



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

Sudbury Service Area Office  
159 Cedar Street Suite 403  
SUDBURY ON P3E 6A5  
Telephone: (705) 564-3130  
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de Sudbury  
159, rue Cedar, bureau 403  
SUDBURY ON P3E 6A5  
Téléphone : 705 564-3130  
Télécopieur : 705 564-3133

### Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
31 mai 2016	2016_320612_0007	005679-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

#### Titulaire de permis

CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY  
1140 South Bay Road, SUDBURY, ON P3E 0B6

#### Foyer de soins de longue durée

VILLA ST-GABRIEL DE SUDBURY  
4690 Municipal Road 15, Chelmsford, ON P0M 1L0

#### Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

SARAH CHARETTE (612), ALAIN PLANTE (620), FRANCA MCMILLAN (544)

### Résumé de l'inspection

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

Cette inspection s'est tenue du 7 au 11 mars et du 14 au 18 mars 2016.

Les inspectrices et l'inspecteur ont également examiné un rapport de suivi et une plainte liés à des comportements réactifs.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur s'est entretenu avec l'administrateur, le directeur des soins, le directeur adjoint des soins, l'adjoint de l'unité, le chef des services environnementaux, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), le responsable des activités, le coordonnateur des ressources humaines, le responsable des horaires du personnel, le chef du service d'alimentation, le diététiste agréé, des résidents et des membres de leurs familles.

L'inspectrice ou l'inspecteur a effectué une visite quotidienne des aires communes, a observé les soins offerts aux résidents et l'interaction entre ceux-ci et le personnel et a examiné diverses politiques et procédures, des dossiers cliniques, des programmes de soins, les horaires du personnel et un rapport d'incident grave.

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

activités récréatives et sociales;  
comportements réactifs;  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
effectif du personnel;  
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
hospitalisation et évolution de l'état;  
médicaments;  
nutrition et hydratation;  
observation du service de restauration;  
prévention des chutes;  
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;  
prévention et contrôle des infections;  
recours minimal à la contention;  
services de soutien personnel.

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

11 AE  
5 PRV  
5 OC  
0 RD



**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***

0 OTA

Au moment de l'inspection, les non-respects suivants avaient été corrigés :

<b>EXIGENCE</b>	<b>TYPE DE MESURE</b>	<b>N° DE L'INSPECTION</b>	<b>N° DE L'INSPECTEUR/ INSPECTRICE</b>
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 26 (3)	OC 001	2015_264609_0059	544

**NON-RESPECTS****Définitions**

- AE** — Avis écrit  
**PRV** — Plan de redressement volontaire  
**OC** — **Ordre de conformité**  
**RD** — Renvoi de la question au directeur  
**OTA** — 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 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).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de chaque résident établisse les soins prévus pour le résident.

Lors de l'inspection de la qualité des services aux résidents, le 8 mars 2016, le résident 005 avait un côté de lit court supérieur en position relevée.

D'autres observations faites par l'inspecteur 620 le 10 mars 2016 à 14 h 20 ont révélé que le résident 005 était au lit avec les deux de côtés de lit courts supérieurs en position relevée.

Un examen du programme de soins du résident 005 a révélé qu'il n'y avait pas de cible, d'objectifs ni d'interventions concernant l'utilisation des quarts de côtés de lit supérieurs.

L'inspecteur 620 a examiné le dossier de santé du résident et noté que les PSSP avaient indiqué au point de service, sur une période de 30 jours, que le résident 005 utilisait les côtés de lit pour la mobilité au lit.

L'inspecteur 620 a interrogé l'IAA 110, qui a dit ne pas savoir si les côtés de lit du résident 005 avaient été prévus dans le programme de soins. L'IAA 110 a affirmé que le foyer exigeait que lorsque des côtés de lit sont utilisés, le nombre et l'utilisation des côtés de lit soient précisés dans le programme soins, mais cela n'avait pas été fait.

L'inspecteur 620 a interrogé le directeur des soins, qui a confirmé que le résident 005 avait les côtés de lit courts supérieurs en position relevée. Il a également confirmé que les côtés de lit devaient procurer au résident 005 une meilleure mobilité au lit et améliorer son confort. L'inspecteur 620 et le directeur des soins ont examiné le programme de soins du résident. Le directeur des soins a indiqué que les PSSP devaient examiner le programme de soins pour déterminer l'utilisation des côtés de lit. Le directeur des soins a confirmé que le programme de soins ne contenait pas de renseignements sur l'utilisation des côtés de lit mais qu'il aurait dû en contenir. [alinéa 6 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 612 a interrogé un membre de la famille du résident 011. Elle a dit craindre que le résident 011 ne reçoive pas l'aide dont il a besoin.

L'inspectrice 612 a observé le résident 011 durant le service d'un repas le 10 mars 2016 et durant le service d'un autre repas le 14 mars 2016.

L'inspectrice a examiné le programme de soins du résident, qui indiquait, sous la rubrique de l'alimentation, que le résident avait besoin d'un degré particulier d'assistance de la part du personnel.

L'inspectrice a interrogé le diététiste agréé, qui a affirmé que le résident 011 avait été évalué par un membre de l'équipe multidisciplinaire et que, de préférence, le personnel devait fournir un degré particulier d'assistance. Le diététiste agréé a affirmé que le résident refusait l'aide du personnel.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 127, l'IAA 105 et l'IA 106, qui ont tous affirmé que le résident 011 refusait un degré particulier d'assistance de la part du personnel et que celui-ci lui ne fournissait au résident un degré particulier d'assistance que s'il remarquait qu'il avait de la difficulté.

L'IAA 105 a confirmé que le programme de soins ne fournissait pas de directives claires à l'intention du personnel au sujet du degré d'aide à fournir au résident 011 pour manger. [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 plan.

Lors d'un entretien, le résident 003 a indiqué à l'inspectrice 612 que le personnel de soir avait été impoli durant les soins fournis au résident un jour particulier. Le résident n'a pas pu fournir le nom de l'employé en cause.

Un examen du rapport d'enquête du foyer indiquait que le PSSP 128 avait répondu à la sonnette du résident 003 et lui avait fourni l'aide demandée.

L'inspectrice 612 a examiné le programme de soins du résident, qui contenait des directives claires à l'intention du personnel sur la façon de fournir des soins au résident.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 128, qui a confirmé qu'il avait fourni des soins au résident à une date particulière. Il a dit ne pas connaître les directives particulières fournies dans le programme de soins du résident et a confirmé qu'il n'avait pas fourni les soins prévus dans le programme de soins.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 118 et l'IA 106, qui ont confirmé que le programme de soins contenait des directives particulières sur les soins dont le résident 003 a besoin.

L'inspectrice a interrogé la directrice des soins, qui a confirmé que le foyer s'attendait à ce que le personnel fournisse au résident les soins prévus dans le programme de soins, tel que le précise le programme. [par. 6 (7)]

4. Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 612 a interrogé un membre de la famille du résident 011. Elle a dit craindre que le résident 011 ne reçoive pas l'aide dont il a besoin.

L'inspectrice 612 a observé le résident 011 durant le service d'un repas le 10 mars 2016 et durant le service d'un autre repas le 14 mars 2016. L'inspectrice a observé que le résident avait reçu des aliments particuliers pour les deux repas. L'inspectrice a également observé qu'à la fin du service du repas, le 10 mars 2016, tout le personnel avait quitté la salle à manger. Le résident est resté seul dans la salle à manger, où il a passé 15 minutes à manger ces aliments particuliers. L'inspectrice a noté la consistance des aliments.

L'inspectrice a examiné le programme de soins le plus récent du résident et les renseignements suivants y figuraient :

- veiller à ce que les aliments particuliers offerts au résident soient d'une consistance particulière;
- surveiller étroitement, durant ces repas, les signes indiqués dans le programme de soins.

L'inspectrice a interrogé le diététiste agréé, qui a dit voir souvent le résident avec un autre membre de l'équipe multidisciplinaire. Le résident avait de nombreuses interventions prévues dans son programme de soins. Le diététiste agréé a confirmé que le personnel devait veiller à ce que la consistance des aliments particuliers soit appropriée, tel que le précise le programme de soins. Il a également affirmé que le résident devait être surveillé de près durant tout le repas, tel que le précise son programme de soins.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 109, l'IAA 105 et l'IA 106, qui ont confirmé que le personnel autorisé aurait dû surveiller le résident durant tout le repas. L'IAA 105 a affirmé qu'il n'avait pas apporté de modifications aux aliments particuliers du résident et avait simplement servi les aliments tels qu'ils avaient été préparés par le personnel de la cuisine.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins, qui a confirmé que les soins n'avaient pas été fournis au résident comme le précisait le programme de soins, alors que cela aurait dû être fait. [par. 6 (7)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident évoluent ou que les soins prévus dans le programme de soins ne sont plus nécessaires.

