



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

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

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St - 4th Floor  
OTTAWA ON L1K 0E1  
Telephone: (613) 569-5602  
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services  
d'Ottawa  
347 rue Preston - 4<sup>e</sup> étage  
OTTAWA (Ontario) L1K 0E1  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

## Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
7 novembre 2014	2014_289550_0025	O-000810-14	Inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR)

### Titulaire de permis

GENESIS GARDENS INC.  
438 PRESLAND ROAD OTTAWA ON K1K 2B5

### Foyer de soins de longue durée

FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME  
1003 Limoges Road South, Limoges (Ontario) K0A 2M0

### Inspectrices et inspecteur

JOANNE HENRIE (550), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), HUMPHREY JACQUES (599),  
LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547), MELANIE SARRAZIN (592)

## Résumé de l'inspection



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

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

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

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

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

Cette inspection s'est tenue les 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11 et 12 septembre 2014.

Ont également été inspectés au cours de cette inspection les registres suivants : O-001038-13, O-000883-13 et O-000768-14.

Au cours de l'inspection l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, la directrice des soins, la directrice adjointe des soins, la coordonnatrice de l'évaluation RAI/infirmière de la prévention des infections, la coordonnatrice de la formation du personnel, le superviseur des services alimentaires, le superviseur des services environnementaux, le directeur des activités, plusieurs infirmières autorisées, plusieurs infirmières auxiliaires autorisées, plusieurs préposés au service de soutien personnel (PSSP), du personnel de soutien aux troubles du comportement, un cuisinier, deux travailleurs des services alimentaires, une aide-physiothérapeute, du personnel d'entretien, une aide au service de buanderie, le président du conseil des résidents et le président du conseil des familles.

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



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

activités récréatives et sociales;  
comportements réactifs;  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
dignité, liberté de choisir et vie privée;  
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
foyer sûr et sécuritaire;  
hospitalisation et changement de l'état;  
médicaments;  
nutrition et hydratation;  
observation du service de restauration;  
personnel suffisant;  
prévention des chutes;  
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;  
prévention et contrôle des infections;  
recours minimal à la contention;  
services d'hébergement – entretien ménager;  
services d'hébergement – entretien;  
services de soutien personnel;  
soins de la peau et des plaies;

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

26 AE  
9 PRV  
6 OC  
0 RD  
0 OTA



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*

## NON-RESPECTS

### Définitions

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

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, par. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).**

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

**229. (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

- c) le médecin-hygiéniste local est invité à assister aux réunions;
- d) le programme est évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

**229. (3) Le titulaire de permis désigne pour coordonner le programme un membre du personnel dont la formation et l'expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections portent notamment sur les éléments suivants :**

- a) les maladies infectieuses;
- b) le nettoyage et la désinfection;
- c) la collecte de données et l'analyse des tendances;
- d) les protocoles de présentation de rapports;
- e) la gestion des épidémies. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (3).

**229. (10) Le titulaire de permis veille à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :**

- 3. Doivent être offertes aux résidents des immunisations contre le pneumocoque, le tétanos et la diphtérie, conformément aux calendriers d'immunisation publique affichés sur le site Web du ministère.

**229. (12) Le titulaire de permis veille à ce que les animaux de compagnie qui vivent au foyer ou qui visitent le foyer dans le cadre d'un programme de visites d'animaux de compagnie ont reçu toutes les immunisations nécessaires. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (12).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le médecin-hygiéniste local soit invité aux réunions de l'équipe de prévention et de contrôle des infections.

Lors d'un entretien, l'infirmière 115 de la prévention des infections a affirmé à l'inspectrice 550 que l'équipe de contrôle des infections se réunissait une fois tous les trimestres. Elle a ajouté que le médecin-hygiéniste local n'était jamais invité aux réunions de l'équipe de contrôle des infections.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le médecin-hygiéniste n'était pas toujours invité aux réunions concernant le contrôle des infections. [alinéa 229 (2) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de contrôle des infections soit évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques en vigueur.

Lors d'une observation, les inspectrices 540 et 545 ont observé, à l'entrée de la chambre de deux résidents, un écriteau portant la mention « Précautions universelles ». Lors d'un entretien, le PSSP 116 a indiqué à l'inspectrice que le résident 038 nécessitait des précautions universelles en raison de sa récente admission au foyer. Il a indiqué que lorsque de nouveaux résidents sont admis, il fallait que des précautions universelles soient en place jusqu'à ce que le foyer reçoive les résultats des prélèvements de dépistage du SARM qui sont réalisés au moment de leur admission. Il a indiqué que le résident 037 nécessitait des précautions universelles du fait de l'infection d'une plaie par le SARM sur une région de son corps et que les précautions universelles exigeaient le port de gants par le personnel qui est au contact de liquides organiques. L'employé 116 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il ignorait que des précautions contre les contacts auraient dû être en place et qu'il devait porter une blouse et des gants pour fournir des soins directs à ces deux résidents.

Lors d'un entretien, l'infirmière auxiliaire autorisée 102 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle ignorait pourquoi le résident 037 avait un écriteau indiquant « Précautions universelles » à l'entrée de sa chambre et que le résident avait une plaie infectée par le SARM sur une région du corps. Elle a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle devait porter des gants pour changer le pansement du résident et qu'aucune autre précaution n'était requise. L'employée 102 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle ignorait que des précautions contre les contacts auraient dû être en place et qu'elle devait porter des gants et une blouse pour repanser la plaie de ce résident.

L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins écrits du résident 037 daté de juin 2014 et celui du résident 038 daté de septembre 2014. Rien n'indiquait que l'un ou l'autre de ces résidents avait une infection par le SARM ni que des précautions devaient être prises par le personnel avant de leur fournir des soins.

L'inspectrice a examiné la politique de dépistage du SARM et de l'ERV, mise à jour le 1<sup>er</sup> août 2013. Cette politique indique que le personnel doit prendre des « précautions universelles » lorsqu'il dispense des soins aux résidents qui sont positifs pour le SARM. L'inspectrice a examiné la « Politique des précautions universelles », mise à jour le 5 décembre 2010. Cette politique indique que des précautions universelles doivent être prises pour le sang et les liquides organiques qui contiennent du sang, le liquide séminal et les sécrétions vaginales qui contiennent du sang occulte, ainsi que les liquides céphalorachidien, synovial, pleural, péricardique, amniotique et péritonéal, par exemple. Les précautions universelles ne sont pas nécessaires pour les selles, les expectorations, les sécrétions nasales, la transpiration, les larmes, l'urine, les vomissements et la salive, sauf s'ils contiennent du

sang. Pour le personnel, le port d'une blouse n'est obligatoire que s'il y a un risque de contamination des vêtements par du sang et le port des gants est requis en cas de contact direct avec le sang ou les liquides organiques, lors d'une glucométrie capillaire et en présence de coupures, d'éraflures ou d'autres lésions cutanées et d'un risque de contamination des mains par du sang.

Les meilleures pratiques du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) indiquent que les précautions contre les contacts doivent être en place (port de gants et d'une blouse) lors de la fourniture de soins directs à un résident infecté par le SARM pour prévenir la transmission de l'infection à d'autres résidents. Dans le document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé (3<sup>e</sup> édition)*, les soins directs désignent : « la prestation de soins (p. ex., donner le bain à un client/patient/résident, le laver ou le tourner, changer ses vêtements, lui prodiguer des soins relatifs à l'incontinence, changer ses pansements, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes, faire sa toilette) ». Les deux employés ignoraient que les précautions contre les contacts comprenaient le port d'une blouse lors de la fourniture de soins directs à un résident infecté.

Lors d'un entretien, l'infirmière de la prévention des infections a indiqué à l'inspectrice 550 que les documents intitulés « Politiques des précautions universelles » et « St-Viateur Nursing Home M.R.S.A. and V.R.E. screening policy » étaient les seules politiques dont le foyer dispose pour aider le personnel à s'occuper des résidents positifs pour le SARM. Une feuille de directives sur le SARM et l'ERV est affichée au babillard dans le bureau de l'infirmière mais, comme c'est le seul endroit où elle est affichée, elle n'est pas accessible au personnel. Cette infirmière a indiqué que l'écriteau « Précautions universelles » n'aurait pas dû être affiché à l'entrée de la chambre du résident 037; c'est celui portant la mention « Précautions contre les contacts » qui aurait dû y être affiché.

Le programme de prévention et de contrôle des infections n'a pas été évalué et mis à jour conformément aux pratiques établies par le CCPMI et, par conséquent, ne peut pas guider adéquatement le personnel dans la prévention de la transmission d'infections au sein du foyer.

Ce non-respect est continu puisqu'il a déjà fait l'objet d'un plan de redressement volontaire lors d'une inspection de la qualité des services aux résidents en mai 2012. [alinéa 229 (2) d)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à désigner, pour coordonner le programme de prévention et de contrôle des infections, un membre du personnel dont la formation et l'expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections portent notamment sur les éléments suivants :

- a) les maladies infectieuses;
- b) le nettoyage et la désinfection;
- c) la collecte de données et l'analyse des tendances;
- d) les protocoles de présentation de rapports;



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

e) la gestion des épidémies.

Lors d'un entretien, l'infirmière de la prévention des infections a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle n'avait pas reçu de formation proprement dite sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections sauf, en mai 2012, une séance de formation de haut niveau de 5,25 heures sur différents types de bactéries courantes dans les soins de longue durée et sur l'hygiène des mains.

La directrice des soins a indiqué à l'infirmière de la prévention des infections qu'elle n'avait pas reçu de formation sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections. [par. 229 (3)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient offertes aux résidents des immunisations contre le tétanos et la diphtérie, conformément au calendrier d'immunisation publique affiché dans le site Web du ministère.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer n'offrait pas d'immunisations contre le tétanos et la diphtérie à ses résidents. Elle a indiqué que le foyer n'avait pas de politiques concernant ces vaccins et qu'elle ignorait que le foyer devait offrir ces vaccins aux résidents. Elle a indiqué qu'une réunion avec le service de santé était prévue pour septembre 2014 afin d'examiner les politiques de contrôle des infections. [alinéa 229 (10) 3]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les animaux de compagnie qui vivent au foyer ou qui visitent le foyer dans le cadre d'un programme de visites d'animaux de compagnie aient reçu toutes les immunisations nécessaires.

La coordonnatrice des activités a affirmé à l'inspectrice 550, lors d'un entretien, qu'un bénévole faisait régulièrement des visites avec quatre chiens. Elle a ajouté que le bénévole devait lui-même s'assurer que les chiens ont reçu les immunisations nécessaires et qu'il n'y avait pas de processus en place au foyer pour vérifier que celles-ci ont été administrées à tous les animaux qui y viennent en visite.

L'infirmière 115 de la prévention des infections a fourni à l'inspectrice un exemplaire de la politique du foyer intitulée « Politique des animaux domestiques dans l'établissement ». Cette politique indique aux points 1 et 2 que le propriétaire doit veiller à ce que l'animal ait les immunisations nécessaires et fournir une copie du dossier d'immunisation. [par. 229 (12)]

**Autres mesures requises :**

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





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*

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 228 (Amélioration constante de la qualité).**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :**

- 1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.**
- 2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.**
- 3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.**
- 4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :**
  - i. les questions visées à la disposition 3,**
  - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,**
  - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :
  1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.
  3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.
  4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :
    - i. les questions visées à la disposition 3,
    - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,
    - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer était en train de mettre sur pied son système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources. Le foyer



n'a pas encore défini ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ni de processus pour identifier les initiatives à examiner.

L'administrateur a indiqué que les réunions concernant le système d'amélioration de la qualité avaient été intégrées à celles du comité de gestion et que leur dernière réunion avait eu lieu le 9 janvier 2014.

Un non-respect a été signalé à titre d'avis écrit aux termes de la LFSLD, chap. 8, art. 84, le 31 mai 2012.

Si le foyer avait mis en œuvre un système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources, il aurait été en mesure de reconnaître les problèmes d'entretien décrits dans l'AE n° 4 ainsi que l'inobservation des politiques citée dans l'AE n° 15. [art. 228]

***Autres mesures requises :***

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

---

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

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

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

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

**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. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :**

- 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.**
- 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.**
- 3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit 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.

L'examen du dossier de santé montre que le résident 010 a été diagnostiqué de problèmes mentaux et qu'il a été suivi par le service de psychogériatrie. Une note de l'infirmière autorisée de ce service indiquait, un jour de mars 2014, qu'elle avait discuté du comportement de ce résident avec le personnel de soutien aux troubles du comportement du foyer. La dernière note consignée par le médecin du service de psychogériatrie était datée du 30 avril 2014 et indiquait que le résident continuerait à être suivi de près.

Le programme de soins daté d'un jour de juin 2014 indique que le résident 010 est facilement distrait, et qu'il a des épisodes de discours décousu, une fonction mentale incohérente durant la journée, des périodes d'agitation et des périodes de léthargie. Le programme de soins n'indique pas que le résident 010 commet des agressions verbales. Lorsqu'il a été réévalué un jour d'août 2014, le résident commettait quotidiennement des agressions verbales, il était socialement inapte et affichait un comportement perturbateur et il était indiqué que ces deux comportements n'étaient pas faciles à changer. Lors d'un examen du score du résident 010 pour son comportement agressif, une augmentation de 1/12 à 9/12 sur une période de trois mois (du 21 mai au 6 août 2014) révélait une augmentation considérable des comportements réactifs.

Durant l'inspection, l'inspectrice 545 a vu le résident 010 diriger son fauteuil roulant lui-même à l'intérieur du foyer. Plusieurs fois par jour, le résident faisait entendre ses débordements de colère, on l'entendait crier très fort à d'autres résidents de s'enlever de son chemin et hurler que le personnel ne répondait pas à ses besoins. Le 9 septembre 2014 à 16 h 53, l'inspectrice a entendu le résident dire à un autre de s'enlever de son chemin en le criblant d'injures. Un membre du personnel est intervenu pour éloigner l'autre résident du résident 010. Le 10 septembre 2014 à 14 h 52, le résident 030, qui était assis dans son fauteuil roulant près du poste de soins infirmiers, a tapoté le bras de l'inspectrice 545 pour avoir son attention. Le résident 010 a crié au résident 030 « Arrêtez, maintenant, d'écouter les conversations de l'inspectrice et de la directrice des soins ». Un PSSP est venu immédiatement et a dirigé le résident 010 vers un lieu à part.

