principal quelques minutes plus tard. De nouveau, la personne résidente a mangé seulement trente minutes plus tard quand elle a eu de l'aide d'une PSP.

L'inspectrice a parlé à la PSP n° 124 au sujet de la capacité des personnes résidentes n° 023 et 036 de s'alimenter elles-mêmes. La PSP n° 124 a déclaré que les deux personnes résidentes nécessitent une assistance totale pour manger.

Le titulaire de permis a des antécédents en matière de conformité concernant l'article 73 du règlement, car dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2014 (inspection n° 2014_362138_0014) cet article avait fait l'objet d'un plan de redressement volontaire (PVR). De nouveau, dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes en 2015 (inspection n° 2015_285126_0035) cet article a fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 001, et l'ordre a été trouvé en conformité le 29 février 2016. De nouveau, lors de l'inspection de la qualité des services de 2016 (numéro d'inspection 2016_330573_0014) cet article a fait l'objet d'un ordre de conformité, OC n° 002, et l'OC est émis de nouveau à l'heure actuelle. (138)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 novembre 2016



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

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



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

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

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

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



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Émis le 6 octobre 2016

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : PAULA MACDONALD

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