L'inspectrice 612 a examiné le programme de soins du résident 011, sous une rubrique particulière, qui précisait le degré particulier d'assistance dont le résident avait besoin.

L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident, particulièrement les notes consignées par le PSSP au point de service, et a noté que le personnel avait documenté un degré d'assistance différent de celui indiqué dans le programme de soins du résident.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 126 et le PSSP 127, qui ont confirmé que durant les deux derniers mois, plus ou moins, le résident avait eu besoin d'un autre degré d'assistance que celui indiqué dans le programme de soins.

L'inspectrice a interrogé l'IAA 105 et l'IA 106, qui ont dit ne pas être au courant du changement survenu dans l'état du résident. Ils ont indiqué que normalement les PSSP avisaient le personnel autorisé et mettaient à jour le programme de soins du résident de façon à ce qu'il indique tout changement.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins, qui a confirmé que le personnel autorisé mettait à jour le programme de soins et qu'il devait le réviser et le mettre à jour lorsqu'il y avait un changement concernant l'état du résident ou ses besoins. [alinéa 6 (10) b)]

**Autres mesures requises :**

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

***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 011 établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 2 : 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. 8 (Services infirmiers et services de soutien personnel).**

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

**8. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit mis en place à l'intention du foyer :**

**a) d'une part, un programme structuré de services infirmiers visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents;**

**b) d'autre part, un programme structuré de services de soutien personnel visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents. 2007, chap. 8, par. 8 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit mis en place, à l'intention du foyer, un programme structuré de services de soutien personnel visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents.

Lors d'entretiens avec les familles durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, des membres de la famille du résident 001 et du résident 011 ont indiqué aux inspectrices et à l'inspecteur que le



personnel travaillait souvent avec deux PSSP de moins que le nombre prévu lorsque certains se déclarent malades. Ils ont affirmé que le foyer était incapable de remplacer ces membres du personnel.

Le 14 mars 2016, un membre de la famille d'un résident a affirmé à l'inspectrice 544 que le résident était au foyer depuis deux ans et que le foyer manquait souvent de personnel. Souvent, le résident attendait longtemps pour avoir de l'aide après avoir activé la sonnette d'appel.

Lors d'un entretien, le résident 007 a informé l'inspectrice que souvent il attendait longtemps avant que le personnel réponde à sa sonnette d'appel.

Le résident 020 a dit à l'inspectrice que souvent le foyer manquait de personnel, particulièrement lorsque deux PSSP se déclaraient malades.

Lors d'un entretien, le résident 013 a dit à l'inspectrice qu'il n'y avait pas assez de personnel au foyer pour répondre à ses besoins en matière de soins. Lorsqu'il sonne pour qu'on l'aide à aller aux toilettes, on ne répond pas à son appel assez rapidement et, ainsi, ses besoins en matière d'élimination ne sont pas pris en compte.

Le 14 mars 2016, l'inspectrice 612 a interrogé le PSSP 118, qui travaillait dans une unité particulière. Le PSSP 118 a confirmé qu'on manquait souvent de personnel et qu'à l'occasion les résidents ne pouvaient pas prendre leur bain. Le PSSP 118 a affirmé que les résidents n'étaient pas rasés lorsqu'il manquait du personnel.

Le PSSP 118 a affirmé qu'il y avait eu deux jours de mai 2016 où le résident 012 n'avait pas pris de bain. Il a dit à l'inspectrice que lorsqu'il manquait du personnel et qu'un résident ne prenait pas de bain, il inscrivait « non » dans les notes au point de service. L'inspectrice a examiné la documentation concernant le résident et a constaté que, sous deux dates particulières de mars 2016, les notes au point de service indiquaient que les bains prévus pour le résident ne lui avaient pas été donnés.

Le 14 mars 2016, l'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 120, qui travaillait dans l'unité. Il a dit à l'inspectrice que souvent cette unité du foyer manquait de personnel. Il a affirmé que lorsque cela se produisait, le rasage des résidents de sexe masculin et, à l'occasion, le bain de certains résidents étaient reportés si possible mais que généralement on sautait simplement le bain.

L'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 121, qui a dit à celle-ci que le personnel travaillait en nombre insuffisant presque tous les jours dans l'unité. Ainsi, le personnel travaillait avec un PSSP de moins dans l'unité. Il a également indiqué que souvent les soins des ongles n'étaient pas offerts aux résidents et que le rasage n'était pas offert non plus aux résidents de sexe masculin, particulièrement lorsqu'il manquait deux PSSP.

L'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 122, qui a dit à l'inspectrice que l'unité manquait assez souvent de personnel. Le PSSP 122 a affirmé qu'il manquait au moins un PSSP dans l'unité tous les deux ou trois jours.

Lorsque c'était le cas, le personnel ne prenait pas de pauses, les hommes n'étaient pas rasés et les lits n'étaient pas faits.

L'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 123 et le PSSP 124, qui travaillaient dans une autre unité. Tous deux ont dit à l'inspectrice qu'ils essayaient, d'une part, de ne pas manquer le bain des résidents et le rasage des résidents de sexe masculin et, d'autre part, de fournir les soins des ongles aux résidents mais que parfois cela se produisait en raison d'une pénurie de personnel. Ils ont affirmé que l'unité était souvent à court de personnel et qu'il manquait un ou deux PSSP environ deux fois par semaine.

L'inspectrice 612 a examiné la politique du foyer concernant le plan de dotation en personnel, daté du 15 mai 2015. Cette politique indiquait que durant le quart de jour, chaque unité devait avoir PSSP. Durant le quart de soir, trois unités sur quatre avaient quatre PSSP et la quatrième en avait trois. Durant le quart de nuit, chaque unité avait un PSSP et il devait y avoir deux PSSP mobiles dans l'établissement.

L'inspectrice 612 a examiné la politique du foyer concernant le processus de remplacement du personnel, datée du 20 octobre 2015. Cette politique indiquait qu'il fallait tenter de trouver des remplacements payés à temps simple pour tous les employés qui se déclaraient malades et qu'il ne fallait pas payer d'heures supplémentaires le jour avant que les PSSP déjà présents dans l'établissement soient redéployés pour assurer qu'une unité particulière avait au moins quatre PSSP et que chacune des autres unités en avait au moins trois. Il en allait de même pour le quart de soir : une unité particulière aurait dû avoir quatre PSSP et les autres unités, trois.

L'inspectrice 544 a interrogé l'employé 117 chargé d'établir les horaires, qui a remis à l'inspectrice une liste des quarts offerts aux PSSP pour janvier, février et mars 2016. Le responsable des horaires a confirmé que les quarts disponibles étaient des quarts qui n'avaient pas été pourvus et que le foyer n'avait pas un effectif complet. Le responsable des horaires a indiqué que, si un PSSP était retiré d'une autre unité pour pourvoir complètement un quart de travail particulier, ce n'était inscrit ou documenté nulle part.

L'inspectrice 612 a interrogé le directeur des soins, qui a affirmé que, lorsque l'horaire était affiché, tous les quarts de travail étaient pourvus. Certains quarts n'étaient pas pourvus, soit parce que certains employés appelaient au dernier moment pour se déclarer malades, soit parce qu'ils avaient des tâches modifiées. Le directeur des soins a affirmé que l'unité concernée aurait dû avoir tout le personnel requis en tout temps; l'IA réaffectait le personnel de sorte que l'unité ait tout le personnel nécessaire. Le foyer s'attendait à ce que tous les soins aux résidents continuent à être offerts. Les bains, le rasage ou les soins des ongles étaient offerts durant le quart de travail suivant ou le lendemain si le personnel était incapable de terminer tous les soins durant son quart de travail. [alinéa 8 (1) b)]

**Autres mesures requises :**

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

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 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, le résident soit évalué et son lit soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 612 et l'inspecteur 620 ont constaté que 35 résidents sur 40 compris dans l'échantillon – ou 88 pour cent de ceux-ci – avaient eu leurs côtés de lit en position relevée. En particulier, les résidents 003, 005 et 011 ont été vus dans leur lit avec les côtés de lit courts en position relevée.