Lors de divers entretiens, le PSSP 113, le PSSP 111, l'infirmière autorisée 112, l'aide-physiothérapeute 110 et la coordonnatrice de l'évaluation RAI ont reconnu que le résident 010 affichait quotidiennement les comportements réactifs suivants :

- il avait des débordements quotidiens fréquents à l'endroit du personnel et des visiteurs;
- il criait et injurait d'autres résidents, leur ordonnant de s'enlever de son chemin;
- il montrait son impatience et hurlait souvent « Personne ne m'aide ici »;
- il avait des débordements fréquents pendant les repas et demandait à être servi en premier; le résident 010 a été déplacé vers la salle à manger principale parce que, même s'il était capable de manger tout seul, il nécessitait l'intervention du personnel pour gérer ses comportements.

Le PSSP 113 a indiqué le 8 septembre 2014 que le résident 010 réagissait par des débordements de colère. Il a cité les déclencheurs suivants :

- le résident 010 ne pouvait pas circuler dans les couloirs avec son fauteuil roulant ou avec l'ambulateur durant le programme de rééducation à la marche;
- un résident qui se promenait est entré dans sa chambre;
- les aliments n'étaient pas servis dès que le résident arrivait dans la salle à manger;
- le résident activait la sonnette et le personnel ne venait pas assez vite;
- le personnel le poussait à être autonome, par exemple pour s'habiller ou se déplacer avec son fauteuil roulant, alors que lui ne le voulait pas.

Le PSSP 111 a indiqué le 8 septembre 2014 que le résident 010 réagissait par des débordements au cours desquels il criait, hurlait et se fâchait. Il a cité les déclencheurs suivants :

- le fait de ne pas avoir l'attention du personnel, indiquant que le résident réagissait de manière positive à l'interaction individuelle avec le personnel et qu'à mesure qu'il apprenait à connaître une personne, il aimait la serrer dans ses bras;
- le fait de ne pas obtenir immédiatement l'aide qu'il demandait pour les soins;
- les autres résidents qui gagnaient au bingo alors que lui ne gagnait pas;
- les autres qui étaient sur son chemin dans le couloir; le résident semblait être maître du couloir du foyer et ne pas vouloir d'autres résidents dans son espace.

L'infirmière autorisée 112 a indiqué le 8 septembre 2014 que le résident 010 commettait quotidiennement des agressions verbales, injuriant le personnel et les résidents. Elle a cité les déclencheurs suivants :

- douleur aux jambes;
- besoin intense d'attention;
- faible tolérance aux autres résidents autour de lui;
- impatience, incapacité à attendre, besoin d'être servi en premier.



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

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

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

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

La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué le 9 septembre 2014 que certains membres du personnel étaient un peu brusques avec le résident 010, a ajouté que le personnel ne devait pas plaisanter avec lui et qu'il fallait toujours l'aborder doucement et être attentif à son humeur.

Le 10 septembre 2014, l'employé 117 de soutien aux troubles du comportement a indiqué que le personnel de soutien aux troubles du comportement ne s'occupait pas du résident 010 parce que celui-ci était déjà suivi par le service de psychogériatrie et que le personnel du foyer savait comment gérer ses comportements réactifs.

La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué qu'elle était chargée de mettre à jour le programme de soins et de veiller à ce qu'il soit imprimé et rangé dans le dossier papier du résident, étant donné que le personnel autorisé et le personnel fournissant des soins directs n'avaient pas accès aux dossiers électroniques. Elle a indiqué que le programme de soins du résident 010 pour ses comportements réactifs ne précisait pas de tendances en ce qui concerne l'humeur et le comportement, les comportements réactifs reconnus ou les déclencheurs comportementaux potentiels et les variations dans le fonctionnement du résident à différentes périodes de la journée, mais qu'elle personnalisait le programme de soins du résident de façon à tenir compte des comportements réactifs reconnus par le personnel, y compris elle-même.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins le 11 septembre 2014, celle-ci a indiqué qu'elle savait que le programme de soins du résident 010 avait besoin d'être revu de façon à prendre en compte les tendances de l'humeur et du comportement, les comportements réactifs reconnus ou tout déclencheur comportemental potentiel, ainsi que les variations dans le fonctionnement du résident à différentes périodes de la journée. [par. 6. (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident.

Le programme de soins le plus récent du résident 001, daté de juillet 2014, indique que le résident 001 souffre d'incontinence urinaire et porte des produits pour incontinence et le rapport d'intégrité épidermique ne précise pas de lésion de pression au niveau du coccyx.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 ne souffrait plus d'incontinence urinaire et qu'il portait à présent une sonde de Foley en raison d'une lésion de pression. Elle a indiqué que ce résident avait une lésion de pression de stade 3 sur une région du corps et que le traitement avait été remplacé par un type de pansement à changer tous les trois jours et au besoin : incliner le fauteuil roulant, changer de position toutes les 30 à 60 minutes et changer le degré d'inclinaison en position assise.



**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**

Le PSSP 101, qui était affecté au résident 001, savait que celui-ci portait une sonde de Foley et avait une lésion de pression de stade 3 sur une région du corps. Il a indiqué à l'inspectrice qu'il devait repositionner le résident toutes les deux heures lorsqu'il est au lit et que celui-ci ne devait se lever que pour les repas.

Interrogée par l'inspectrice 550, la directrice adjointe des soins a dit savoir que les soins dispensés au résident 001 ne correspondaient pas à ce qui était prévu dans le programme de soins écrit. Elle a précisé que les soins et les interventions étaient mis à jour dans le programme de soins écrit uniquement lors des évaluations trimestrielles remplies par les employés. Elle a ajouté que le programme de soins devait être modifié selon l'évolution des soins à dispenser au résident et que les employés ne devaient pas attendre le moment de l'évaluation trimestrielle. Elle a indiqué à l'inspectrice que les changements dans les soins d'un résident étaient communiqués au personnel lors du rapport de la matinée.

Ainsi, le programme de soins écrits du résident 001 ne précise pas les soins qui sont prévus pour le résident. [alinéa 6 (1) a)]

3. Le 3 septembre à 10 h 30, l'inspectrice 592 était avec le résident dans la pièce 102-4 pour s'entretenir avec lui et faire une observation. L'inspectrice 592 est entrée dans la salle de bain pour faire une observation et y a trouvé le résident 005 assis sur la toilette sans surveillance. Le résident 005 avait encore l'élingue du lève-personne sous lui et était toujours attaché au lève-personne devant lui. L'inspectrice a interpellé le PSSP 102, qui marchait dans le couloir, pour l'informer que le résident 005 avait été trouvé assis sur la toilette sans surveillance. Le PSSP 102 a répondu à l'inspectrice 592 qu'il venait justement pour aider le résident. Le PSSP 102 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il était habituel de laisser ce résident sans surveillance sur la toilette avec le lève-personne. Il a indiqué qu'on mettait les freins au lève-personne, qu'on laissait le résident seul pour qu'il ait son intimité et qu'on revenait plus tard l'aider.

La directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 592, lors d'un entretien, que le personnel avait l'habitude de laisser ce résident sans surveillance sur la toilette avec l'élingue et le lève-personne devant lui. Cette pratique est destinée à préserver l'intimité du résident lorsqu'il est sur la toilette. L'inspectrice 592 a montré le programme de soins du résident 005 à la directrice adjointe des soins. Le programme de soins précisait de ne pas laisser le résident sans surveillance lorsqu'il est sur la toilette mais de préserver son intimité. La directrice adjointe des soins a indiqué que les soins fournis à ce résident par le personnel ne correspondaient pas au programme de soins en vigueur. [alinéa 6 (1) a)]

4. Le programme de soins le plus récent du résident 001, daté de juillet 2014, indiquait à propos de ce 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**

- souffre d'incontinence urinaire et porte des produits pour incontinence.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 ne souffrait plus d'incontinence urinaire et que le résident portait à présent une sonde de Foley en raison d'une lésion de pression.

Le PSSP 101, qui était affecté au résident 001, savait que le résident portait une sonde de Foley.

La directrice adjointe des soins a expliqué à l'inspectrice 550 qu'elle savait que les soins dispensés au résident 001 ne correspondaient pas à ce qui était indiqué dans le programme de soins écrit. Elle a précisé que les soins et les interventions étaient mis à jour dans le programme de soins écrit seulement lorsque les employés remplissent les évaluations trimestrielles. Elle a ajouté que le programme de soins devait être modifié selon l'évolution des soins à dispenser au résident et que les employés ne devaient pas attendre que l'évaluation trimestrielle soit faite. Elle a indiqué à l'inspectrice que les changements dans les soins d'un résident étaient communiqués au personnel lors du rapport de la matinée. [alinéa 6 (1) a)]

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

Le 12 septembre 2014, la directrice des soins a fourni à l'inspectrice 547 une copie du programme de soins du résident 005 daté de décembre 2013. Tout ce que ce programme de soins indiquait, c'était que le résident avait besoin d'un certain moyen de contention lorsqu'il était au lit. Aucune indication concernant la contention du tronc ou deux types particuliers de contention des membres n'a été notée dans le programme de soins écrit du résident.

Le 12 septembre 2014, les employés 106 et 130 ont indiqué que le résident 005 portait un moyen de contention pour du corps lorsqu'il était assis dans son fauteuil. Ces mêmes employés ont également indiqué que le résident 005 utilisait deux autres types particuliers de contention des membres lorsque le personnel lui prodiguait des soins personnels ou le faisait manger et également lorsque le résident était assis dans son fauteuil et que d'autres résidents étaient présents. Les employés 106 et 130 ont confirmé que le résident ne pouvait pas retirer ces moyens de contention lui-même.

Interrogé par l'inspectrice 547 le 12 septembre 2014, l'employé 132 a dit savoir que ceci était considéré comme un moyen de contention mais que ce n'était pas inscrit dans le programme de soins. Les deux moyens de contention des membres employés pour ce résident ne sont pas non plus prévus dans le programme de soins.



Lors d'un entretien avec l'inspectrice 547 le 12 septembre 2014, la directrice des soins a indiqué que tous les moyens de contention du résident 005 auraient dû être prévus dans le programme de soins et que le dossier relatif à la contention devait fournir des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 005, notamment la documentation et la supervision adéquates de ces moyens de contention.

La directrice des soins a confirmé que le programme de soins du résident 005 ne donnait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à ce résident en ce qui concerne les moyens de contention qu'il utilise.

Le programme de soins ne fournit pas de directives liées à l'application et à la surveillance de deux moyens de contention des membres. [alinéa 6 (1) c)]

6. Le résident 010 a été réévalué un jour d'août 2014 et il a été noté que ce résident avait un contrôle inadéquat de la vessie et de nombreux épisodes quotidiens d'incontinence, ce qui constitue un changement depuis sa dernière évaluation, datée de mai 2014. À cette époque, le résident 010 souffrait d'incontinence urinaire deux ou trois fois par semaine mais pas tous les jours.

En examinant le programme de soins daté de mai 2014, il était indiqué que le résident 010 souffrait occasionnellement d'incontinence urinaire, soit deux ou trois fois par semaine, et que les interventions consistaient notamment à lui fournir des couches jetables ou réutilisables – petites, moyennes ou grandes, à l'emmener aux toilettes toutes les deux heures ou avant et après les repas et au besoin. Il était également indiqué que le résident ne souffrait d'aucune incontinence intestinale et qu'il fallait l'emmener aux toilettes tous les jours à la même heure pour prévenir l'incontinence.

Lors de divers entretiens le 8 septembre 2014, le PSSP 113 a indiqué que le résident utilisait un type particulier de produit pour incontinence le jour et le soir ainsi qu'un autre type de produit pour incontinence la nuit. Il a indiqué que le résident avait besoin d'encouragements quotidiens et qu'on lui rappelle qu'il est capable de se retenir, puis il a ajouté que le résident était capable d'activer la sonnette d'appel au besoin pour aller à la salle de bain. Le PSSP 113 a indiqué qu'il devait répondre à la sonnette d'appel rapidement, car le résident était incapable d'attendre.

Lors d'un entretien le 8 septembre 2014, l'infirmière autorisée 112 a indiqué qu'elle était étonnée que le résident souffre d'incontinence urinaire puisqu'il était capable d'activer la sonnette d'appel pour avoir de l'aide et a ajouté que le résident demandait régulièrement de l'aide. L'infirmière autorisée a indiqué que le résident souffrait d'incontinence intestinale après l'administration d'un laxatif. Le programme de soins ne précisait pas que le résident souffrait fréquemment d'incontinence intestinale après l'administration d'un laxatif.





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 9 septembre 2014, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué que l'incontinence urinaire et intestinale du résident 010 avait été évaluée dans le cadre de l'évaluation RAI-MDS 2.0 un jour d'août 2014, mais qu'elle n'avait pas encore eu le temps de rédiger et de mettre à jour le programme de soins du résident. Elle a indiqué que le programme de soins écrit et mis à jour pour la dernière fois en juin 2014 était le seul programme de soins disponible et accessible au personnel chargé des soins directs et au personnel autorisé.

Ainsi, le programme de soins du résident 010 ne donnait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. [alinéa 6 (1) c)]

7. Durant l'automne 2014, le résident 004 a été transféré vers un autre foyer de soins de longue durée. Le programme de soins du résident 004 daté de juillet 2014 a été revu. Il est noté dans le programme de soins que le résident 004 « conservera sa mobilité et fera de l'exercice pour prévenir les contractures ». Le résident 004 devait recevoir de la « physiothérapie à raison de 15 minutes par jour et 75 minutes par semaine ».

Le 9 septembre 2014, l'inspectrice 126 a interrogé l'aide-physiothérapeute 110. Celle-ci a indiqué que le résident 004 ne bénéficiait d'aucun type de physiothérapie depuis le 13 mars 2014. L'employé 110 ne connaît pas les conditions à remplir pour que le traitement de physiothérapie continue ou pour savoir quand mettre le résident en congé. L'employée 110 a indiqué qu'elle suivait les directives du physiothérapeute et qu'habituellement elle accordait son congé au résident après une visite du physiothérapeute. [alinéa 6 (9) 1]

***Autres mesures requises :***

***L'OC 003 et l'OC 006 seront signifiés au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Services d'hébergement).**

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

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

**a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;**

**b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;**

**c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient maintenus en bon état.

Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le superviseur des services environnementaux du foyer, qui a indiqué que le foyer n'avait pas de procédure ni de plan pour assurer un entretien permanent et permettant d'effectuer les réparations préventives. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que le personnel devait lui signaler les réparations nécessaires verbalement ou par l'entremise du registre de l'entretien ménager et de l'entretien, qu'il vérifie chaque jour. Le superviseur des services environnementaux a ajouté qu'il effectuait les réparations nécessaires immédiatement, dès qu'elles étaient portées à son attention. Le superviseur des services environnementaux ne tient pas de registre des réparations effectuées, sauf si elles sont versées au registre de l'entretien ménager et de l'entretien, car les demandes verbales ne sont pas consignées dans ce livre.

Les observations suivantes ont été faites par les inspectrices 550, 592, 545 et 547 durant l'inspection de la qualité des services aux résidents :

Le 4 septembre 2014, l'inspectrice 550 a noté ce qui suit dans la chambre d'un résident :

- le mur sous la fenêtre était fissuré et laissait voir la cloison sèche sous-jacente. Le coussin protecteur sur chaque côté de lit était déchiré et laissait voir la mousse à l'intérieur;
- il y avait des creux dans les murs de cette salle de bain commune et la peinture écaillée laissait voir la cloison sèche; les trous de vis observés au-dessus du distributeur de savon et sous le distributeur de papier hygiénique laissaient voir la cloison sèche sous-jacente;
- le mur inférieur du coin, près du lavabo, est abîmé et la peinture écaillée laisse voir la cloison sèche.

Le 2 septembre 2014, l'inspectrice 592 a remarqué, dans la chambre d'un résident, que trois carreaux du sol sous la boîte du radiateur électrique étaient cassés et laissaient voir le ciment, ceci sur deux pouces de large et six pieds de long. Les murs de la salle de bain étaient colmatés à trois endroits, la peinture écaillée laissait voir la cloison sèche sous le distributeur de savon et il manquait du calfeutrant à trois endroits autour de la toilette, ce qui laissait voir une matière brunâtre et jaunâtre.

Le 3 septembre 2014, l'inspectrice 545 a noté, dans la salle de bain commune de la chambre d'un résident, que le calfeutrant autour de la toilette était couvert d'une matière jaunâtre ou brunâtre et que, par endroits, le calfeutrant était complètement parti. Les carreaux du sol autour de cette toilette portaient des taches jaunes ou brunâtres. La peinture à la base des murs était écaillée et portait des



**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**

marques noires et les plinthes étaient décollées à deux endroits, laissant voir la cloison sèche sous-jacente, ainsi qu'une accumulation de poussière et de débris.

Il a également été noté, du 2 au 4 septembre 2014, que les aires communes suivantes étaient en mauvais état :

- Le 4 septembre 2014, l'inspectrice 550 a remarqué, dans la salle de télévision, que les murs étaient écorchés et que la peinture s'écaillait, exposant la cloison sèche. Sous la fenêtre, le mur était abîmé, la peinture s'écaillait et la cloison sèche s'effritait. Sous les plinthes chauffantes de ce secteur, les carreaux du sol sont abîmés et laissent voir le sous-plancher.

- Le 3 septembre 2014, l'inspectrice 545 a remarqué, dans la petite salle à manger (salle 147), huit chaises en métal et une chaise en bois couvertes d'un similicuir marron qui laisse voir l'intérieur du siège. Sur les arêtes de quatre tables rondes, la peinture est partie et laisse voir le grain du bois poreux. Le similicuir qui recouvre les 14 chaises en métal du salon, de la salle de télévision et de la salle à manger est fendillé à plusieurs endroits et laisse voir l'intérieur. Dans les couloirs, le vernis des mains courantes en bois est très usé et laisse voir le grain du bois poreux. L'inspectrice 545 a également remarqué que, dans la salle de bain hydromasseur 113 (aile ouest), les murs et les portes avaient la peinture écaillée partout et laissaient voir la cloison sèche poreuse. Autour de la toilette, il manquait du calfeutrant par endroits et celui qui restait était couvert de matière jaune ou brunâtre et les carreaux du sol étaient tachés.

- Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué que, dans une chambre à coucher commune, la boîte de la plinthe électrique sous la fenêtre était tordue et avait la peinture qui s'écaillait et mettait à nu un bord coupant. Les carreaux du sol sous cette plinthe chauffante étaient cassés là où le sous-plancher est surélevé, laissant voir le sous-plancher de ciment, ainsi que de la poussière et des débris. Selon un entretien avec le concierge à la même date, ce plancher a été réparé quatre ou cinq ans auparavant et continue à se fissurer parce que le sous-plancher en ciment s'est affaissé par endroits. Les responsables sont incapables de colmater cette zone correctement; aussi ont-ils décidé de ne plus la réparer. Jusqu'à présent, aucune autre solution n'a été trouvée pour colmater cette zone sous la plinthe chauffante.

Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué que les boîtes des trois plinthes chauffantes de la petite salle à manger (salle 147) et celles des cinq plinthes chauffantes de la grande salle à manger étaient cabossées et décapées à plusieurs endroits. Dans la grande salle qui abrite la salle à manger et le salon, deux des quatre fauteuils inclinables en vinyle étaient déchirés à plusieurs endroits et laissaient voir le matériel et la mousse à l'intérieur. Dans les deux salles à manger, la plinthe en vinyle est décollée et cassée à plusieurs endroits, laissant voir le sous-plancher, où de la poussière et des débris d'aliments se sont accumulés.



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*

Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a noté l'état des murs dans sept des 11 chambres de l'aile ouest et dans six des 14 chambres de l'aile est, où il y avait des creux à l'angle des murs près des placards et où des parties de la cloison sèche se désintégraient, laissant voir les lattes métalliques sous-jacentes. Le cadre métallique de la porte de chaque chambre était décapé et laissait voir la base métallique sous-jacente.

Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'administrateur au sujet du foyer et de l'ameublement qui n'ont pas été entretenus de façon à être conservés en bon état. Il a ajouté que le foyer nécessitait des réparations constantes et que la situation serait corrigée durant la reconstruction du nouveau bâtiment qui abrite le foyer. L'administrateur a ajouté que pour minimiser les coûts, on pourrait recouvrir les chaises au lieu de les remplacer; visiblement, rien n'a été fait puisque ce problème avait également été noté lors de la dernière inspection de la qualité des services aux résidents, en mai 2012.

Pour le moment, il n'y a aucun plan en place pour la reconstruction du foyer.

Un non-respect a été signalé à titre de plan de redressement volontaire le 31 mai 2012.  
[alinéa 15 (2) c)]

***Autres mesures requises :***

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

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19 (Obligation de protéger).**

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

**19. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit ni à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.



**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 examen du dossier de santé du résident 004, l'inspectrice 126 a remarqué qu'il était indiqué dans les notes d'évolution, un jour d'août 2014, que le résident 004 avait été pincé par un autre résident, ce qui lui avait causé une petite ecchymose sur une région du corps. L'infirmière auxiliaire autorisée 131 a été témoin de l'incident, qui a été consigné par l'infirmière autorisée 112. Aucune autre information n'a été trouvée dans les notes d'évolution au sujet de cet incident.

Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 126 a interrogé l'infirmière autorisée 112, qui était l'infirmière autorisée responsable de l'immeuble quand l'incident est survenu en août 2014. L'infirmière autorisée 112 a indiqué qu'elle n'avait pas fait de suivi de l'incident parce que le résident qui avait pincé le résident 004 fait parfois la même chose à d'autres résidents du foyer. L'infirmière autorisée 112 a également indiqué qu'elle n'avait pas rempli de rapport d'incident et qu'elle n'avait pas prévenu la famille du résident ni mené plus loin l'enquête étant donné qu'elle n'avait pas perçu la chose comme un incident de mauvais traitement d'ordre physique.

La directrice des soins se trouvait dans l'entrepôt des médicaments lorsque l'inspectrice 126 a interrogé l'infirmière autorisée 112. La directrice des soins a demandé à l'inspectrice 126 s'il fallait appeler la police pour un incident de ce genre. L'inspectrice 126 a répondu que le foyer devait observer la loi en ce qui concerne les mauvais traitements. L'inspectrice 126 a demandé aux deux membres du personnel autorisé s'ils connaissaient l'arbre décisionnel; ceux-ci ne savaient pas à quoi l'inspectrice faisait référence.

Rien ne démontrait que les incidents allégués de mauvais traitements d'ordre physique impliquant ce résident avaient fait l'objet d'une enquête immédiate, tel qu'indiqué à l'AE n° 6.

L'incident de mauvais traitement envers le résident 004 n'a pas fait l'objet d'un rapport au directeur, tel qu'indiqué à l'AE n° 18.

Le mandataire spécial du résident 004 n'a pas été informé immédiatement lorsque le titulaire de permis a appris l'incident de mauvais traitement ayant causé une blessure au résident, tel qu'indiqué à l'AE n° 24.

Le service de police compétent n'a pas été informé immédiatement de l'incident observé de mauvais traitement envers le résident 004, tel qu'indiqué à l'AE n° 25.

Lors d'un entretien, l'employée 115 (coordonnatrice de l'évaluation RAI et formatrice) a indiqué à l'inspectrice 126 qu'en novembre 2013 le foyer avait offert une formation sur la politique du foyer intitulée « Zero tolerance and non-abuse of residents and employees ». La feuille de participation datée de novembre 2013 a été examinée. Il a été observé que, sur 89 employés, 24 avaient participé



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*

à la formation sur les mauvais traitements. L'employée 112 a indiqué qu'au cours de la dernière année elle n'avait pas reçu de formation concernant les mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ensemble du personnel se recycle chaque année pour ce qui concerne la déclaration des droits des résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la Loi et la protection des dénonciateurs, tel qu'indiqué à l'AE n° 20.

La trousse de renseignements du foyer n'inclut pas d'explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24, tel qu'indiqué à l'AE n° 21.

La politique du foyer intitulée « Zero tolerance and non-abuse of residents and employees » n'inclut pas toutes les exigences du par. 20 (2) de la LFSLD, tel qu'indiqué à l'AE n° 17. [par. 19 (1)]

***Autres mesures requises :***

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

---

**AE n° 6 : 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. 23 (Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir).**

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

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

**a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :**

**(i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,**

**(ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,**

**(iii) tout autre acte que prévoient les règlements;**

**b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;**

**c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les incidents de mauvais traitement d'un résident qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport fassent l'objet d'une enquête immédiate.

Il est indiqué, dans les notes d'évolution datées d'août 2014, que le résident 004 avait été pincé par un autre résident, ce qui lui avait causé une petite ecchymose sur une région du corps. L'infirmière auxiliaire autorisée 131 a été témoin de l'incident, qui a été consigné par l'infirmière autorisée 112. Aucune autre information n'a été trouvée dans les notes d'évolution au sujet de cet incident.

Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 126 a interrogé l'infirmière autorisée 112, qui était l'infirmière autorisée responsable de l'immeuble quand l'incident est survenu en août 2014. L'infirmière autorisée 112 a indiqué qu'elle n'avait pas fait de suivi de l'incident parce que le résident qui avait pincé le résident 004 fait parfois la même chose à d'autres résidents du foyer. L'infirmière autorisée 112 a également indiqué qu'elle n'avait pas rempli de rapport d'incident et qu'elle n'avait pas prévenu la famille du résident de cet incident ni mené plus loin l'enquête étant donné qu'elle n'avait pas perçu la chose comme un incident de mauvais traitement d'ordre physique.

La directrice des soins se trouvait dans l'entrepôt des médicaments lorsque l'inspectrice 126 a interrogé l'infirmière autorisée 112. La directrice des soins a demandé à l'inspectrice 126 s'il fallait appeler la police pour un incident de ce genre. L'inspectrice 126 a répondu que le foyer devait observer la loi en ce qui concerne les mauvais traitements. L'inspectrice 126 a demandé aux deux membres du personnel autorisé s'ils connaissaient l'arbre décisionnel; ceux-ci ne savaient pas à quoi l'inspectrice faisait référence.

Lors d'un entretien, l'employée 115 (coordonnatrice de l'évaluation RAI et formatrice) a indiqué qu'en novembre 2013 le foyer avait offert une formation sur la politique du foyer intitulée « Zero tolerance and non-abuse of residents and employees ». La feuille de participation datée de novembre 2013 a été examinée. Il a été observé que, sur 89 employés, 24 avaient participé à la formation sur les mauvais traitements. L'employée 112 a indiqué qu'au cours de la dernière année elle n'avait pas reçu de formation concernant les mauvais traitements. [alinéa (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 tous les incidents allégués, soupçonnés ou observés de***



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*

***mauvais traitement d'un résident par qui que ce soit font immédiatement l'objet d'une enquête. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 31 (Contention au moyen d'appareils mécaniques).**

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

**31. (1) Un résident peut être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique visé à la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si son programme de soins le prévoit. 2007, chap. 8, par. 31 (1).**

**31. (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**

**4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention.**

**31. (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**

**5. Le résident a consenti à être maîtrisé ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement a consenti à ce qu'il le soit.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'appareils mécaniques pour maîtriser le résident 005 soit prévue dans son programme de soins.

Le résident 005 a fait l'objet de deux diagnostics particuliers. Ce résident est incapable de marcher et a une limitation et une perte partielle de deux membres; il peut être physiquement agressif envers le personnel et la famille lorsqu'ils lui prodiguent des soins ou qu'ils le font manger.

Le 2 septembre 2014 à 10 h 30, l'inspectrice 592 a vu le résident 005 assis dans son fauteuil roulant dans la salle de télévision et portant un appareil de contention d'un membre. L'appareil de contention d'un membre était attaché à une partie du corps du résident et l'autre extrémité de l'appareil était reliée à la base de l'accoudoir. L'appareil de contention permettait au résident de bouger un membre mais ne lui permettait qu'un mouvement minimal.

Le 12 septembre 2014, l'inspectrice 547 a vu le résident 005 assis dans son fauteuil roulant, seul dans sa chambre, et portant deux types d'appareils de contention d'un membre attachés à une partie du





**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**

corps. L'une des extrémités de l'appareil particulier de contention d'un membre était attachée au membre du résident, mais l'appareil de contention n'était pas relié au fauteuil du résident à ce moment-là.

Le 12 septembre 2014, la directrice des soins a fourni à l'inspectrice 547 une copie du programme de soins du résident 005, qui était daté de décembre 2013 et constituait le programme de soins le plus récent pour ce résident. Ce programme de soins indiquait que le résident n'avait besoin que d'un type d'appareil de contention lorsqu'au lit. Aucune indication des deux autres types d'appareils de contention n'était notée dans le programme de soins du résident.

Le 12 septembre 2014, les employés 106 et 130 ont tous deux indiqué à l'inspectrice 547 que le résident 005 portait un appareil de contention du tronc et qu'il ne pouvait pas l'enlever lui-même étant donné que cet appareil servait à le maintenir en sécurité dans son fauteuil roulant. Ces mêmes employés ont indiqué que le résident avait besoin qu'un appareil de contention d'un membre soit attaché à son fauteuil et qu'un autre appareil de contention d'un membre soit relié à une partie de son corps, pour l'empêcher d'être physiquement agressif envers le personnel et sa famille quand ils lui prodiguent des soins et qu'ils l'aident à prendre ses repas. L'employé 132 a pour sa part indiqué qu'il signait le dossier de surveillance des appareils de contention et de repositionnement de ce résident en ce qui concerne l'appareil de contention du tronc, car il sait que ce dispositif est considéré comme une mesure de contention, bien que cela ne soit pas indiqué dans la partie supérieure de ce dossier ni dans le programme de soins.