L'inspectrice 612 a examiné le rapport d'évaluation du risque de coincement des lits préparé par le directeur des services environnementaux. En 2015, sans égard à l'utilisation des côtés de lit, tous les lits du foyer avaient été soumis à un test pour les sept points de coincement en fonction du document de directives de Santé Canada sur la sécurité des lits, intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques*. Le directeur des services environnementaux a confirmé que les résidents n'avaient pas été évalués pour leur utilisation des côtés de lit.

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer intitulée « Bed side rails - Use of » (Utilisation des côtés de lit). Cette politique indiquait que les côtés de lit pouvaient être utilisés par les résidents pour favoriser leur mobilité autonome au lit ainsi que leurs transferts au lit et hors du lit. La politique indiquait également que chaque résident devait être évalué personnellement pour l'utilisation des côtés de lit et avoir une documentation claire sur le besoin et l'efficacité du côté de lit. La politique notait également que l'utilisation d'un côté de lit comme

mesure de confort ou comme aide au changement de position et l'utilisation de deux côtés de lit à la demande d'un résident n'étaient pas considérées comme des mesures de contention mais que ces préférences devaient être documentées clairement dans le programme de soins.

L'inspecteur 620 a interrogé le directeur des soins, qui a affirmé que le foyer n'avait pas instauré de processus d'évaluation pour assurer que les résidents utilisant des côtés de lit sont évalués pour le risque qu'ils posent pour eux; par conséquent, les résidents 003, 005 et 011 n'avaient pas reçu d'évaluation liée aux côtés de lit qu'ils utilisaient. Le directeur des soins a affirmé qu'un processus d'évaluation personnelle aurait dû être mis en place mais que cela n'avait pas été fait. [alinéa 15 (1) a)]

***Autres mesures requises :***

***L'OC n° 003 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ou l'inspecteur ».***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 68 (Programmes de soins alimentaires et d'hydratation).**

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

- 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 oeuvre, 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;**
  - b) l'identification des risques afférents aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;**
  - c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques;**
  - 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;**
  - 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).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et les procédures du programme de soins alimentaires et d'hydratation soient mises en œuvre, particulièrement la politique concernant la surveillance du poids et de la stature.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 612 et l'inspecteur 620 ont noté qu'entre 2011 et 2014, le foyer avait documenté la stature la plus récente de 33 résidents sur 40 compris dans l'échantillon – ou 83 pour cent de ceux-ci.

L'inspecteur 620 a interrogé l'IAA 105, qui a affirmé que la stature des résidents était mesurée uniquement à l'admission. L'inspecteur a interrogé le diététiste agréé, qui a affirmé qu'au foyer, la stature était mesurée uniquement à l'admission; cependant, selon l'exigence établie, elle devait être mesurée une fois par année par la suite.

L'inspecteur a examiné, dans le manuel du service d'alimentation et de nutrition, la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. Cette politique indiquait que la stature de chaque résident était mesurée à l'admission et une fois par année par la suite.

Le directeur des soins a confirmé que le poids des résidents devait être vérifié à l'admission et une fois par année par la suite. [alinéa 68 (2) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation comprenne 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.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspecteur 620 a déterminé lors d'un entretien avec le personnel que le résident 006 avait un indice de masse corporelle (IMC) faible et qu'aucune intervention n'était planifiée à cet égard.

Un examen du dossier clinique du résident 006 a révélé que ce résident avait subi un changement de poids important sur un mois. Le dossier clinique ne contenait aucune documentation indiquant qu'une évaluation du résident 006 avait été réalisée après la documentation de ce changement de poids important par le foyer.

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature, mise à jour le 31 juillet 2015. L'objectif énoncé dans cette politique était de veiller à ce que des mesures ou des interventions appropriées soient prévues et à ce qu'elles soient mises en œuvre au moment opportun si un résident subissait un changement de poids important non planifié ou tout autre changement de poids compromettant son état de santé.

L'inspecteur 620 a interrogé le diététiste agréé, qui a affirmé qu'il n'avait pas participé à la mise en œuvre ou à l'élaboration du programme du foyer concernant les soins alimentaires et l'hydratation mais qu'il aurait dû le faire.

Le 17 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé le directeur du service d'alimentation, qui a dit être chargé de la mise en œuvre et de l'élaboration du programme du foyer concernant les soins alimentaires et la nutrition. Il a dit avoir examiné le programme en consultation avec le directeur du service d'alimentation d'un établissement de soins de longue durée affilié. Le directeur du service d'alimentation a confirmé que lui-même et le directeur du service d'alimentation de l'établissement affilié n'étaient pas diététistes agréés. Il a confirmé qu'il n'avait pas consulté de diététiste agréé pour la mise en œuvre ou l'élaboration du programme du foyer concernant le service d'alimentation et de nutrition mais qu'il aurait dû le faire. [alinéa 68 (2) a)]

**Autres mesures requises :**

***L'OC n° 004 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ou l'inspecteur ».***

***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 la stature des résidents soit consignée à l'admission et une fois par année par la suite conformément à la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 5 : 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 est sûr et verrouillé.

Le 15 mars 2016, l'inspectrice 612 a vu que le chariot à médicaments était déverrouillé dans le couloir d'une unité. L'inspectrice n'a pas trouvé l'IAA et est restée dans le couloir à surveiller le chariot pendant environ cinq minutes. Pendant ce temps, l'inspectrice a vu un résident passer à côté du chariot à médicaments. L'IAA 134 est ensuite sortie de la chambre d'un résident. L'IAA ne pouvait pas voir le chariot à médicaments de l'intérieur de la chambre à coucher.

L'inspectrice s'est rendue dans une autre unité. Elle a vu le chariot à médicaments déverrouillé dans le couloir. Elle a vu que l'IAA 133 était dans la chambre d'un résident et qu'elle tournait le dos au chariot à médicaments. Le chariot à médicaments n'était pas dans son champ de vision.

L'inspectrice a interrogé l'IAA 105 et l'IAA 119, qui ont confirmé que le chariot à médicaments aurait dû être verrouillé lorsqu'il était hors du champ de vision de l'IAA.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer 3-5 concernant le chariot à médicaments et l'entretien, qui indiquait de garder le chariot à médicaments verrouillé en tout temps, sauf lorsqu'il était dans le champ de vision d'une infirmière pendant la distribution des médicaments.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins et le directeur adjoint des soins, qui ont confirmé que le chariot à médicaments devait être verrouillé lorsqu'il était hors du champ de vision des infirmières. [alinéa 129 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient 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.

Le 15 mars 2016, l'inspectrice 612 a vu que le chariot à médicaments était déverrouillé dans l'entrepôt à médicaments de deux unités. Le 16 mars 2016, l'inspectrice a vu le chariot à médicaments déverrouillé dans l'entrepôt à médicaments d'une autre unité. Les IAA n'étaient pas dans l'entrepôt à médicaments durant ces observations.

L'inspectrice a interrogé l'IAA 105, qui a confirmé que le chariot à médicaments devait être verrouillé lorsqu'il n'était pas utilisé et qu'il se trouvait dans l'entrepôt à médicaments, car il contenait des médicaments désignés.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins et le directeur adjoint des soins, qui ont confirmé que le chariot à médicaments devait être verrouillé lorsqu'il était rangé dans l'entrepôt à médicaments, car il contenait des médicaments désignés. [alinéa 129 (1) b)]

**Autres mesures requises :**

**L'OC n° 005 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « *Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ou l'inspecteur* ».**

---

**AE n° 6 : 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).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé 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, étiquetés dans les 48 heures suivant son admission.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspecteur 620 a interrogé un membre de la famille du résident 005, qui a exprimé une inquiétude à l'égard des effets personnels du résident.

Un examen des notes d'évolution du résident 005 a révélé que, six jours après l'admission du résident au foyer, le membre de sa famille avait appelé le foyer et prié l'IA 107 de demander à l'IAA d'étiqueter les effets personnels du résident.

Deux mois plus tard, l'IAA 113 a documenté dans une note d'évolution qu'un effet personnel du résident 005 avait été trouvé non étiqueté. L'IAA a essayé de trouver une trousse d'étiquetage dans l'établissement mais sans succès. L'IAA 113 a noté que le directeur adjoint des soins avait été informé de la situation.



Un mois plus tard, l'IAA 110 a documenté dans une note d'évolution que l'effet personnel du résident 005 avait été échangé par erreur contre celui d'un autre résident. L'IAA 110 a noté qu'à ce moment-là, l'effet personnel du résident 005 avait été étiqueté pour éviter toute confusion future.