Les employés 106, 130 et 132 n'ont fourni aucun renseignement indiquant que le recours à un appareil de contention d'un membre pour le résident 005 devait être consigné au dossier relatif aux appareils de contention.

Le 12 septembre 2014, la directrice des soins a affirmé, lors d'un entretien avec l'inspectrice 547, que le recours à un appareil de contention du tronc et à un appareil de contention d'un membre pour le résident 005 devait être indiqué dans le programme de soins et dans le dossier de surveillance des appareils de contention et de repositionnement. [par. 31 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins contienne un ordre de contention donné par le médecin ou par l'infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

Le 2 septembre 2004, l'inspectrice 592 a vu le résident 005 assis dans son fauteuil roulant, portant un appareil de contention du tronc et un appareil de contention d'un membre. L'appareil de contention d'un membre était attaché à un membre du résident et l'autre extrémité de l'appareil était reliée à la base de l'accoudoir.

Le 12 septembre 2014, l'inspectrice 547 a également vu le résident 005 assis dans son fauteuil roulant, dans sa chambre, portant un appareil de contention du tronc et deux appareils de contention d'un membre. Une extrémité de l'appareil était attachée à une partie du corps du résident, mais l'autre n'était pas attachée.

Lors d'un entretien, les PSSP 116 et 130 ont tous deux indiqué à l'inspectrice 547 qu'ils n'attachent l'autre extrémité de l'appareil de contention d'un membre au fauteuil roulant que lorsqu'ils fournissent des soins au résident ou qu'ils le font manger, pour l'empêcher d'être agressif envers le personnel. L'inspectrice 547 a observé que le résident 005 était incapable de se dégager tout seul des appareils de contention.

L'inspectrice 547 a examiné le dossier du résident. Dans le « Dossier de surveillance des appareils de contention et du repositionnement », la feuille signée tous les jours par les PSSP indiquait que le résident devait porter un type d'appareil de contention lorsqu'au lit mais ne contenait aucune disposition concernant l'appareil de contention du tronc et les deux appareils de contention d'un membre. Il a également été observé que les PSSP signaient cette feuille pour l'appareil de contention du tronc et pour le type d'appareil de contention à employer lorsque le résident est au lit mais pas pour les deux types d'appareils de contention d'un membre. L'inspectrice n'a trouvé aucun ordre de recours à un appareil de contention du tronc donné par un médecin ou par une infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'aucun ordre d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure n'avait été obtenu pour le recours à un appareil de contention d'un membre. Cette intervention étant considérée comme une mesure de contention, un ordre du médecin aurait dû être obtenu. [alinéa 31 (2) 4]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins contienne le consentement du résident ou, si celui-ci est incapable, celui de son mandataire spécial.

Conformément à la documentation consignée au dossier du résident, le résident 005 doit avoir en place les moyens de contention suivants :

- un appareil de contention du tronc lorsqu'il est dans son fauteuil roulant;
- deux appareils de contention d'un membre lorsque le personnel lui prodigue des soins;
- un type d'appareil de contention lorsqu'il est au lit, pour assurer sa sécurité.

L'inspectrice 547 a examiné le dossier du résident mais n'y a trouvé aucun renseignement attestant l'obtention d'un consentement à l'utilisation de l'un des moyens de contention susmentionnés. Un formulaire vierge de consentement à la contention a été trouvé au dossier, mais il ne portait ni la signature du résident ni celle de son mandataire spécial.



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, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'aucun consentement n'avait été obtenu du mandataire spécial du résident et qu'il aurait pourtant dû être obtenu pour tous les appareils de contention en place pour le résident 005. [alinéa 31 (2) 5]

**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 appareils de contention pour le résident 005 :***  
***- font l'objet d'une documentation et sont prévus dans le programme de soins du résident;***  
***- font l'objet d'un ordre donné par un médecin ou par une infirmière de la catégorie supérieure;***  
***- sont employés si le consentement du résident ou de son mandataire spécial est obtenu au préalable et consigné. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 34 (Soins buccaux).**

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

**34. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit :**  
**a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires;**  
**b) une aide physique ou des conseils pour aider tout résident qui, pour quelque raison que ce soit, ne peut pas se brosser les dents;**  
**c) une offre d'évaluation dentaire annuelle et d'autres services dentaires préventifs, sous réserve de l'autorisation du paiement par le résident ou son mandataire spécial, si un paiement est exigé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, notamment les soins de la bouche matin et soir ou le nettoyage des prothèses dentaires.

Lors d'un entretien, le 2 septembre 2014, un membre de la famille du résident 008 a indiqué que, durant un examen dentaire au printemps 2014, le dentiste avait réparé sept caries, signalé une grande

quantité de tartre sur les dents du résident et demandé que le personnel lui brosse les dents deux fois par jour.

L'examen du dossier de santé du résident 008 montre que le résident avait été admis au foyer un jour de 2014 et qu'il présentait alors plusieurs affections. Le programme de soins le plus récent, daté de juin 2014, indiquait que le résident 008 avait des prothèses dentaires ou une prothèse partielle amovible et une prothèse dentaire, qu'il avait des dents cassées, mobiles ou cariées et qu'un nettoyage quotidien des dents ou des prothèses dentaires ou des soins buccaux quotidiens par le client ou par le personnel étaient nécessaires. Il était également indiqué que le personnel devait enlever et rincer les prothèses dentaires après chaque repas. Dans une lettre signée par le chirurgien-dentiste au printemps 2014, il était indiqué que le résident 008 avait été vu au printemps 2014, que l'hygiéniste lui avait nettoyé les dents, qu'une détérioration de l'hygiène buccale du résident avait été notée et qu'au total sept caries avaient été réparées. Le chirurgien-dentiste avait recommandé un bain de bouche particulier et précisé dans sa lettre qu'il était important que les dents du résident 008 soient brossées après chaque repas et particulièrement au moment du coucher.

Lors d'un examen trimestriel des médicaments, en août 2014, il a été consigné qu'un bain de bouche particulier avait été prescrit pour le soir après le brossage des dents du résident 008.

Le 12 septembre 2014, l'inspectrice 545 a observé la bouche du résident 008 et noté que sa langue était couverte d'une pellicule blanchâtre et qu'il y avait des débris et une pellicule blanchâtre sur ses dents.

Lors d'un entretien le 12 septembre 2014, le PSSP 128 a indiqué qu'il n'avait pas fourni de soins buccaux au résident 008 ce matin-là, ajoutant qu'il était trop occupé. Le PSSP a indiqué qu'il pensait que le résident avait une prothèse partielle, mais ne savait pas très bien s'il s'agissait d'une prothèse supérieure ou inférieure. Le PSSP a indiqué qu'il ne savait pas qu'il devait brosser les dents au résident après chaque repas et qu'il ne connaissait pas les besoins particuliers du résident en matière de soins dentaires. L'infirmière auxiliaire autorisée 102 a indiqué, après avoir vérifié le dossier d'administration médicale du résident, que le personnel du soir utilisait un bain de bouche prescrit à 20 h, probablement parce que le résident avait une halitose et des caries.

Lors d'un entretien le 12 septembre 2014, la coordonnatrice de l'évaluation RAI et la directrice des soins ont indiqué que, contrairement à ce qu'avait recommandé le chirurgien-dentiste au printemps 2014, le résident 008 ne recevait pas de soins dentaires le matin ou le soir ni après chaque repas. [alinéa 34 (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 tous les résidents qui ont besoin d'aide pour les soins oraux reçoivent les soins et l'assistance nécessaire pour conserver l'intégrité des tissus buccaux. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 50 (Soins de la peau et des plaies).**

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

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

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

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

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

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

**(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;**

**Constatations :**

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

Le 8 septembre 2014, l'inspectrice 550 a observé, dans le dossier du résident 001, deux exemplaires du formulaire intitulé « gestion de la peau – dossier de traitement et d'observation » comportant une première inscription datée de juillet 2014 et une autre datée d'août 2014. Ce formulaire est l'outil que le personnel autorisé utilise pour évaluer les plaies chaque semaine, tel qu'indiqué par la directrice



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*

adjointe des soins. Le personnel autorisé doit consigner la date et l'heure de l'observation, la gestion et le traitement, les observations, les notes de l'évaluation de suivi hebdomadaire, puis la signature du membre du personnel autorisé. Il a été observé qu'en aucun cas il n'y avait eu d'évaluation de suivi hebdomadaire. Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il n'y avait pas eu d'évaluation de suivi hebdomadaire pour la plaie de stade 3 de ce résident. La gestion et le traitement sont documentés, mais aucune évaluation hebdomadaire n'est faite.

[sous-alinéa 50 (2) b) (iv)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le résident 001, qui montre une altération de l'intégrité épidermique ou une rupture de l'épiderme, bénéficie d'une évaluation hebdomadaire par un membre du personnel autorisé.***

---

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation.

Aux menus du printemps et de l'hiver 2014 pour les résidents, il est indiqué que le résident doit recevoir du thé et du café pour le déjeuner et le dîner.

Un informateur a déposé une plainte auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée un jour de juillet 2014. Il a indiqué qu'à plusieurs reprises les résidents n'avaient pas reçu de thé ni de café au dîner un jour de juillet 2014 et que les menus servis aux résidents étaient différents de ceux qui leur étaient communiqués.

Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 126 a interrogé les employées 123 et 124 des services alimentaires au sujet du service du thé et du café pendant le dîner. Celles-ci ont indiqué que, si le foyer manquait de personnel et que le quart de travail (de 16 h à 19 h) n'était pas couvert ou remplacé, les employées du service de diététique ne préparaient pas de thé ni de café pour ces résidents au dîner étant donné qu'elles sont seules en cuisine.

Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 126 a interrogé la superviseure des services alimentaires concernant la couverture du quart de travail (de 16 h à 19 h). Celle-ci a indiqué qu'elle était entrée en fonction au début d'août 2014. Elle savait que plusieurs quarts de travail n'étaient pas couverts durant l'été.

L'inspectrice 126 a examiné l'emploi du temps du personnel du service de diététique pour la période du 29 juin au 11 septembre 2014. Il a été noté que le foyer n'avait pas de personnel affecté au quart de travail de 16 h à 19 h aux dates suivantes : les 12, 27, 28, 29 et 30 juin, ainsi que les 2, 3, 5, 7 et 31 juillet 2014. La plupart de ces soirs, contrairement à ce qui était prévu au menu, le choix de thé ou de café n'a pas été offert aux résidents.

Alors que le menu du petit-déjeuner du 11 septembre 2014 indiquait des œufs sur le plat, on a vu les résidents manger des œufs brouillés. Selon un entretien avec la superviseure des services alimentaires et les deux employés du service de diététique, le cuisinier n'a pas le même menu que celui affiché pour les résidents. La superviseure des services alimentaires a indiqué que le menu d'automne et d'hiver serait offert sous peu et que le cuisinier utiliserait le même menu que celui affiché pour les résidents. [par. 71(4)]

2. Les deux salles à manger ont été observées le 2 septembre 2014 par les inspectrices 592 et 545 à 12 h. Pour le déjeuner, l'« aperçu du menu de la semaine » (printemps-été 2014) affiché au babillard des deux salles à manger pour ce jour annonçait : quiche jardinière, salade du chef avec vinaigrette, orange mandarine ou sandwich au thon, salade de chou rouge et mousse aux fraises. Le « menu du jour » affiché au tableau blanc situé dans la petite salle à manger pour ce même jour annonçait, pour le déjeuner : hachis parmentier (*pâté chinois*) et cornichons, sandwich au thon avec salade de chou et orange mandarine ou crème glacée. Tel était le menu offert dans les deux salles à manger au déjeuner; par conséquent, les résidents n'ont pas reçu le menu qui était prévu dans l'« aperçu du menu de la semaine » normal.

Lors d'un entretien, l'employé 103 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il ne savait pas pourquoi le repas n'avait pas été servi comme prévu. Il a indiqué que le menu avait peut-être été modifié en raison des grandes chaleurs.



**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 2 septembre 2014, la superviseure des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle avait été embauchée récemment (environ un mois auparavant). Elle a expliqué que le menu affiché n'avait pas été servi comme prévu parce qu'il manquait certains ingrédients. Elle a indiqué que les employés apportaient toujours des corrections à la main au menu du jour affiché au tableau blanc.

Une observation des deux salles à manger a été effectuée par l'inspectrice 592 le 14 septembre 2014 à 12 h. L'« aperçu du menu de la semaine » normal (printemps-été 2014) affiché au babillard annonçait pour le déjeuner : sandwich au fromage grillé, salade aux quatre haricots ou perche croustillante et sauce tartare, pommes de terre rissolées et courgettes. Le menu du jour écrit à la main au tableau blanc affichait : sandwich au fromage grillé, salade aux quatre haricots ou perche croustillante, pommes de terre rissolées et légumes. Pendant le service du repas, l'inspectrice 592 a observé qu'il n'y avait pas de courgettes; celles-ci avaient été remplacées par des carottes. L'employé de soutien 104 des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice 592 que des carottes avaient été servies pour le déjeuner et qu'il ne savait pas que le menu prévu pour la semaine annonçait des courgettes. Il a indiqué que, selon toute vraisemblance, l'établissement avait manqué de courgettes et le personnel avait oublié de modifier le menu du jour et celui de la semaine.

Lors d'un entretien, la superviseure des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle ne savait pas que des carottes avaient remplacé les courgettes pour le déjeuner ce jour-là. Elle a dit savoir qu'il y avait d'importantes discordances entre le menu prévu pour la semaine et ce qui était servi. Elle a indiqué qu'elle allait devoir porter une attention plus particulière aux aliments effectivement servis pour s'assurer que les plats prévus au menu de la semaine sont offerts à chaque repas.

Un entretien avec la directrice des soins a eu lieu le 5 septembre 2014. Celle-ci a alors indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer exigeait que le personnel observe le menu de la semaine prévu et, s'il lui est impossible d'offrir ce qui est au menu, qu'il en informe la superviseure des services alimentaires ou la directrice des soins, de façon que celles-ci puissent apporter les changements nécessaires. Elle a dit ne pas être au courant des changements qui avaient été apportés au menu les 2 et 4 septembre et que la superviseure des services alimentaires aurait dû être au courant puisqu'elle était sur place.