Un examen de la politique du foyer concernant la procédure d'admission a révélé que l'IA et l'IAA devaient veiller à ce que les vêtements soient envoyés à la buanderie pour l'étiquetage et à ce que les effets personnels, tels les prothèses dentaires et les articles de toilette, entre autres, soient également étiquetés.

L'inspecteur 620 a interrogé le directeur des soins le 14 mars 2016. Le directeur des soins a confirmé que le foyer s'attendait à ce que les articles personnels des résidents soient étiquetés le jour même de leur admission. Le directeur des soins a affirmé que l'effet personnel du résident 005 n'avait été étiqueté que 13 semaines après l'admission du résident. [alinéa 37 (1) a)]

**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 résidents du foyer ont leurs effets personnels étiquetés dans les 48 heures suivant leur admission. 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. 69 (Changements de poids).**

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

**69. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :**

- 1. Un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois.**
- 2. Un changement d'au moins 7,5 pour cent du poids corporel survenu sur trois mois.**
- 3. Un changement d'au moins 10 pour cent du poids corporel survenu sur six mois.**
- 4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'un résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 69.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents dont le poids corporel subit un changement d'au moins 5 pour cent sur un mois soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspecteur 620 a déterminé lors d'un entretien avec un membre du personnel que le résident 006 avait un indice de masse corporelle (IMC) faible et qu'aucune intervention n'était planifiée à cet égard.

Un examen du dossier clinique du résident 006 a révélé que ce résident avait subi un changement de poids de plus de 5 pour cent sur un mois.

Le dossier clinique ne contenait aucune documentation indiquant qu'une évaluation du résident 006 avait été réalisée après la documentation de ce changement de poids important par le foyer.

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. L'objectif énoncé dans cette politique était de veiller à ce que des mesures ou des interventions appropriées soient prévues et à ce qu'elles soient mises en œuvre au moment opportun si un résident subissait un changement de poids important non planifié ou tout autre changement de poids compromettant son état de santé.

La politique susmentionnée indiquait que le poids des résidents devait être pris au moment de leur admission et une fois par mois par la suite, le premier jour du bain prévu durant le mois, selon l'horaire des bains établi par le foyer, mais au plus tard le septième jour du mois, ou plus souvent à la demande du personnel interdisciplinaire.

Cette politique exigeait : que le diététiste agréé surveille chaque mois tout changement de poids important; que le personnel infirmier pèse de nouveau les résidents dont le poids était de deux kilogrammes supérieur ou inférieur à celui enregistré le mois précédent; que le personnel diététique et le personnel infirmier se réunissent au plus tard le 15 de chaque mois pour discuter des changements de poids importants; et que le personnel infirmier pèse de nouveau les résidents dont le poids était mis en question, puis vérifie le poids ainsi obtenu et en confirme l'exactitude selon la marche à suivre établie pour le foyer.

Le 14 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a affirmé que les changements de poids importants devaient être indiqués par le diététiste agréé.

Le 14 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé l'IAA 110, qui a dit ne pas savoir que le résident 006 avait subi un changement de poids important en un mois. L'IAA 110 a affirmé que les changements de poids importants chez les résidents n'étaient pas surveillés parce que c'était au diététiste agréé de le faire. L'IAA 110 a également affirmé que les PSSP devaient obtenir et documenter le poids des résidents; de plus, si le poids nouvellement obtenu révélait un changement important, les PSSP ne voyaient pas l'avertissement dans les notes au point de service, car il n'était visible que dans le logiciel « Point Click Care », auquel les PSSP n'ont pas accès.

L'inspecteur 620 a de nouveau interrogé l'IAA 110 le 15 mars 2016. L'IAA 110 a affirmé qu'il n'avait pas vérifié une deuxième fois le poids du résident 006 après avoir appris que celui-ci avait subi un changement de poids important.

L'inspecteur 620 a interrogé le diététiste agréé le 15 mars 2016, qui a affirmé ne pas savoir que le résident 006 avait subi un changement de poids important en un mois; par conséquent, aucune évaluation n'a été faite à la suite de ce changement de poids. Le diététiste agréé a affirmé qu'il n'y avait pas eu de réunion interdisciplinaire avec le personnel infirmier pour examiner les changements de poids importants le 15 du mois, contrairement à la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. Le diététiste agréé a affirmé que le résident aurait dû être évalué après ce changement de poids important mais que cela n'avait pas été fait. [par. 69. 1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents qui subissent un changement de poids corporel d'au moins 7,5 pour cent sur trois mois soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 612 a déterminé lors d'un entretien avec un membre du personnel que le résident 009 avait un indice de masse corporelle (IMC) faible et qu'aucune intervention n'avait été planifiée pour lui.

L'inspectrice 612 a examiné le dossier clinique du résident 009, qui indiquait qu'à une certaine date le résident avait affiché un changement de poids de 7,7 pour cent par rapport aux trois mois précédents. L'inspectrice a noté que le diététiste agréé avait rempli une évaluation concernant le changement de poids important de ce résident; cependant, un mois plus tard, le diététiste agréé avait rayé le poids consigné pour ce résident ce jour-là dans le dossier clinique et y avait inscrit « documentation inexacte ».

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. L'objectif énoncé dans cette politique était de veiller à ce que des mesures ou des interventions appropriées soient prévues et à ce qu'elles soient mises en œuvre au moment opportun si un résident subit un changement de poids important non planifié ou tout autre changement de poids compromettant son état de santé.

La politique susmentionnée indiquait que le poids des résidents devait être pris au moment de leur admission et une fois par mois par la suite, le premier jour du bain prévu durant le mois, selon l'horaire des bains établi par le foyer, mais au plus tard le septième jour du mois, ou plus souvent à la demande du personnel interdisciplinaire.

Cette politique exigeait : que le diététiste agréé surveille chaque mois tout changement de poids important; que le personnel infirmier pèse de nouveau les résidents dont le poids était de deux kilogrammes supérieur ou inférieur à celui enregistré le mois précédent; que le personnel diététique et le personnel infirmier se réunissent au plus tard le 15 de chaque mois pour discuter des changements de poids importants; et que le personnel

infirmier pèse de nouveau les résidents dont le poids était mis en question, puis vérifie le poids ainsi obtenu et en confirme l'exactitude selon la marche à suivre établie pour le foyer.

Le 14 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a affirmé que les changements de poids importants devaient être indiqués par le diététiste agréé.

L'inspectrice 612 a interrogé le diététiste agréé, qui a affirmé avoir rayé le poids documenté parce qu'il soupçonnait que ce poids était inexact. Lorsqu'on jugeait que le poids d'un résident était inexact, on contactait le personnel autorisé pour lui demander de peser de nouveau le résident concerné; cependant, il était indiqué que le poids n'avait pas fait l'objet d'une nouvelle vérification. Le diététiste agréé a confirmé qu'il n'y avait pas d'autre documentation indiquant pourquoi le poids correspondant à cette date avait été rayé. Le diététiste agréé a également confirmé que l'évaluation d'un changement de poids important n'avait pas été effectuée au moment opportun.

Lors d'un entretien avec l'inspecteur 620, le diététiste agréé a confirmé qu'il n'y avait pas de réunions interdisciplinaires avec le personnel infirmier pour examiner les changements de poids importants le 15 du mois, comme l'exige la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. [par. 69. 2]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents dont le poids corporel subit un changement d'au moins 7,5 pour cent sur trois mois soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspecteur 620 a déterminé lors d'un entretien avec un membre du personnel que le résident 023 avait subi un changement de poids important.

Un examen du dossier clinique du résident 023 a révélé que le résident avait affiché un changement de poids supérieur à 7,5 pour cent sur trois mois. Le dossier clinique ne contenait aucune documentation indiquant qu'une évaluation du résident 023 avait été réalisée après la documentation de ce changement de poids important par le foyer.

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. L'objectif énoncé dans cette politique était de veiller à ce que des mesures ou des interventions appropriées soient prévues et à ce qu'elles soient mises en œuvre au moment opportun si un résident subit un changement de poids important non planifié ou tout autre changement de poids compromettant son état de santé.

La politique susmentionnée indiquait que le poids des résidents devait être pris au moment de leur admission et une fois par mois par la suite, le premier jour du bain prévu durant le mois, selon l'horaire des bains établi par le foyer, mais au plus tard le septième jour du mois, ou plus souvent à la demande du personnel interdisciplinaire.

Cette politique exigeait : que le diététiste agréé surveille chaque mois tout changement de poids important; que le personnel infirmier pèse de nouveau les résidents dont le poids était de deux kilogrammes supérieur ou inférieur à celui enregistré le mois précédent; que le personnel diététique et le personnel infirmier se réunissent au plus tard le 15 de chaque mois pour discuter des changements de poids importants; et que le personnel infirmier pèse de nouveau les résidents dont le poids était mis en question, puis vérifie le poids ainsi obtenu et en confirme l'exactitude selon la marche à suivre établie pour le foyer.

Le 14 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a affirmé que les changements de poids importants devaient être indiqués par le diététiste agréé.

Le 15 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé l'IAA 125, qui a dit ne pas savoir que le résident 023 avait subi un changement de poids important à une date particulière. L'IAA 123 a dit ne pas savoir qu'il fallait surveiller les changements de poids importants chez les résidents. L'IAA 125 ne savait pas qu'il fallait peser un résident de nouveau si un changement de poids important était documenté chez celui-ci.

Le 14 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé l'IAA 110, qui a affirmé que les PSSP devaient obtenir le poids des résidents et le documenter; de plus, si le poids nouvellement constaté représentait un changement important, les PSSP ne voyaient pas cet avertissement dans les notes au point de service, car il n'était visible que dans le logiciel Point Click Care (PCC), auquel les PSSP n'ont généralement pas accès.

Le 17 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé le diététiste agréé, qui a dit ne pas savoir que le résident 023 avait subi un changement de poids important à une date particulière; par conséquent, aucune évaluation n'a été faite à la suite de ce changement de poids. Le diététiste agréé a affirmé qu'il n'y avait pas eu de réunion interdisciplinaire avec le personnel infirmier pour examiner les changements de poids importants le 15 du mois, contrairement à la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature. Le diététiste agréé a affirmé que le résident aurait dû être évalué après ce changement de poids important mais que cela n'avait pas été fait. [par. 69. 2]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les résidents dont le poids corporel subit un changement d'au moins 5 pour cent sur un mois, un changement d'au moins 7,5 pour cent sur trois mois ou un changement d'au moins 10 pour cent sur six mois sont évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et que des mesures sont prises et les résultats évalués. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

**AE n° 8 : 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. 76 (Formation).**

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

**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).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel reçoivent un recyclage annuel dans les domaines suivants : la charte des droits des résidents, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et les mesures de protection des dénonciateurs.

Lors d'un entretien le 16 mars 2016, l'IA 106 a indiqué à l'inspectrice 612 qu'au cours de la dernière année il n'avait reçu aucun recyclage concernant la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et les mesures de protection des dénonciateurs.

Le directeur des soins a confirmé auprès de l'inspectrice 612, lors d'un entretien, qu'une formation était offerte au personnel une fois par année dans le cadre de modules en ligne et de séances d'information en personne. Le directeur des soins a fourni à l'inspectrice les dossiers concernant la formation de 2015 sur les mauvais traitements aux personnes âgées, l'obligation de faire rapport et la protection des dénonciateurs, domaines dans lesquels 11 % du personnel ne s'était pas recyclé. Les dossiers concernant le recyclage sur les droits des résidents indiquaient que 33 % du personnel ne s'était pas recyclé dans ce domaine en 2015.

L'inspectrice a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a confirmé que la formation concernant la charte des droits des résidents, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et les mesures de protection des dénonciateurs était une formation annuelle obligatoire et que cette formation n'avait pas été suivie par tous les membres du personnel en 2015. [par. 76 (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 tous les membres du personnel reçoivent un recyclage annuel sur la charte des droits des résidents, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais***



***traitements et de négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et les mesures de protection des dénonciateurs. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 9 : 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. 3 (Déclaration des droits des résidents).**

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

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

**11. Le résident a le droit :**

- i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en oeuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,**
- ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,**
- iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,**
- iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident voie respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi.

Le 15 mars 2016, l'inspectrice 612 a observé la distribution des médicaments dans une unité. L'inspectrice a vu l'IAA 119 administrer des médicaments à trois résidents et placer les sachets vides dans la poubelle au bout du chariot à médicaments. L'inspectrice a vu que les sachets portaient le nom des résidents ainsi que le nom des médicaments que contenaient les sachets.

L'inspectrice a interrogé l'IAA 119, qui a affirmé que la poubelle au bout du chariot à médicaments était jetée avec les ordures ordinaires du foyer. Elle a affirmé que selon l'exigence établie, les sachets étaient mis à

tremper dans l'eau pour faire partir le nom du résident et des médicaments; cependant, sur les « nouveaux » sachets, l'encre ne s'en va pas.

L'inspectrice a examiné la politique 3-6 du foyer concernant la distribution des médicaments, datée du 1<sup>er</sup> janvier 2014, qui indiquait que les sachets vides pouvaient être détruits avec de l'eau pour supprimer l'information et être mis à la poubelle ou déchiquetés.

Lors d'un entretien le 17 mars 2016, le directeur adjoint des soins a confirmé que, selon l'exigence établie, le personnel devait mettre les emballages à tremper pour que les renseignements des résidents soient supprimés avant de les mettre à la poubelle. [sous-alinéa 3 (1) 11. iv]

---

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

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident souffrant d'incontinence reçoive une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, les renseignements tirés de l'ensemble de données minimales (MDS) ont permis d'établir que le résident 002 avait subi un changement important en ce qui a trait à la continence.

L'inspecteur 620 a examiné le dossier clinique du résident 002, qui indiquait qu'un jour particulier, une évaluation MDS annuelle avait signalé un changement important de la continence chez le résident 002.



Un nouvel examen du dossier clinique n'a révélé aucune information indiquant qu'il y avait eu une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et prenant en compte l'état ou la situation du résident.

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer concernant le programme de soins liés à l'incontinence, mise à jour en septembre 2015. Cette politique indiquait qu'une évaluation de la continence devait être réalisée au moyen de l'instrument d'évaluation de la continence intestinale et urinaire (BBCAT - Bowel and Bladder Continence Assessment) à l'admission et après tout changement risquant de se répercuter sur la continence. La politique indiquait également que l'évaluation de la continence intestinale et urinaire aurait dû être réalisée par l'IA ou l'IAA après tout changement de l'état.

L'inspecteur 620 a interrogé l'IAA 110, qui a affirmé qu'aucune évaluation de la continence n'avait été réalisée pour le résident 002 après un avertissement de changement important provenant de l'ensemble de données minimales MDS.

L'inspecteur 620 a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a affirmé que le foyer s'attendait à ce que tout changement important de la continence des résidents soit évalué au moyen de l'instrument d'évaluation de la continence intestinale et urinaire (BBCAT). Le directeur adjoint a confirmé que le résident 002 avait subi un changement important de la continence. Il a affirmé qu'à la suite de ce changement, une évaluation de la continence aurait dû être réalisée mais que cela n'avait pas été fait. [alinéa 51 (2) a)]

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).**

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

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

**229. (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit, au cours de chaque poste :**

**a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez les résidents sont surveillés conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.**

**Constatations :**

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

Le 15 mars 2016, l'inspectrice 612 a vu l'IAA 119 administrer des médicaments à trois résidents. L'inspectrice a vu que l'IAA n'avait pas suivi les règles d'hygiène des mains entre chaque résident. L'IAA 119 a alors affirmé qu'il aurait dû suivre les règles d'hygiène des mains entre chaque administration de médicament aux trois résidents; cependant il n'y avait pas de flacon de désinfectant pour les mains à sa disposition sur son chariot à médicaments.

L'inspectrice a interrogé l'IAA 105 et l'IA 106, qui ont affirmé que les règles d'hygiène des mains devaient être suivies avant et après chaque contact avec un résident.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer concernant l'hygiène des mains, mise à jour le 4 novembre 2015. Cette politique indiquait que durant la fourniture des soins, il y avait quatre moments clés où l'hygiène des mains était primordiale, notamment avant et après le contact initial avec le patient, puis avant et après le contact avec l'environnement du patient.