Lors d'un entretien le 5 septembre 2014 à 10 h 30, le cuisinier (employé 105) a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il savait que les plats servis ne correspondaient pas au menu de la semaine. Il a dit en avoir informé la superviseure des services alimentaires longtemps auparavant, mais que rien n'avait été fait. Le cuisinier a indiqué que l'ancienne superviseure des services alimentaires savait que les résidents n'aimaient pas la courgette; c'est pourquoi, la veille, on n'a pas servi de courgettes au déjeuner et on les a remplacées par des carottes. L'employé 105 a également indiqué qu'il était plus pratique pour le personnel d'inscrire au tableau blanc « légumes » au lieu de préciser quels légumes



seraient servis, car cela permettrait de faire des changements plus facilement. Le cuisinier a indiqué qu'il comprenait que la meilleure pratique serait d'identifier chaque légume qu'il a l'intention de servir. [par. 71(4)]

3. Le 4 septembre 2014, lors d'un entretien, un membre de la famille du résident 004 a indiqué à l'inspectrice 550 que souvent le thé ou le café n'était pas offert aux résidents au dîner parce que le foyer n'a pas suffisamment de personnel et que le quart de travail de 16 h à 19 h en cuisine n'est pas couvert. Selon ce membre de la famille, cela se produit régulièrement. [par. 71(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 les choix indiqués au menu planifié sont offerts et disponibles à chaque repas. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 90 (Services d'entretien).**

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

**90. (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 15 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**  
**b) sont prévus des calendriers et des marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 90 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en place de calendriers et de marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif au foyer.

Le 10 septembre 2014, une inspectrice a interrogé le concierge du foyer, qui a affirmé n'avoir pas prévu de calendrier ni de marche à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif au foyer étant donné qu'il répare ou remplace les bris au fur et à mesure ou dès qu'il en est informé. Le concierge a également indiqué qu'on ne conservait aucun dossier des réparations effectuées au foyer. Le concierge a ajouté qu'il était au courant des réparations à effectuer dans plusieurs chambres, où des creux dans la peinture et la cloison sèche exposaient les lattes métalliques, puisqu'il se charge de



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*

balayer et de passer la vadrouille tous les jours dans l'établissement. Il ne tient pas de dossiers concernant les chambres qui sont endommagées et il n'a pas non plus dressé de plans de réparation pour le moment.

Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a également interrogé l'administrateur, qui a lui aussi indiqué que le foyer n'avait pas de calendrier ni de marche à suivre en place aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif étant donné que le concierge travaille au foyer depuis si longtemps qu'il connaît bien toutes les routines observées et requises au foyer. Il demande au concierge d'établir les priorités selon le risque pour les résidents et il sait que celui-ci s'interrompt lorsque le personnel lui demande de réparer quelque chose pour un résident. Le concierge et l'administrateur font un suivi verbal et informel des choses à faire au foyer.

Lors de l'inspection de la qualité des services aux résidents, de nombreux problèmes ont été observés par plusieurs inspectrices, tel qu'indiqué à l'AE n° 3 [alinéa 90 (1) b)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer met au point un programme d'entretien préventif et prévoit des calendriers et des routines pour veiller à ce que toutes les réparations nécessaires soient effectuées au moment opportun. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, 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;**



**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***

**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 sûr et verrouillé.

Le 4 septembre 2014 à 11 h 30, l'inspectrice 545 a vu un chariot à médicaments non verrouillé et sans surveillance près du poste de soins infirmiers. Il n'y avait pas de personnel à proximité et il y avait un stylo injecteur posé sur le chariot. L'inspectrice a demandé à l'employée 110, qui était assise dans le bureau derrière le poste de soins infirmiers, si elle était l'infirmière responsable du chariot à médicaments. L'employée 110 a indiqué qu'elle était aide-physiothérapeute et qu'elle ne savait pas très bien où se trouvait l'infirmière. À 11 h 35, l'infirmière autorisée 100 est sortie de l'entrepôt des médicaments, situé à environ 10 pieds de l'endroit où se trouvait le chariot à médicaments, en face du poste de soins infirmiers. Lorsqu'on lui a demandé quelle était la politique du foyer en ce qui concerne les chariots à médicaments laissés non verrouillés et sans surveillance, l'infirmière autorisée a répondu que chacun des tiroirs du chariot à médicaments était muni de loquets en plastique et que les résidents ne savaient pas comment les ouvrir. L'infirmière autorisée 100 a indiqué qu'elle n'avait pas l'habitude de verrouiller le chariot à médicaments si elle ne s'en éloignait que pour quelques minutes, même s'il était hors de son champ de vision.

Lors d'un entretien le 9 septembre 2014, la directrice adjointe des soins a indiqué que certains résidents du foyer seraient capables d'ouvrir les loquets en plastique, puis d'ouvrir les tiroirs du chariot à médicaments et d'accéder facilement aux médicaments qui y sont entreposés. La directrice adjointe des soins a ajouté que le foyer exigeait que tous les membres du personnel infirmier veillent à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé en tout temps, même lorsque l'infirmière s'éloigne du chariot à médicaments pendant quelques minutes. [alinéa 129 (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 le chariot à médicaments reste verrouillé en tout temps lorsqu'il n'est pas surveillé par un membre du personnel infirmier. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 136 (Destruction et élimination des médicaments).**

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

**136. (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :**

**1. L'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés.**

**136. (4) Lorsque des médicaments devant être détruits sont des substances désignées, la politique de destruction et d'élimination des médicaments doit prévoir que les membres de l'équipe composée des personnes visées à l'alinéa (3) a) consignent les renseignements suivants dans le dossier des médicaments :**

- 1. La date de retrait du médicament de l'endroit où sont entreposés les médicaments.**
- 2. Le nom du résident à qui le médicament a été prescrit, le cas échéant.**
- 3. Le numéro de l'ordonnance du médicament, le cas échéant.**
- 4. Le nom, la concentration et la quantité du médicament.**
- 5. Le motif de la destruction.**
- 6. La date à laquelle le médicament a été détruit.**
- 7. Le nom des membres de l'équipe qui ont détruit le médicament.**
- 8. La façon dont a été détruit le médicament. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (4).**

**136. (6) Pour l'application du présent article, un médicament est considéré comme étant détruit s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (6).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer concernant la destruction et l'élimination des médicaments prévoie que les médicaments devant être détruits et éliminés soient entreposés de façon sûre et sécuritaire au foyer, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés.

Lors de l'examen de la politique du foyer concernant l'élimination des médicaments prescrits excédentaires (« Ministry of Health-Surplus Prescribed Drugs »), datée de juillet 2013, les médicaments prescrits excédentaires ont été définis comme étant « les médicaments restant dans des contenants dont l'étiquette porte le nom d'un résident décédé, transféré ou mis en congé ou ceux dont le médecin traitant a ordonné qu'on cesse l'utilisation ». Aucun renseignement n'a été trouvé concernant l'obligation d'assurer l'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant

être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés.

Lors d'un entretien, le 11 septembre 2014, la directrice des soins a confirmé que le foyer entreposait de façon sûre et sécuritaire les médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits; cependant, la politique du foyer n'inclut pas ce renseignement. Elle a indiqué qu'elle mettrait à jour sa politique de façon à remplir les exigences de la loi. [alinéa 136 (2) 1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque des médicaments devant être détruits sont des substances désignées, la politique de destruction et d'élimination des médicaments prévoit que les membres de l'équipe composée des personnes visées à l'alinéa (3) a) consignent les renseignements suivants dans le dossier des médicaments :

1. La date de retrait du médicament de l'endroit où sont entreposés les médicaments.
2. Le nom du résident à qui le médicament a été prescrit, le cas échéant.
3. Le numéro de l'ordonnance du médicament, le cas échéant.
4. Le nom, la concentration et la quantité du médicament.
5. Le motif de la destruction.
6. La date à laquelle le médicament a été détruit.
7. Le nom des membres de l'équipe qui ont détruit le médicament.
8. La façon dont a été détruit le médicament.

Lors d'un entretien le 10 septembre 2014, la directrice adjointe des soins a indiqué que le foyer entreposait les substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer, distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents jusqu'à ce qu'elles soient détruites et éliminées.

Lors d'un entretien le 11 septembre 2014, la directrice adjointe des soins a indiqué que le foyer n'avait pas de politique prévoyant que l'équipe compétente consigne les renseignements exigés par la loi.

Le 12 septembre 2014, la directrice des soins a indiqué qu'elle mettrait à jour la politique du foyer de façon à remplir les exigences de la loi, indiquant que le foyer n'avait pas de politique prévoyant que l'équipe compétente consigne les renseignements suivants dans le dossier des médicaments : 1) la date de retrait du médicament de l'endroit où sont entreposés les médicaments; 2) le nom du résident à qui le médicament a été prescrit; le cas échéant; 3) le numéro de l'ordonnance du médicament; le cas échéant; 4) le nom; la concentration et la quantité du médicament; 5) le motif de la destruction; 6) la date à laquelle le médicament a été détruit; 7) le nom des membres de l'équipe qui ont détruit le médicament; 8) la façon dont a été détruit le médicament. [par. 136. (4)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un médicament est détruit, il soit modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable.

Lors d'un entretien le 11 septembre 2014, la directrice des soins a indiqué qu'au moins tous les deux mois le pharmacien vient au foyer et, avec la directrice des soins ou la directrice adjointe des soins, il sépare chaque emballage de médicament, appelé Dispill (bulle en plastique transparent scellée au moyen d'une étiquette en papier portant le nom du résident, le numéro de la chambre, le nom du médicament, la posologie, la date et l'heure de l'administration) de sa carte Dispill hebdomadaire, puis laisse les médicaments inutilisés dans leur emballage d'origine et les place dans un sac en plastique noir. La directrice des soins a indiqué que le pharmacien quittait ensuite le foyer avec le sac en plastique noir ainsi que tous les médicaments inutilisés dans leur emballage d'origine (Dispill) et qu'il prenait les arrangements nécessaires pour leur destruction hors du foyer.

La directrice des soins a indiqué qu'elle ne savait pas que tous les médicaments, notamment les substances désignées, devaient être modifiés ou dénaturés à un point tel que leur consommation devient impossible ou improbable [par. 136 (6)]

**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 la politique du foyer concernant la destruction des médicaments est mise à jour de façon à prendre en compte toutes les exigences législatives. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 221 (Formation complémentaire — personnel chargé des soins directs).**

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

**221. (1) Pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants :**

**2. Les soins de la peau et des plaies.**

**(2) Le titulaire de permis veille à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux résidents reçoivent la formation prévue au paragraphe 76 (7) de la Loi compte tenu de ce qui suit :**

- 1. Sous réserve de la disposition 2, les membres du personnel doivent recevoir chaque année une formation dans tous les domaines prévus au paragraphe 76 (7) de la Loi.**
- 2. Si le titulaire de permis évalue les besoins particuliers d'un membre du personnel en matière de formation, celui-ci n'est tenu que de recevoir une formation qui tient compte de ces besoins. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 221 (2).**

**221. (2) Le titulaire de permis veille à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux résidents reçoivent la formation prévue au paragraphe 76 (7) de la Loi compte tenu de ce qui suit :**

- 1. Sous réserve de la disposition 2, les membres du personnel doivent recevoir chaque année une formation dans tous les domaines prévus au paragraphe 76 (7) de la Loi.**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel qui fournit des soins directs reçoive une formation sur les soins de la peau et des plaies comme l'exige la LFSLD, 2007, chap. 8, par. 76 (7).

La directrice des soins et la coordonnatrice de la formation du personnel (employée 115) ont indiqué à l'inspectrice 550 que la dernière séance de formation sur la gestion de la peau et des plaies avait été offerte le 5 juin 2013. À ce moment-là, 20 employés sur 64 fournissant des soins directs ont reçu la formation.

Le foyer n'a pas fourni de formation annuelle sur les soins de peau et des plaies. [alinéa 221 (1) 2]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs reçoive la formation annuelle requise sur la gestion des comportements.

Conformément à la LFSLD, 2007, chap. 8, alinéa 76 (7) 3, formation complémentaire – personnel chargé des soins directs, le titulaire de permis veille à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux résidents reçoivent, pour pouvoir continuer à avoir des contacts avec les résidents, la formation prévue aux paragraphes suivants, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements : gestion des comportements.

Lors d'un entretien avec la coordonnatrice de l'évaluation RAI le 10 septembre 2014, celle-ci a indiqué qu'elle avait assisté en 2011 à une formation sur la gestion des comportements intitulée Gentle





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*

Persuasive Approach (GPA) et que seulement 10 employés sur 15 avaient assisté à la formation GPA offerte annuellement.

Lors d'un entretien, le 10 septembre 2014, la directrice des soins a indiqué que la formation sur la gestion des comportements n'était pas offerte annuellement à tous les membres du personnel chargés des soins directs. Elle a confirmé que le foyer avait un effectif réunissant 33 PSSP et 16 employés autorisés. Dans le formulaire de collecte de renseignements sur les participants à la formation GPA, il était indiqué que les personnes suivantes avaient assisté à la formation GPA :

- 2013 (le 9 octobre) : 11 employés ont assisté à la formation GPA;

- 2011 : six membres du personnel chargés des soins directs ont assisté à la formation GPA.

La directrice des soins a indiqué qu'en 2012 la formation GPA avait été annulée en raison d'une épidémie au foyer. [par. 221 (2), alinéa 221 (2) 1]

***Autres mesures requises :***

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel chargé des soins directs reçoit la formation sur les soins de la peau et des plaies et sur la gestion des comportements. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).**

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

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

**a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;**

**b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

**(2) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis conserve un dossier, celui-ci veille à ce que le dossier soit conservé sous une forme lisible et utilisable qui permet d'en produire une copie intégrale facilement. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (2).**



## Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de sa politique intitulée « Politique d'évaluation et de gestion des soins de la peau », mise à jour le 13 février 2008.

La marche à suivre du foyer indique ce qui suit :

1. L'infirmière autorisée ou l'infirmière auxiliaire autorisée utilisera l'échelle de Braden pour évaluer le risque de lésions de pression. Le formulaire de l'échelle de Braden sera joint au dossier du résident et les résultats, consignés au programme de soins. Elle procédera également à une évaluation « de la tête aux pieds » (en commençant par le cuir chevelu et en terminant par les orteils, y compris les pieds et les ongles) et notera les résultats sur le formulaire « Skin Assessment MDS Section M » selon le calendrier suivant :

- à l'admission : dans les huit heures suivant l'admission à l'établissement;
- après l'admission : examen après six semaines si le résident a été jugé « à risque » avec un score de 18 ou moins à l'échelle de Braden;
- examen trimestriel;
- changement dans l'état de santé : changement ayant une incidence sur l'intégrité épidermique;
- retour de l'hôpital ou congé(s) : après une absence de plus de 24 heures, à remplir dans les 24 heures suivant le retour, pour les résidents qui sont à risque pour l'intégrité épidermique.