L'inspectrice a interrogé le directeur adjoint des soins ainsi que le directeur des soins, qui ont confirmé que les règles d'hygiène des mains devaient être suivies avant et après le contact avec le résident. Le directeur adjoint des soins a confirmé que, durant la distribution d'un médicament, le personnel autorisé devait suivre les règles d'hygiène des mains entre chaque résident. [par. 229 (4)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, au cours de chaque poste, les symptômes indiquant la présence d'infections chez les résidents sont surveillés conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, les renseignements tirés de l'ensemble de données minimales (MDS) ont permis d'établir que le résident 010 avait eu une infection particulière auparavant.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution du résident 010 et constaté que celui-ci avait présenté des signes et des symptômes d'une infection particulière à une certaine date et qu'il fallait le placer en isolement et prendre les précautions nécessaires. Les notes d'évolution et la surveillance des signes et symptômes de l'infection du résident 010 n'ont pas été documentées à chaque quart de travail. Il n'y a pas eu, non plus, de documentation précisant à quel moment les symptômes du résident 010 s'étaient résorbés.

Un examen du rapport de vérification mensuelle du foyer pour les infections a révélé que le résident 010 n'avait pas été placé en isolement. Il n'y avait pas de documentation attestant que le résident 010 avait été placé en isolement particulier. Par conséquent, il n'y avait pas d'équipement de protection individuelle pour le personnel et les visiteurs à l'extérieur de la chambre du résident.



**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***

Lors d'un entretien, le directeur adjoint des soins a confirmé que le résident 010 aurait dû être identifié comme étant en isolement particulier mais cela n'a pas été fait. Le directeur adjoint des soins a également confirmé que les notes d'évolution auraient dû être consignées à chaque quart de travail durant la période d'infection du résident 010 et qu'il n'y avait pas de documentation indiquant à quel moment les signes et les symptômes qu'avait manifestés le résident 010 à la suite de cette infection s'étaient résorbés alors que cette information aurait dû être documentée. [alinéa 229 (5) a)]

---

**Date de délivrance : 2 juin 2016**

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice ou l'inspecteur.

# 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>	SARAH CHARETTE (612), ALAIN PLANTE (620), FRANCA MCMILLAN (544)
<b>N° de registre :</b>	005679-16
<b>N° du rapport d'inspection :</b>	2016_320612_0007
<b>Type d'inspection :</b>	Inspection de la qualité des services aux résidents
<b>Date du rapport :</b>	31 mai 2016
<b>Titulaire de permis :</b>	CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY 1140 South Bay Road, SUDBURY, ON P3E 0B6
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	VILLA ST-GABRIEL DE SUDBURY 4690 Municipal Road 15, Chelmsford, ON P0M 1L0
<b>Nom de l'administrateur :</b>	Ray Ingriselli

---

Aux termes du présent document, le CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY 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 :**

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre :

1. un processus pour veiller à ce que, les résidents 003, 011 et tous les autres résidents du foyer reçoivent les soins prévus dans leur programme de soins, tel que le précise le programme;
2. un processus de vérification qui donnera l'alerte lorsque le personnel ne fournit pas les soins prévus dans le programme de soins, afin que des mesures correctives soient prises;
3. un processus multidisciplinaire qui assurera une communication claire entre les infirmières autorisées (IA) les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), les préposés aux services de soutien personnel (PSSP), le diététiste agréé et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire en ce qui concerne les exigences prévues dans les programmes de soins des résidents.

**Motifs :**

1. Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 612 a interrogé un membre de la famille du résident 011. Elle a dit craindre que le résident 011 ne reçoive pas l'aide dont il a besoin.

L'inspectrice 612 a observé le résident 011 durant le service d'un repas le 10 mars 2016 et durant le service d'un autre repas le 14 mars 2016. L'inspectrice a observé que le résident avait reçu des aliments particuliers pour les deux repas. L'inspectrice a également observé qu'à la fin du service du repas, le 10 mars 2016, tout le personnel avait quitté la salle à manger. Le résident est resté seul dans la salle à manger, où il a passé 15 minutes à manger ces aliments particuliers. L'inspectrice a noté la consistance des aliments.

L'inspectrice a examiné le programme de soins le plus récent du résident et les renseignements suivants y figuraient :

- veiller à ce que les aliments particuliers offerts au résident soient d'une consistance particulière;
- surveiller étroitement, durant ces repas, les signes indiqués dans le programme de soins.

L'inspectrice a interrogé le diététiste agréé, qui a dit voir souvent le résident avec un autre membre de l'équipe multidisciplinaire. Le résident avait de nombreuses interventions prévues dans son programme de soins. Le diététiste agréé a confirmé que le personnel devait veiller à ce que la consistance des aliments particuliers soit appropriée, tel que le précise le programme

de soins. Il a également affirmé que le résident devait être surveillé de près durant tout le repas, tel que le précise son programme de soins.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 109, l'IAA 105 et l'IA 106, qui ont confirmé que le personnel autorisé aurait dû surveiller le résident durant tout le repas. L'IAA 105 a affirmé qu'il n'avait pas apporté de modifications aux aliments particuliers du résident et avait simplement servi les aliments tels qu'ils avaient été préparés par le personnel de la cuisine.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins, qui a confirmé que les soins n'avaient pas été fournis au résident comme le précisait le programme de soins, alors que cela aurait dû être fait. (612)

Lors d'un entretien, le résident 003 a indiqué à l'inspectrice 612 que le personnel de soir avait été impoli durant les soins fournis au résident un jour particulier. Le résident n'a pas pu fournir le nom de l'employé en cause.

Un examen du rapport d'enquête du foyer indiquait que le PSSP 128 avait répondu à la sonnette du résident 003 et lui avait fourni l'aide demandée.

L'inspectrice 612 a examiné le programme de soins du résident, qui contenait des directives claires à l'intention du personnel sur la façon de fournir des soins au résident.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 128, qui a confirmé qu'il avait fourni des soins au résident à une date particulière. Il a dit ne pas connaître les directives particulières fournies dans le programme de soins du résident et a confirmé qu'il n'avait pas fourni les soins prévus dans le programme de soins.

L'inspectrice a interrogé le PSSP 118 et l'IA 106, qui ont confirmé que le programme de soins contenait des directives particulières sur les soins dont le résident 003 a besoin.

L'inspectrice a interrogé la directrice des soins, qui a confirmé que le foyer s'attendait à ce que le personnel fournisse au résident les soins prévus dans le programme de soins, tel que le précise le programme.

La décision de délivrer cet ordre de conformité était fondée sur l'étendue, qui était isolée, et sur la sévérité, qui impliquait un risque/préjudice potentiel pour les résidents. Les antécédents du foyer en matière de conformité comprenaient un plan de redressement volontaire (PRV) émis dans le cadre de l'inspection de suivi n° 2015\_282543\_0023, un avis écrit (AE) émis dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) n° 2015\_380593\_0015 effectuée en 2015, un ordre de conformité (OC) délivré dans le cadre de l'inspection de suivi n° 2013\_211106\_0020 et de l'IQSR n° 2013\_099188\_0015 effectuée en 2013. Un PRV a également été délivré dans le cadre de l'inspection de l'incident grave n° 2013\_140158\_0007. Les motifs de l'inspection de suivi n° 2013\_211106\_0020 et de l'IQSR de 2013 concernaient particulièrement le fait que des résidents n'étaient pas surveillés pendant qu'ils mangeaient, contrairement à ce qui était précisé dans leur programme de soins. (612)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 12 juillet 2016**

N° de l'ordre : 002

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

**Aux termes du/de la :**

*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, alinéas 8 (1) a) et b) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit mis en place à l'intention du foyer :

- a) d'une part, un programme structuré de services infirmiers visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents;
- b) d'autre part, un programme structuré de services de soutien personnel visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents. 2007, chap. 8, par. 8 (1).

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan visant à assurer que le programme structuré de services de soutien personnel pour le foyer satisfait aux besoins évalués des résidents.

Ce plan doit comprendre les éléments suivants :

1. les mesures que le titulaire prendra pour assurer qu'il y a un nombre suffisant de préposés aux services de soutien personnel (PSSP) pour répondre aux besoins de tous les résidents du foyer, durant tous les quarts de travail et dans chaque unité;
2. les mesures que le titulaire prendra pour assurer que tous les résidents reçoivent un bain selon l'horaire qu'ils préfèrent et que les soins personnels leur sont offerts comme le précise leur programme de soins;
3. un processus de vérification pour faire un suivi et assurer que les résidents reçoivent les soins dont ils ont besoin comme le précise leur programme de soins;
4. le nom de la personne qui examinera et évaluera l'effectif du personnel à l'avenir, pour tous les quarts de travail et dans toutes les unités, et la fréquence à laquelle elle exécutera ces tâches, afin d'assurer qu'il est satisfait aux besoins des résidents.

Ce plan doit être transmis par télécopieur à l'attention de l'inspectrice Sarah Charette, au 705 564-3133. Le plan doit être présenté au plus tard le 14 juin 2016 et la date de conformité est le 15 juillet 2016.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit mis en place, à l'intention du foyer, un programme structuré de services de soutien personnel visant à satisfaire aux besoins évalués des résidents.

Lors d'entrevues avec les familles durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, des membres de la famille du résident 001 et du résident 011 ont indiqué aux inspectrices et à l'inspecteur que le personnel travaillait souvent avec deux PSSP de moins que le nombre prévu lorsque certains se déclarent malades. Ils ont affirmé que le foyer était incapable de remplacer ces membres du personnel.



Le 14 mars 2016, un membre de la famille d'un résident a affirmé à l'inspectrice 544 que le résident était au foyer depuis deux ans et que le foyer manquait souvent de personnel. Souvent, le résident attendait longtemps pour avoir de l'aide après avoir activé la sonnette d'appel.

Lors d'un entretien, le résident 007 a informé l'inspectrice que souvent il attendait longtemps avant que le personnel réponde à sa sonnette d'appel.

Le résident 020 a dit à l'inspectrice que souvent le foyer manquait de personnel, particulièrement lorsque deux PSSP se déclaraient malades.

Lors d'un entretien, le résident 013 a dit à l'inspectrice qu'il n'y avait pas assez de personnel au foyer pour répondre à ses besoins en matière de soins. Lorsqu'il sonne pour qu'on l'aide à aller aux toilettes, on ne répond pas à son appel assez rapidement et, ainsi, ses besoins en matière d'élimination ne sont pas pris en compte.

Le 14 mars 2016, l'inspectrice 612 a interrogé le PSSP 118, qui travaillait dans une unité particulière. Le PSSP 118 a confirmé qu'on manquait souvent de personnel et qu'à l'occasion les résidents ne pouvaient pas prendre leur bain. Le PSSP 118 a affirmé que les résidents n'étaient pas rasés lorsqu'il manquait du personnel.

Le PSSP 118 a affirmé qu'il y avait eu deux jours de mai 2016 où le résident 012 n'avait pas pris de bain. Il a dit à l'inspectrice que lorsqu'il manquait du personnel et qu'un résident ne prenait pas de bain, il inscrivait « non » dans les notes au point de service. L'inspectrice a examiné la documentation concernant le résident et a constaté que, sous deux dates particulières de mars 2016, les notes au point de service indiquaient que les bains prévus pour le résident ne lui avaient pas été donnés.

Le 14 mars 2016, l'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 120, qui travaillait dans l'unité. Il a dit à l'inspectrice que souvent cette unité du foyer manquait de personnel. Il a affirmé que lorsque cela se produisait, le rasage des résidents de sexe masculin et, à l'occasion, le bain de certains résidents étaient reportés si possible mais que généralement on sautait simplement le bain.

L'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 121, qui a dit à celle-ci que le personnel travaillait en nombre insuffisant presque tous les jours dans l'unité. Ainsi, le personnel travaillait avec un PSSP de moins dans l'unité. Il a également indiqué que souvent les soins des ongles n'étaient pas offerts aux résidents et que le rasage n'était pas offert non plus aux résidents de sexe masculin, particulièrement lorsqu'il manquait deux PSSP.

L'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 122, qui a dit à l'inspectrice que l'unité manquait assez souvent de personnel. Le PSSP 122 a affirmé qu'il manquait au moins un PSSP dans l'unité tous les deux ou trois jours. Lorsque c'était le cas, le personnel ne prenait pas de pauses, les hommes n'étaient pas rasés et les lits n'étaient pas faits.

L'inspectrice 544 a interrogé le PSSP 123 et le PSSP 124, qui travaillaient dans une autre unité. Tous deux ont dit à l'inspectrice qu'ils essayaient, d'une part, de ne pas manquer le bain des



résidents et le rasage des résidents de sexe masculin et, d'autre part, de fournir les soins des ongles aux résidents mais que parfois cela se produisait en raison d'une pénurie de personnel. Ils ont affirmé que l'unité était souvent à court de personnel et qu'il manquait un ou deux PSSP environ deux fois par semaine.

L'inspectrice 612 a examiné la politique du foyer concernant le plan de dotation en personnel, daté du 15 mai 2015. Cette politique indiquait que durant le quart de jour, chaque unité devait avoir PSSP. Durant le quart de soir, trois unités sur quatre avaient quatre PSSP et la quatrième en avait trois. Durant le quart de nuit, chaque unité avait un PSSP et il devait y avoir deux PSSP mobiles dans l'établissement.

L'inspectrice 612 a examiné la politique du foyer concernant le processus de remplacement du personnel, datée du 20 octobre 2015. Cette politique indiquait qu'il fallait tenter de trouver des remplacements payés à temps simple pour tous les employés qui se déclaraient malades et qu'il ne fallait pas payer d'heures supplémentaires le jour avant que les PSSP déjà présents dans l'établissement soient redéployés pour assurer qu'une unité particulière avait au moins quatre PSSP et que chacune des autres unités en avait au moins trois. Il en allait de même pour le quart de soir : une unité particulière aurait dû avoir quatre PSSP et les autres unités, trois.

L'inspectrice 544 a interrogé l'employé 117 chargé d'établir les horaires, qui a remis à l'inspectrice une liste des quarts offerts aux PSSP pour janvier, février et mars 2016. Le responsable des horaires a confirmé que les quarts disponibles étaient des quarts qui n'avaient pas été pourvus et que le foyer n'avait pas un effectif complet. Le responsable des horaires a indiqué que, si un PSSP était retiré d'une autre unité pour pourvoir complètement un quart de travail particulier, ce n'était inscrit ou documenté nulle part.

L'inspectrice 612 a interrogé le directeur des soins, qui a affirmé que, lorsque l'horaire était affiché, tous les quarts de travail étaient pourvus. Certains quarts n'étaient pas pourvus, soit parce que certains employés appelaient au dernier moment pour se déclarer malades, soit parce qu'ils avaient des tâches modifiées. Le directeur des soins a affirmé que l'unité concernée aurait dû avoir tout le personnel requis en tout temps; l'IA réaffectait le personnel de sorte que l'unité ait tout le personnel nécessaire. Le foyer s'attendait à ce que tous les soins aux résidents continuent à être offerts. Les bains, le rasage ou les soins des ongles étaient offerts durant le quart de travail suivant ou le lendemain si le personnel était incapable de terminer tous les soins durant son quart de travail.

La décision de délivrer cet ordre de conformité était fondée sur l'étendue, qui a été identifiée comme étant une tendance, sur la sévérité, qui impliquait un risque de préjudice réel, et sur les antécédents de conformité, qui révélaient des non-respects dans un domaine distinct. (544)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 12 juillet 2016**

N° de l'ordre : 003

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

**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, 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).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit :

1. d'une part, élaborer et mettre en oeuvre un processus visant à assurer que, pour tous les résidents qui utilisent des côtés de lit, une évaluation complète du risque qu'ils posent soit effectuée conformément au document de directives de Santé Canada intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques* et, d'autre part, utiliser le document suivant pour préparer l'évaluation des côtés de lit : *Clinical Guidance For the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities, and Home Care Settings* (en anglais seulement), élaboré par le Hospital Bed Safety Workgroup.
2. tenir un dossier pour chaque résident qui utilise des côtés de lit et consigner dans ce dossier la date de l'évaluation du résident, ainsi que les résultats de l'évaluation;
3. veiller à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, le programme de soins du résident établisse des directives claires à l'intention du personnel au sujet de l'utilisation des côtés de lit;
4. fournir à tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux résidents une formation sur l'évaluation, l'utilisation de côtés de lit et les risques associés à leur utilisation;
5. tenir un registre de la formation requise indiquant notamment la date à laquelle elle a été suivie, le nom des employés qui l'ont reçue et le contenu de la formation.

**Motifs :**

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

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 612 et l'inspecteur 620 ont constaté que 35 résidents sur 40 compris dans l'échantillon – ou 88 pour cent de ceux-ci – avaient eu leurs côtés de lit en position relevée. En particulier, les résidents 003, 005 et 011 ont été vus dans leur lit avec les côtés de lit courts en position relevée.

L'inspectrice 612 a examiné le rapport d'évaluation du risque de coincement des lits préparé par le directeur des services environnementaux. En 2015, sans égard à l'utilisation des côtés de lit, tous les lits du foyer avaient été soumis à un test pour les sept points de coincement en fonction du document de directives de Santé Canada sur la sécurité des lits, intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques*. Le directeur des services environnementaux a confirmé que les résidents n'avaient pas été évalués pour leur utilisation des côtés de lit.