Il a été documenté dans les notes d'évolution que le résident 001 a eu une plaie sur une région du corps un jour de juin 2014. Lors d'un examen du dossier de santé du résident, l'inspectrice a remarqué qu'une évaluation à l'échelle de Braden n'avait pas été faite. Une évaluation de la peau a été faite durant la période d'évaluation de sept jours incluse dans le fichier minimal (MDS) en juin 2014, mais cette évaluation n'a pas été faite après que le résident a subi un changement d'état de santé qui a eu une incidence sur l'intégrité épidermique, dans la mesure où il a eu une plaie sur une région du corps. La directrice des soins et la directrice adjointe des soins ont indiqué que cela n'était pas conforme à leur politique.

L'inspectrice a observé le dossier du résident 031 avec la directrice des soins. Ce résident a été réadmis au foyer après un séjour à l'hôpital durant l'été 2014. Une évaluation de la peau a été faite pour la dernière période d'évaluation de sept jours incluse dans le fichier minimal (MDS) en juillet 2014. Ce résident a un ulcère variqueux de stade 2 sur une région du corps. Aucune évaluation à l'échelle de Braden n'a été observée dans le dossier de ce résident et aucune évaluation de la tête aux pieds n'a été faite au cours des 24 heures suivant son retour d'un séjour à l'hôpital de plus de 24 heures.

L'inspectrice a examiné le dossier du résident 023 avec la directrice des soins. Une évaluation de la peau a été faite pour la dernière période d'évaluation de sept jours incluse dans le fichier minimal



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*

(MDS) en juillet 2014. Lors de la dernière évaluation à l'échelle de Braden, elle a ramassé la sonnette d'appel qui pendait au porte-serviette en métal au-dessus de la tête du lit du résident et l'a installée sur la grande tringle près du lit, de façon qu'elle soit accessible au résident 001.

La directrice des soins a affirmé à l'inspectrice 550 que ces résidents n'avaient pas été évalués conformément à la politique d'évaluation et de gestion des soins de la peau du foyer. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respecté chaque programme, plan, politique, protocole, marche à suivre, stratégie ou système établi ou par ailleurs mis en place.

Conformément à l'alinéa 114 (3) a) du Règlement de l'Ontario 79/10, les politiques et protocoles écrits pour le système de gestion des médicaments doivent être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le 11 septembre 2014, la directrice des soins a fourni à l'inspectrice 545 deux politiques sur la consignation des médicaments narcotiques qui ont été examinées et les éléments suivants ont été notés :

1 : Politique sur les médicaments contrôlés (Individual Patient Narcotics Records), datée du 1<sup>er</sup> juillet 2013 – à la page 1 de 1, le point 4 sous l'intitulé Procédure indiquait que « le stock des médicaments réglementés doit être consigné dans le 'Dossier des narcotiques et des médicaments réglementés' » au moment de l'administration par l'infirmière autorisée de garde. [par. 8 (1)]

---

**AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 17 (Système de communication bilatérale).**

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

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

**a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;**

**b) il est sous tension en tout temps;**

**c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;**

- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents.

Aux fins du présent rapport, le système de communication bilatérale désigne un système de sonnette d'appel.

Le 4 septembre 2014, pendant l'observation du service de restauration dans la salle à manger principale et dans la petite salle à manger, l'inspectrice 592 a observé que ni l'une ni l'autre de ces salles n'était équipée d'un système de communication bilatérale accessible aux résidents.

Lors d'un entretien, le PSSP 103 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'y avait pas de système de sonnette d'appel dans les salles à manger et que le personnel devait crier pour obtenir de l'aide en toute situation d'urgence.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle ignorait que la salle à manger n'était pas équipée d'un système de communication bilatérale. [par. 17(1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Le résident 020 a fait l'objet de deux diagnostics et était confiné à son fauteuil roulant, nécessitant une aide totale de la part du personnel pour les transferts et pour ses déplacements dans l'unité.

Le 2 septembre à 11 h et le 5 septembre 2014 à 13 h 20, le résident a été vu assis dans un fauteuil roulant en train de regarder la télévision dans sa chambre. Le tableau du système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel pour ce résident était situé sur le mur, entre le lit du résident et celui de son compagnon de chambre, et ne lui était pas accessible en raison de la disposition des lits. Le cordon de la sonnette d'appel provenant du tableau était attaché au poteau de la tête du lit et n'était pas accessible au résident qui était assis dans son fauteuil roulant près du pied



**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**

du lit. Lorsque l'inspectrice 545 lui a demandé comment il ferait pour appeler s'il avait besoin d'aide, le résident a répondu qu'il interpellerait un membre du personnel. Le résident a démontré qu'il serait incapable d'atteindre le cordon de la sonnette d'appel mais lorsqu'on lui a présenté la sonnette, il a appuyé sur le bouton blanc et affirmé que le tout fonctionnait bien puisqu'il avait entendu l'alarme. Au moment de cette observation, le résident 019 n'avait pas accès à la sonnette d'appel.

Le résident 019 a fait l'objet de deux diagnostics et était confiné à son fauteuil roulant, nécessitant une aide importante de la part du personnel pour les transferts et pour ses déplacements dans l'unité. Le 2 septembre 2014 à 14 h, le résident a été vu assis dans un fauteuil roulant en train de regarder la télévision dans sa chambre. Le tableau du système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel pour ce résident était situé sur le mur, à côté de la tête du lit et ne lui était pas accessible en raison de la disposition des lits. Le cordon de la sonnette d'appel provenant du tableau était attaché au côté de lit le plus proche de la tête du lit, se trouvait près du sol en raison du côté de lit abaissé et n'était pas visible en raison d'une couverture qui le cachait. Le résident était assis dans son fauteuil roulant près du pied du lit et la sonnette d'appel ne lui était pas accessible. Lorsque l'inspectrice 545 lui a demandé comment il ferait pour appeler s'il avait besoin d'aide, le résident a répondu qu'il interpellerait un membre du personnel. Le résident a démontré qu'il serait incapable d'atteindre le cordon de la sonnette d'appel. Au moment de cette observation, le résident 019 n'avait pas accès à la sonnette d'appel.

Le 4 septembre 2014 à 10 h 10, le résident 011 a été vu couché dans son lit. Le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel était situé sur le mur adjacent au lit, entre le lit du résident et celui de son compagnon de chambre. Le cordon de la sonnette d'appel provenant du mur était enroulé autour du poteau de la tête du lit et n'était pas accessible au résident pendant qu'il se reposait au lit. Lorsqu'on lui a demandé s'il pouvait accéder à la sonnette d'appel, le résident a indiqué qu'il ne savait pas où se trouvait la sonnette d'appel, car il ne pouvait pas la voir. Lors de l'examen du programme de soins (daté de juin 2014), il était indiqué de « fournir au résident la sonnette d'appel lorsqu'il est au lit et la placer à sa portée et encourager le résident à l'utiliser pour appeler le personnel ». Le 5 septembre 2014, lors d'un entretien avec l'infirmière auxiliaire autorisée 109, celle-ci a indiqué que le foyer exigeait de veiller à ce que la sonnette d'appel soit à portée de main en tout temps, elle a ramassé la sonnette d'appel qui pendait au porte-serviette en métal au-dessus de la tête du lit du résident et l'a installée sur la grande tringle près du lit, de façon qu'elle soit accessible au résident 011.

Le 5 septembre 2014 à 14 h 30, le résident 002 a été vu couché dans son lit. Le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel était situé sur le mur adjacent au lit. Le cordon de la sonnette d'appel provenant du mur était attaché au poteau de la tête du lit et n'était pas accessible au résident lorsqu'il était au lit.

Lors d'un entretien, le PSSP 111 a indiqué que le fils du résident avait demandé que la sonnette d'appel soit attachée à l'oreiller du résident 002 ou à ses vêtements lorsqu'il est au lit. Au moment de cette observation, la sonnette d'appel n'était pas accessible au résident 002.

Lors d'entretiens avec les PSSP 107, 108 et 111, ceux-ci ont indiqué que les résidents avaient été surveillés régulièrement par le personnel durant la journée et que, par conséquent, les sonnettes d'appel à portée de main n'étaient pas nécessaires.

Le 5 septembre 2014, la directrice des soins a indiqué qu'elle savait que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel devait être aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs, mais que ce n'était pas toujours le cas au foyer.

[alinéa 17 (1) a)]

---

**AE n° 17 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).**

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

**20. (2) Au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :**

- a) prévoit que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés;**
- b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;**
- c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements;**
- d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- e) comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre;**
- f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents;**
- g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f);**
- h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

**Constatations :**

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



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*

- établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence au sens où l'entend la loi;
- prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements;
- contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;
- comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre;
- énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents;
- soit conforme aux exigences que prévoient les règlements.

La politique du foyer intitulée « Zero-Tolerance non-abuse of residents and employees » a été examinée. Il a été observé que cette politique était en vigueur à compter de juin 1998 et qu'elle a été revue en septembre 2013.

Cette politique a été élaborée pour prévenir les mauvais traitements envers les résidents et les employés. Dans cette politique, certaines définitions du terme « mauvais traitements » ne correspondent pas à celles données dans la *Loi sur les foyers de soins de longue durée*. La politique relative aux mauvais traitements ne correspond pas aux exigences législatives concernant : l'obligation de protéger (LFSLD, art. 19); l'obligation de faire rapport au directeur dans certains cas (LFSLD, art. 24); la notification (Règlement de l'Ontario 79/10, art. 97 et 98); l'évaluation d'incidents de mauvais traitements (Règl. de l'Ont. 79/10, art. 99).

La formation sur cette politique a été offerte en novembre 2013. La feuille de participation datée de novembre 2013 indiquait 89 employés, mais seulement 24 ont signé la feuille confirmant leur participation à cette formation.

L'infirmière autorisée 112 à temps plein du soir a indiqué que l'incident d'août 2014 n'avait pas été perçu comme un incident de mauvais traitement d'ordre physique. Cet incident a été observé par l'infirmière auxiliaire autorisée 131 et en conséquence le résident a eu une petite ecchymose sur une région du corps. [par. 20 (2)]

---

**AE n° 18 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que le cas suivant s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : le mauvais traitement d'un résident de la part d'un autre résident.

Lors de l'examen du dossier de santé du résident 004, l'inspectrice 126 a observé une inscription dans les notes d'évolution datées d'août 2014, qui indiquait que le résident 004 avait été pincé par un autre résident et qu'en conséquence le résident 004 avait eu une petite ecchymose sur une partie du corps. L'infirmière auxiliaire autorisée 131 a été témoin de cet incident, qui a été consigné par l'infirmière autorisée 112. Aucune autre information n'a été trouvée sur cet incident dans les notes d'évolution.

Lors d'un entretien, l'infirmière autorisée 112 à temps plein du soir a indiqué que cet incident n'avait pas été perçu comme un incident de mauvais traitement d'ordre physique et qu'en conséquence personne n'en avait été informé. [par. 24 (1)]

---

**AE n° 19 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 73 (Service de restauration et de collation).**

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





Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

**73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :**  
**8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.**

**73. (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

**b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (2).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui prévoit le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Lors de l'observation de la petite salle à manger par l'inspectrice 545 pendant le déjeuner le 2 septembre à 12 h 25, il a été observé que le personnel commençait à servir le dessert (morceaux de mandarine et sandwiches à la crème glacée) aux résidents alors que bon nombre d'entre eux n'avaient pas fini leur plat principal. Il a également été observé que plusieurs résidents avaient mis leur plat principal de côté pour passer au dessert.

Durant l'observation de la salle à manger principale par l'inspectrice 592 pendant le déjeuner, le 4 septembre 2014 à 12 h 45, il a été noté que l'un des employés distribuait les desserts en commençant aux tables 8, 4, 3, 2, 7, 6, 5 et 1, alors que le plat principal n'était pas fini. Les assiettes de dessert étaient posées à côté du plat principal pour tous les résidents.

Lors d'un entretien avec la superviseure des services alimentaires le 4 septembre 2014, celle-ci a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle ne connaissait pas le règlement législatif concernant le service des repas un plat après l'autre.

Lors d'un entretien de l'inspectrice 592 avec la directrice des soins le 5 septembre 2014, cette dernière a indiqué qu'elle était au courant de cette pratique et que ce n'était pas la bonne façon de faire. Elle a indiqué qu'elle entendait revoir la répartition du personnel dans la salle à manger. [alinéa 73 (1) 8]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.



**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**

Durant une observation de la salle à manger principale le 2 septembre 2014 à 12 h 27, l'inspectrice 592 a observé qu'à la table 5, trois résidents étaient assis avec leur plat principal devant eux et que seulement l'un d'eux était aidé d'un membre du personnel. À 12 h 33, six minutes plus tard, l'inspectrice 592 a demandé à l'infirmière auxiliaire autorisée 102 si les résidents 014 et 015 allaient recevoir de l'aide pour prendre leur repas. L'employée 102 a indiqué qu'un autre membre du personnel viendrait, mais qu'entretemps les résidents devaient attendre pour être nourris. Puis l'employée 102 a immédiatement commencé à faire manger ces deux résidents.

Le programme de soins écrit le plus récent du résident 014, daté d'août 2014, montre que celui-ci présente un risque nutritionnel élevé. Le programme de soins écrit le plus récent du résident 015, daté de décembre 2013, montre que celui-ci présente un risque nutritionnel modéré.

Lors d'une observation le 3 septembre 2014 à 12 h 29, l'inspectrice 592 a remarqué qu'à la table 5, les résidents 016 et 003 avaient reçu leur plat principal, mais qu'aucun membre du personnel n'était présent pour les aider. À 12 h 36, sept minutes plus tard, un PSSP est venu faire manger ces deux résidents. Le PSSP 103, qui aidait d'autres résidents à la table 5, a indiqué à l'inspectrice que les deux résidents aimaient que leurs aliments soient à la température ambiante et que pour cette raison leur repas leur était servi à l'avance. Le PSSP a indiqué que tous les membres du personnel savaient cela, mais qu'elle n'était pas sûre que ce fût précisé dans le programme de soins.

Le programme de soins écrit le plus récent du résident 003, daté de juin 2014, montre que celui-ci présente un risque nutritionnel élevé. Il est indiqué, dans le programme de soins écrit le plus récent du résident 016, daté de novembre 2013, que celui-ci présente un risque nutritionnel modéré.

Durant une observation le 4 septembre 2014, l'inspectrice 592 a remarqué que les résidents 017 et 018 assis à la table 8 avaient reçu leur plat principal à 12 h 30, mais qu'il n'y avait aucun membre du personnel présent pour les aider. Un PSSP est venu à la table 8 à 12 h 45 pour aider les deux résidents, 15 minutes plus tard.