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer intitulée « Bed side rails - Use of » (Utilisation des côtés de lit). Cette politique indiquait que les côtés de lit pouvaient être utilisés par les résidents pour favoriser leur mobilité autonome au lit ainsi que leurs transferts au lit et hors du lit. La politique indiquait également que chaque résident devait être évalué personnellement pour l'utilisation des côtés de lit et avoir une documentation claire sur le besoin et l'efficacité du côté de lit. La politique notait également que l'utilisation d'un côté de lit comme mesure de confort ou comme aide au changement de position et l'utilisation de deux côtés de lit à la demande d'un résident n'étaient pas considérées comme des mesures de contention mais que ces préférences devaient être documentées clairement dans le programme de soins.

L'inspecteur 620 a interrogé le directeur des soins, qui a affirmé que le foyer n'avait pas instauré de processus d'évaluation pour assurer que les résidents utilisant des côtés de lit sont évalués pour le risque qu'ils posent pour eux; par conséquent, les résidents 003, 005 et 011 n'avaient pas reçu d'évaluation liée aux côtés de lit qu'ils utilisaient. Le directeur des soins a affirmé qu'un processus d'évaluation personnelle aurait dû être mis en place mais que cela n'avait pas été fait.

La décision de délivrer cet ordre de conformité était fondée sur l'étendue, qui était à vaste échelle, sur la sévérité, qui impliquait un risque de danger réel, et sur les antécédents de conformité, qui comprenaient un PRV émis à la suite de l'IQSR de 2015 dans le cadre de l'inspection n° 2015\_380593\_0015. (612)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 12 juillet 2016**

N° de l'ordre : 004

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

**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, 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;
  - b) l'identification des risques afférents aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;
  - c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques;
  - 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;
  - 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).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit :

1. assurer que le diététiste agréé, qui fait partie du personnel du foyer, examine et évalue le programme de soins alimentaires et d'hydratation du foyer;
2. tenir un dossier concernant l'examen du programme et y consigner le nom des personnes qui ont participé à cet examen, les modifications ou les recommandations faites à la suite de l'évaluation du programme, ainsi que la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.
3. assurer qu'une formation est offerte au personnel qui fournit des soins directs, notamment aux préposés aux services de soutien personnel (PSSP) et au personnel autorisé (IA et IAA) en ce qui a trait au résultat de l'examen du programme de soins alimentaires et d'hydratation et à toute modification y étant apportée;
4. tenir un dossier sur la formation, y compris le contenu de la formation, le nom des personnes qui l'ont suivie et la date à laquelle elles l'ont suivie.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation comprenne 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.

Durant la phase 1 de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspecteur 620 a déterminé lors d'un entretien avec le personnel que le résident 006 avait un indice de masse corporelle (IMC) faible et qu'aucune intervention n'était planifiée à cet égard.

Un examen du dossier clinique du résident 006 a révélé que ce résident avait subi un changement de poids important sur un mois. Le dossier clinique ne contenait aucune documentation indiquant qu'une évaluation du résident 006 avait été réalisée après la documentation de ce changement de poids important par le foyer.

L'inspecteur 620 a examiné la politique du foyer concernant la surveillance du poids et de la stature, mise à jour le 31 juillet 2015. L'objectif énoncé dans cette politique était de veiller à ce que des mesures ou des interventions appropriées soient prévues et à ce qu'elles soient mises en œuvre au moment opportun si un résident subissait un changement de poids important non planifié ou tout autre changement de poids compromettant son état de santé.

L'inspecteur 620 a interrogé le diététiste agréé, qui a affirmé qu'il n'avait pas participé à la mise en œuvre ou à l'élaboration du programme du foyer concernant les soins alimentaires et l'hydratation mais qu'il aurait dû le faire.

Le 17 mars 2016, l'inspecteur 620 a interrogé le directeur du service d'alimentation, qui a dit être chargé de la mise en œuvre et de l'élaboration du programme du foyer concernant les soins alimentaires et la nutrition. Il a dit avoir examiné le programme en consultation avec le directeur du service d'alimentation d'un établissement de soins de longue durée affilié. Le directeur du service d'alimentation a confirmé que lui-même et le directeur du service d'alimentation de l'établissement affilié n'étaient pas diététistes agréés. Il a confirmé qu'il n'avait pas consulté de diététiste agréé pour la mise en œuvre ou l'élaboration du programme du foyer concernant le service d'alimentation et de nutrition mais qu'il aurait dû le faire.

La décision de délivrer cet ordre de conformité était fondée sur l'étendue, qui a été identifiée comme étant à vaste échelle, sur la sévérité, qui impliquait un risque de préjudice réel pour les résidents, et sur les antécédents de conformité, qui comprenaient un AE délivré précédemment lors de l'IQSR n° 2014\_332575\_0014. (620)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 12 juillet 2016**

**N° de l'ordre :** 005**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, 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).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit :

1. assurer que tous les chariots à médicaments sont gardés dans un endroit sûr et verrouillé;

2. assurer que les substances désignées sont entreposées dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé;

3. assurer qu'une formation est offerte au personnel infirmier autorisé pour assurer la conformité au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéas 129 (1) a) et b);

4. assurer la tenue d'un dossier concernant la formation et précisant le nom des personnes qui ont suivi la formation, ainsi que la date de la formation et son contenu.

**Motifs :**

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 est sûr et verrouillé.

Le 15 mars 2016, l'inspectrice 612 a vu que le chariot à médicaments était déverrouillé dans le couloir d'une unité. L'inspectrice n'a pas trouvé l'IAA et est restée dans le couloir à surveiller le chariot pendant environ cinq minutes. Pendant ce temps, l'inspectrice a vu un résident passer à côté du chariot à médicaments. L'IAA 134 est ensuite sortie de la chambre d'un résident. L'IAA ne pouvait pas voir le chariot à médicaments de l'intérieur de la chambre à coucher.

L'inspectrice s'est rendue dans une autre unité. Elle a vu le chariot à médicaments déverrouillé dans le couloir. Elle a vu que l'IAA 133 était dans la chambre d'un résident et qu'elle tournait le dos au chariot à médicaments. Le chariot à médicaments n'était pas dans son champ de vision.



L'inspectrice a interrogé l'IAA 105 et l'IAA 119, qui ont confirmé que le chariot à médicaments aurait dû être verrouillé lorsqu'il était hors du champ de vision de l'IAA.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer 3-5 concernant le chariot à médicaments et l'entretien, qui indiquait de garder le chariot à médicaments verrouillé en tout temps, sauf lorsqu'il était dans le champ de vision d'une infirmière pendant la distribution des médicaments.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins et le directeur adjoint des soins, qui ont confirmé que le chariot à médicaments devait être verrouillé lorsqu'il était hors du champ de vision des infirmières. [alinéa 129 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient 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.

Le 15 mars 2016, l'inspectrice 612 a vu que le chariot à médicaments était déverrouillé dans l'entrepôt à médicaments de deux unités. Le 16 mars 2016, l'inspectrice a vu le chariot à médicaments déverrouillé dans l'entrepôt à médicaments d'une autre unité. Les IAA n'étaient pas dans l'entrepôt à médicaments durant ces observations.

L'inspectrice a interrogé l'IAA 105, qui a confirmé que le chariot à médicaments devait être verrouillé lorsqu'il n'était pas utilisé et qu'il se trouvait dans l'entrepôt à médicaments, car il contenait des médicaments désignés.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins et le directeur adjoint des soins, qui ont confirmé que le chariot à médicaments devait être verrouillé lorsqu'il était rangé dans l'entrepôt à médicaments, car il contenait des médicaments désignés.

La décision de délivrer cet ordre de conformité était fondée sur la sévérité, qui impliquait un risque minimal, sur l'étendue, qui était à vaste échelle, et sur les antécédents de conformité, qui comprenaient un PRV délivré durant les IQSR de 2015 et de 2014 dans le cadre des inspections n° 2015\_380593\_0015 et n° 2014\_332575\_0014, ainsi qu'un AE délivré à la suite d'un incident grave lors de l'inspection n° 2013\_140158\_0007. (612)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 juin 2016**

**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 registrateur  
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 : 31 mai 2016****Signature de l'inspecteur :****Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :****Bureau régional de services :**

Original signé par

Sarah Charette

Sudbury