Le programme de soins écrit le plus récent du résident 017, daté de juillet 2014, montre que celui-ci présente un risque nutritionnel élevé. Le programme de soins écrit le plus récent du résident 018, daté de juin 2013, montre que celui-ci présente un risque nutritionnel modéré.

L'inspectrice 592 a examiné le programme de soins des résidents 003 et 017. Rien n'y indiquait que ces résidents préféraient recevoir leur repas à la température ambiante ni que leur capacité décisionnelle était gravement diminuée.

Lors d'un entretien le 4 septembre 2014, la superviseuse des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice 592 que les employés étaient censés servir les résidents qui ont besoin d'aide seulement

lorsqu'il y a du personnel disponible pour les faire manger. Afin de prévenir le risque de suffocation en mangeant, leur repas ne doit pas leur être servi lorsqu'ils sont sans surveillance. La superviseuse des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle ne connaissait pas le règlement législatif étant donné qu'elle n'avait été embauchée que récemment et qu'elle ne connaissait pas très bien les attentes du foyer.

Lors d'un entretien le 5 septembre 2014, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer exigeait la présence d'un PSSP par table. Elle a indiqué qu'elle ne savait pas que certains résidents recevaient leur repas lorsqu'il n'y avait pas de personnel présent pour les aider et que les résidents devaient attendre qu'on les fasse manger. Elle a ajouté que cette pratique ne convenait pas et qu'elle entendait, dans un proche avenir, réorganiser le département des salles à manger.  
[alinéa 73 (2) b)]

---

**AE n° 20 : 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 l'ensemble du personnel se recycle annuellement pour ce qui concerne la déclaration des droits des résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et la protection des dénonciateurs.

Le classeur sur la formation a été examiné par l'inspectrice 126. Il a été noté que la déclaration des droits des résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et la protection des dénonciateurs ne faisaient pas partie du recyclage annuel.

Un entretien avec la directrice des soins a révélé que l'établissement n'avait pas offert de recyclage annuel sur la déclaration des droits des résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 et la protection des dénonciateurs. [par. 76 (4)]

---



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*

**AE n° 21 : 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. 78 (Renseignements à l'intention des résidents).**

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

**78. (2) La trousse de renseignements comprend ce qui suit au minimum :**

- a) la déclaration des droits des résidents;**
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée;**
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;**
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis;**
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes;**
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;**
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis;**
- i) une indication du montant maximal qui peut être demandé au résident en vertu de la disposition 1 ou 2 du paragraphe 91 (1) pour chaque genre d'hébergement offert au foyer de soins de longue durée;**
- j) une indication des réductions, disponibles aux termes des règlements, du montant qui peut être demandé aux résidents admissibles pour chaque genre d'hébergement offert au foyer de soins de longue durée;**
- k) des renseignements sur ce qui est payé au moyen du financement octroyé aux termes de la présente loi ou de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local ou sur les paiements que font les résidents au titre de l'hébergement et au titre desquels ils n'ont pas à payer de frais supplémentaires;**
- l) la liste des services offerts pour un supplément dans un foyer de soins de longue durée et le montant de ce supplément;**
- m) une déclaration portant que les résidents ne sont pas tenus d'acheter des soins, des services, des programmes ou des biens du titulaire de permis et peuvent les acheter auprès d'autres fournisseurs, sous réserve des restrictions qu'impose le titulaire de permis, aux termes des règlements, à l'égard de la fourniture des médicaments;**
- n) la divulgation des liens de dépendance qui existent entre le titulaire de permis et d'autres fournisseurs qui peuvent offrir des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents;**

- o) des renseignements sur le conseil des résidents, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse;**
- p) des renseignements sur le conseil des familles, s'il y en a un, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse ou, en l'absence d'un tel conseil, ceux que prévoient les règlements;**
- q) une explication des protections qu'offre l'article 26;**
- r) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 78 (2) et 195 (9).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la trousse de renseignements comprenne, au minimum : b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée; d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis; g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie; n) la divulgation des liens de dépendance qui existent entre le titulaire de permis et d'autres fournisseurs qui peuvent offrir des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents; o) des renseignements sur le conseil des résidents, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse; q) une explication des protections qu'offre l'article 26.

L'inspectrice a examiné la trousse de renseignements qui est fournie aux résidents au moment de leur admission. Cette trousse ne comprenait pas les éléments suivants :

- l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée;
- une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;
- la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis;
- un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;
- la divulgation des liens de dépendance qui existent entre le titulaire de permis et d'autres fournisseurs qui peuvent offrir des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents;
- des renseignements sur le conseil des résidents, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse;
- une explication des protections qu'offre l'article 26.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 550, l'administrateur a indiqué que les éléments ci-dessus ne faisaient pas partie de la trousse d'admission des résidents. [par. 78 (2)]

**AE n° 22 : 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. 79 (Affichage des renseignements).**

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

**79. (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :**

- a) la déclaration des droits des résidents;**
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée;**
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;**
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis;**
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes;**
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;**
- g.1) une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services au sens de l'article 21 de la Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé conclue entre le titulaire de permis et un réseau local d'intégration des services de santé;**
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis;**
- i) une explication des mesures à prendre en cas d'incendie;**
- j) une explication du plan d'évacuation;**
- k) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée;**
- l) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années;**
- m) les décisions que la Commission d'appel ou la Cour divisionnaire a rendues au cours des deux dernières années aux termes de la présente loi à l'égard du foyer de soins de longue durée;**
- n) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des résidents, avec le consentement de celui-ci;**
- o) le plus récent procès-verbal des réunions, s'il y en a, du conseil des familles, avec le consentement de celui-ci;**
- p) une explication des protections qu'offre l'article 26;**
- q) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (3) et 195 (10).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements. Aux fins des paragraphes 1 et 2, les renseignements exigés sont : la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents; g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie; q) les autres renseignements que prévoient les règlements.

Conformément au par. 225 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, pour l'application de l'alinéa 79 (3) q) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 79 de la Loi comprennent les suivants : 3. Le dernier rapport vérifié prévu à l'alinéa 243 (1) a).

Durant une visite du foyer, l'inspectrice 550 a remarqué que les renseignements suivants n'étaient pas affichés au foyer :

- la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;
- un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;
- le rapport de rapprochement vérifié le plus récent.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 550, l'administrateur a indiqué que les renseignements ci-dessus n'étaient pas affichés au foyer. [par. 79 (3)]

---

**AE n° 23 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).**

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

**85. (3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).**

**85. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

- a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3);
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;
- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).

#### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des familles pour mettre au point et réaliser le sondage annuel sur la satisfaction.

L'employé 113, président du conseil des familles, a déclaré qu'il faisait partie du conseil des familles depuis plus de quatre ans et ne se souvenait pas que durant cette période on lui ait demandé conseil pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction.

La directrice des soins a indiqué qu'un sondage sur la satisfaction était réalisé annuellement au foyer, que l'administrateur était le responsable de ce projet et ne savait pas si le foyer demandait expressément conseil au conseil des familles pour mettre au point et réaliser ce sondage.

Lors d'un entretien avec l'administrateur, celui-ci a indiqué que le même sondage était utilisé chaque année et qu'il n'y avait pas de processus proprement dit pour demander conseil au conseil des familles dans l'élaboration de ce sondage. [par. 85 (3)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats du sondage soient communiqués au conseil des familles pour donner suite aux résultats de celui-ci.

L'employé 113, président du conseil des familles, a indiqué lors d'un entretien qu'il faisait partie du conseil des familles depuis plus de quatre ans et qu'il ne se souvenait pas que durant cette période on ait fourni les résultats du sondage au conseil et qu'on lui ait demandé conseil pour donner suite aux résultats de ce sondage.

La directrice des soins a indiqué qu'un sondage sur la satisfaction était réalisé annuellement au foyer et que l'administrateur était le responsable de ce projet et ne savait pas si le foyer communiquait





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*

expressément les résultats du sondage et demandait conseil au conseil des familles pour donner suite aux résultats de celui-ci.

L'administrateur a affirmé au responsable de l'équipe et indiqué, sur la liste de vérification de l'amélioration de la qualité, que le foyer ne communiquait pas aux familles les résultats du sondage annuel ni les mesures prises.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué que le même sondage était utilisé chaque année et que les résultats et les mesures prises par suite de ce sondage n'étaient pas mis à la disposition du conseil des familles. [alinéa 85 (4) a)]

---

**AE n° 24 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 97 (Notification : incidents).**

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

**97. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :**

- a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**
- b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial du résident et toute autre personne que précise le résident soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique.

Lors de l'examen du dossier de santé du résident 004, l'inspectrice 126 a observé une inscription dans les notes d'évolution datées d'août 2014, qui indiquait que le résident 004 avait été pincé par un autre résident et qu'en conséquence le résident 004 avait eu une petite ecchymose sur une partie du corps. L'infirmière auxiliaire autorisée 131 a été témoin de cet incident, qui a été consigné par l'infirmière autorisée 112. Aucune autre information n'a été trouvée sur cet incident dans les notes d'évolution.



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, l'infirmière autorisée 112 à temps plein du soir a indiqué que cet incident n'avait pas été perçu comme un incident de mauvais traitement d'ordre physique et qu'en conséquence elle ne l'avait pas signalé au mandataire spécial du résident. [alinéa 97 (1) a)]

---

**AE n° 25 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police compétent soit immédiatement informé de l'incident observé de mauvais traitement qu'il soupçonne de constituer une infraction criminelle.

Lors de l'examen du dossier de santé du résident 004, l'inspectrice 126 a observé une inscription dans les notes d'évolution datées d'août 2014, qui indiquait que le résident 004 avait été pincé par un autre résident et qu'en conséquence le résident 004 avait eu une petite ecchymose sur une partie du corps. L'infirmière auxiliaire autorisée 131 a été témoin de cet incident, qui a été consigné par l'infirmière autorisée 112. Aucune autre information n'a été trouvée sur cet incident dans les notes d'évolution.

Lors d'un entretien, l'infirmière autorisée 112 à temps plein du soir a indiqué que cet incident n'avait pas été perçu comme un incident de mauvais traitement d'ordre physique et qu'en conséquence elle n'a pas prévenu le service de police compétent. [art. 98]

---

**AE n° 26 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 123 (Réserve de médicaments en cas d'urgence).**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence pour le foyer veille à ce qui suit :**

**a) seuls sont gardés des médicaments approuvés à cette fin par le directeur médical en collaboration avec le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur du foyer;**

**b) est adoptée une politique écrite régissant l'emplacement de la réserve, les marches à suivre et l'échéancier à respecter pour le réapprovisionnement en médicaments, l'accès à la réserve,**

**l'utilisation des médicaments de la réserve et le suivi ainsi que la documentation à l'égard des médicaments qui y sont gardés;**

**c) au moins une fois par année, est effectuée par les personnes visées à l'alinéa a) une évaluation de l'utilisation qui se fait des médicaments gardés dans la réserve afin de déterminer les besoins en la matière;**

**d) les modifications recommandées lors de l'évaluation sont mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 123.**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence ne garde que les médicaments approuvés à cette fin par le directeur médical en collaboration avec le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur du foyer.

Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 545 a fait une observation de la boîte de médicaments en cas d'urgence du foyer, gardée sous clé dans l'armoire à médicaments, dans l'entrepôt des médicaments verrouillé. Les médicaments suivants ont été trouvés dans la boîte de médicaments en cas d'urgence :

- résident 033 – des phénothiazines, 4 ampoules, commandées le 13 novembre 2013;
- résident 034 – des phénothiazines, 3 ampoules, commandées le 7 août 2014;
- résident 035 – un anticholinergique, 1 inhalateur, commandé le 5 mars 2013.

Lors de l'examen de la feuille « Drugs Used From Medication (Emergency Box) Control Sheet », conservée dans la boîte des médicaments en cas d'urgence, il était indiqué que le résident 035 avait reçu quatre doses de phénothiazine injectable, prises dans la boîte de médicaments en cas d'urgence aux dates suivantes :

- le 25 avril 2014;
- le 26 avril 2014;
- le 27 avril 2014;
- le 28 avril 2014.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins le 11 septembre 2014, celle-ci a indiqué que les résidents 033, 034 et 035 n'étaient plus résidents du foyer et a ajouté que tous trois étaient décédés. La directrice des soins a ensuite indiqué qu'en avril 2014, le médecin avait prescrit une phénothiazine spécifique toutes les six heures au besoin pour le résident 035, qui n'était plus résident du foyer. La directrice des soins a indiqué que le personnel autorisé avait probablement utilisé l'une des ampoules de phénothiazine qui n'étaient plus en usage et qui avaient été rangées dans la boîte des médicaments en cas d'urgence lorsque le résident 033 est décédé.

Le 11 septembre 2014, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle estimait que la destruction de la phénothiazine au moment de la mise en congé ou du décès des résidents constituerait un gaspillage et qu'il était acceptable de garder ces médicaments dans la boîte de médicaments en cas d'urgence pour les autres résidents, au besoin, dans une situation d'urgence.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué que les médicaments prescrits pour le résident seraient immédiatement retirés de la boîte des médicaments en cas d'urgence et placés sous clé dans l'armoire des médicaments destinés à la destruction étant donné que ni les phénothiazines ni l'inhalateur d'anticholinergique n'avaient été approuvés ou prescrits aux fins de la réserve en cas d'urgence [par. 123 (a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence adopte une politique écrite régissant :

- l'emplacement de la réserve;
- les marches à suivre et l'échéancier à respecter pour le réapprovisionnement en médicaments;
- l'accès à la réserve;
- l'utilisation des médicaments de la réserve;
- le suivi ainsi que la documentation à l'égard des médicaments qui y sont gardés.

Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 545 a examiné le contenu de la boîte des médicaments en cas d'urgence verrouillée et située dans l'entrepôt des médicaments également verrouillé.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins le 11 septembre 2014, celle-ci a indiqué que le foyer conservait une boîte en cas d'urgence, contenant une liste des médicaments fournis par Shoppers Drug Mart. Lorsque l'inspectrice 545 a demandé qu'on lui fournisse une politique écrite concernant l'emplacement de la réserve, les marches à suivre et l'échéancier à respecter pour le réapprovisionnement en médicaments, l'accès à la réserve, l'utilisation des médicaments de la réserve et le suivi ainsi que la documentation à l'égard des médicaments qui y sont gardés, alors, la directrice des soins a fourni une note. Lors de l'examen de cette note envoyée à tous les membres du personnel autorisé le 21 septembre 2007 (fournie par la directrice des soins), il a été documenté que « lorsque le personnel a besoin de contacter le médecin de garde pour une nouvelle ordonnance de médicament, vérifier la liste des médicaments disponibles dans la boîte d'urgence pour confirmer le stock de médicaments disponibles afin que le traitement puisse commencer de façon prompte avant la livraison par la pharmacie » et que « le réapprovisionnement en médicaments non urgents doit être fait de trois à cinq jours à l'avance et jamais la fin de semaine en raison de la non-disponibilité du personnel et parce que la livraison pourrait ainsi être retardée ». Lors d'un autre entretien, la directrice des soins a confirmé que le foyer n'avait pas de politique écrite en place. [par. 123 (b)]



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

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

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

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

Date de délivrance : 9 janvier 2015

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice

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

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

## Copie destinée au public

---

**Nom des inspecteurs ou inspectrices :** JOANNE HENRIE (550), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), HUMPHREY JACQUES (599), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547), MELANIE SARRAZIN (592)

**N° de registre :** O-000810-14

**N° du rapport d'inspection :** 2014\_289550\_0025

**Type d'inspection :** Inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR)

**Date du rapport :** 7 novembre 2014

**Titulaire de permis :** GENESIS GARDENS INC.  
438 PRESLAND ROAD OTTAWA ON K1K 2B5

**Foyer de soins de longue durée :** FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME  
1003 Limoges Road South, Limoges (Ontario) K0A 2M0

**Nom de l'administrateur :**

---

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



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

**N° de l'ordre :** 001**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)**Lien vers l'ordre existant :****Aux termes du :**

Règlement de l'Ontario 79/10, par. 229 (2). Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) est adoptée une méthode interdisciplinaire aux fins de la coordination et de la mise en œuvre du programme;
- b) l'équipe interdisciplinaire qui coordonne et met en œuvre le programme se réunit au moins tous les trimestres;
- c) le médecin-hygiéniste local est invité à assister aux réunions;
- d) le programme est évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;
- e) sont consignés dans un dossier chaque évaluation prévue à l'alinéa d), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (2).

**Ordre :**



Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant les éléments suivants :

Un processus pour assurer que le programme de contrôle des infections est évalué et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques reconnues par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).

Un processus de surveillance pour assurer que :

- le programme de soins de chaque résident ayant une infection est mis à jour de façon à préciser le type d'infection identifiée et les précautions à avoir en place pour guider le personnel qui s'occupe des résidents;
- la communication est améliorée grâce à un affichage approprié à l'entrée de la chambre du résident pour guider le personnel et les visiteurs en ce qui concerne les précautions mises en place;
- tout le personnel prend des précautions adéquates au moment opportun lorsqu'il s'occupe d'un résident qui a une infection.

Le foyer doit avoir en place un processus pour assurer que ces politiques et ces marches à suivre à l'égard des organismes antibiorésistants présents au foyer sont mises à jour de façon à tenir compte des pratiques reconnues par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI).

Ce plan doit préciser le calendrier d'exécution des tâches et les personnes qui seront chargées d'exécuter celles-ci.

Le programme doit être présenté à Joanne Henrie par courriel d'ici le 21 novembre 2014 à [joanne.henrie@ontario.ca](mailto:joanne.henrie@ontario.ca).

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le médecin hygiéniste local soit invité aux réunions de l'équipe de prévention et de contrôle des infections.

Lors d'un entretien, l'infirmière 115 chargée du contrôle des infections a affirmé à l'inspectrice 550 que l'équipe de contrôle des infections se réunissait une fois tous les trimestres. Elle a ajouté que le médecin hygiéniste local n'était jamais invité aux réunions de l'équipe de contrôle des infections.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le médecin hygiéniste n'était pas toujours invité aux réunions concernant le contrôle des infections. (550)

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le Programme de prévention et de contrôle des infections soit évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques en vigueur.

Lors d'une observation, les inspectrices 540 et 545 ont observé, à l'entrée de la chambre de deux résidents, un écriteau portant la mention « Précautions universelles ». Lors d'un entretien, le PSSP 116 a indiqué à l'inspectrice que le résident 038 nécessitait des précautions universelles en raison de sa récente admission au foyer. Il a indiqué que lorsque de nouveaux résidents sont admis, il faut que des précautions universelles soient en place jusqu'à ce que le foyer reçoive les résultats des prélèvements de dépistage du SARM qui sont réalisés au moment de leur admission. Il a indiqué que le résident 037 nécessitait des précautions universelles du fait de l'infection d'une plaie par le SARM sur une région de son corps et que les précautions universelles exigeaient le port de gants par le personnel au contact de liquides organiques. L'employé 116 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il ignorait que des précautions contre les contacts auraient dû être en place et qu'il devait porter une blouse et des gants pour fournir des soins directs à ces deux résidents.

Lors d'un entretien, l'infirmière auxiliaire autorisée 102 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle ignorait pourquoi le résident 037 avait un écriteau indiquant « Précautions universelles » à l'entrée de sa chambre et que le résident avait une plaie infectée par le SARM sur une région du corps. Il a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il devait porter des gants lorsqu'il changeait le pansement du résident et qu'aucune autre précaution n'était requise. L'employé 102 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il ignorait que des précautions contre les contacts auraient dû être en place et qu'il devait porter des gants et une blouse pour changer le pansement recouvrant la plaie de ce résident.

L'inspectrice a examiné la politique de dépistage du SARM et de l'ERV, mise à jour le 1er août 2013. Cette politique indique que le personnel doit prendre des « précautions universelles » lorsqu'il dispense des soins aux résidents qui sont positifs pour le SARM. L'inspectrice a examiné la « Politique des précautions universelles », mise à jour le 5 décembre 2010. Cette politique indique que des précautions universelles doivent être prises pour le sang et les liquides organiques qui contiennent du sang, le liquide séminal et les sécrétions vaginales qui contiennent du sang occulte, ainsi que les liquides tels que le liquide céphalorachidien, la synovie, le liquide pleural, le liquide péricardique, le liquide amniotique et le liquide péritonéal. Les précautions universelles ne sont pas nécessaires pour les selles, les expectorations, les sécrétions nasales, la transpiration, les larmes, l'urine, les vomissements et la salive, sauf s'ils contiennent du sang. Pour le personnel, le port d'une blouse n'est obligatoire que s'il y a un risque de contamination des vêtements par le sang et le port des gants est obligatoire lorsqu'il y a un contact direct avec le sang ou les liquides organiques, lorsqu'il pratique une glucométrie capillaire et lorsqu'il a des coupures, des éraflures ou d'autres lésions cutanées et qu'il juge que ses mains pourraient être contaminées par du sang.

Les meilleures pratiques du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) indiquent que les précautions contre les contacts doivent être en place (port de gants et d'une blouse) lors de la fourniture de soins directs à un résident infecté par le SARM pour prévenir la transmission de l'infection à d'autres résidents. Dans le document du CCPMI intitulé Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé (3e édition), les soins directs désignent : « la prestation de soins (p. ex., donner le bain à un client/patient/résident, le laver ou le tourner, changer ses vêtements, lui prodiguer des soins relatifs à l'incontinence, changer ses

pansements, soigner ses plaies et ses lésions ouvertes, faire sa toilette) ». Les deux employés ignoraient que les précautions contre les contacts comprenaient le port d'une blouse lors de la fourniture de soins directs à un résident infecté.

Lors d'un entretien, l'infirmière chargée du contrôle des infections a indiqué à l'inspectrice 550 que les politiques intitulées « Politiques des précautions universelles » et « St-Viateur Nursing Home M.R.S.A. and V.R.E. screening policy » sont les deux seules politiques dont le foyer dispose pour aider le personnel à s'occuper des résidents positifs pour le SARM. Une feuille intitulée de directives sur le SARM et l'ERV est affichée au babillard dans le bureau de l'infirmière mais, comme c'est le seul endroit où elle est affichée, elle n'est pas accessible au personnel. Cette infirmière a indiqué que l'écriteau « Précautions universelles » n'aurait pas dû être affiché à l'entrée de la chambre du résident 037; c'est l'écriteau « Précautions contre les contacts » qui aurait dû y être affiché.

Le Programme de prévention et de contrôle des infections n'a pas été évalué et mis à jour conformément aux pratiques établies par le CCPMI et, par conséquent, ne peut pas guider adéquatement le personnel dans la prévention de la transmission d'infections au sein du foyer.

Ce non-respect est continu puisqu'il a déjà fait l'objet d'un plan de redressement volontaire lors d'une inspection de la qualité des services aux résidents menée en mai 2012. (550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 janvier 2015**

**N° de l'ordre :** 002 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

**Lien vers l'ordre existant :**

**Aux termes du :**

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 22. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :

1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.
2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.
3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.
4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :
  - i. les questions visées à la disposition 3,
  - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,
  - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant les éléments suivants :

Élaboration et mise en œuvre d'un système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources incluant toutes les exigences de la LFSLD, art. 84, et du Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 228.

Ce plan doit préciser le calendrier d'exécution des tâches et les personnes qui seront chargées d'exécuter celles-ci.

Le programme doit être transmis à Joanne Henrie par courriel d'ici le 21 novembre 2014 et le rapport d'étape d'ici le 31 janvier, à [joanne.henrie@ontario.ca](mailto:joanne.henrie@ontario.ca).

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :

1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.
3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.
4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :
  - i. les questions visées à la disposition 3,
  - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,
  - iii. les communications visées à la disposition 3.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer était en train de mettre sur pied son système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources. Le foyer n'a pas encore défini ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ni de processus pour identifier les initiatives à examiner.

L'administrateur a indiqué que les réunions concernant le système d'amélioration de la qualité avaient été intégrées à celles du comité de gestion et que leur dernière réunion avait eu lieu le 9 janvier 2014.

Un système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources aurait permis de reconnaître les problèmes d'entretien décrits dans l'AE n° 4 ainsi que l'inobservation des politiques citée dans l'AE n° 15.

Un non-respect a été signalé à titre d'avis écrit aux termes de la LFSLD, chap. 8, art. 84, le 31 mai 2012. (550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 mars 2015**

**N° de l'ordre :** 003**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Lien vers l'ordre existant :****Aux termes de la :**

LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;
- 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).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce que :

les changements dans l'état de santé d'un résident soient pris en compte dans le programme de soins de chaque résident, particulièrement dans les domaines à risque élevé tels que :

- les comportements réactifs;
- les soins liés à l'incontinence;
- l'utilisation de moyens de contention

afin de fournir des directives claires au personnel et à d'autres personnes qui fournissent le soin direct aux résidents.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé 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.

Lors de l'examen du dossier de santé, il est indiqué que le résident 010 a été diagnostiqué de problèmes mentaux et qu'il a été suivi par le service de psychogériatrie. Une note de l'infirmière autorisée de ce service indiquait, un jour de mars 2014, qu'elle avait discuté du comportement de ce résident avec le personnel de soutien aux troubles du comportement du foyer. La dernière note consignée par le médecin du service de psychogériatrie était datée du 30 avril 2014 et indiquait que le résident continuerait à être suivi de près.

Le programme de soins daté d'un jour de juin 2014 indiquait que le résident 010 était facilement distrait, et qu'il avait des épisodes de discours décousu, une fonction mentale incohérente

durant la journée, des périodes d'agitation et des périodes de léthargie. Le programme de soins n'indiquait pas que le résident 010 commettait des agressions verbales. Lorsqu'il a été réévalué un jour d'août 2014, le résident commettait quotidiennement des agressions verbales, il était socialement inapte et affichait un comportement perturbateur et il était indiqué que ces deux comportements n'étaient pas faciles à changer. Lors d'un examen du score du résident 010 pour son comportement agressif, une augmentation de 1/12 à 9/12 sur une période de trois mois (du 21 mai au 6 août 2014), indiquait une augmentation considérable des comportements réactifs.

Durant l'inspection, l'inspectrice 545 a vu le résident 010 diriger son fauteuil roulant lui-même à l'intérieur du foyer. Plusieurs fois par jour, le résident faisait entendre ses débordements de colère, on l'entendait crier très fort à d'autres résidents de s'enlever de son chemin et hurler que le personnel ne répondait pas à ses besoins. Le 9 septembre 2014 à 16 h 53, l'inspectrice a entendu le résident injurier un autre résident pour qu'il s'enlève de son chemin. Un membre du personnel est intervenu pour éloigner l'autre résident du résident 010. Le 10 septembre 2014 à 14 h 52, le résident 030, qui était assis dans son fauteuil roulant près du poste de soins infirmiers, a tapoté le bras de l'inspectrice 545 pour avoir son attention. Le résident 010 a crié au résident 030 « Arrêtez d'écouter les conversations de l'inspectrice et de la directrice des soins ». Un PSSP est venu quelques minutes plus tard et a sorti le résident 010 du secteur.

Lors de divers entretiens, le PSSP 113, le PSSP 111, l'infirmière autorisée 112, l'aide-physiothérapeute 110 et la coordonnatrice de l'évaluation RAI ont reconnu que le résident 010 affichait quotidiennement les comportements réactifs suivants :

- il avait des débordements quotidiens fréquents à l'endroit du personnel et des visiteurs;
- il criait et injurait d'autres résidents, leur ordonnant de s'enlever de son chemin;
- il montrait son impatience et hurlait souvent « Personne ne m'aide ici »;
- il avait des débordements fréquents pendant les repas et demandait à être servi en premier; le résident 010 a été déplacé vers la salle à manger principale parce que, même s'il était capable de manger tout seul, il nécessitait l'intervention du personnel pour gérer ses comportements.

Le PSSP 113 a indiqué le 8 septembre 2014 que le résident 010 réagissait par des débordements de colère et a reconnu les déclencheurs suivants :

- le résident 010 ne pouvait pas circuler dans les couloirs avec son fauteuil roulant ou avec l'ambulateur durant le programme d'aide à la marche;
- un résident qui se promenait est entré dans sa chambre;
- les aliments n'étaient pas servis dès que le résident arrivait dans la salle à manger;
- le résident activait la sonnette et le personnel ne venait pas assez vite;
- le personnel le poussait à être autonome, par exemple pour s'habiller ou se déplacer avec son fauteuil roulant, alors que lui ne le voulait pas.

Le PSSP 111 a indiqué le 8 septembre 2014 que le résident 010 réagissait par des débordements au cours desquels il criait, hurlait et se fâchait puis a identifié les déclencheurs suivants :



- le fait de ne pas avoir l'attention du personnel, indiquant que le résident réagissait de manière positive à l'interaction individuelle avec le personnel et qu'à mesure qu'il apprenait à vous connaître, il aimait vous serrer dans ses bras;
- le fait de ne pas obtenir immédiatement l'aide qu'il demandait pour les soins;
- les autres résidents qui gagnaient au bingo alors que lui ne gagnait pas;
- les autres qui étaient sur son chemin dans le couloir; le résident semblait être maître du couloir du foyer et ne pas vouloir d'autres résidents dans son espace.

L'infirmière autorisée 112 a indiqué le 8 septembre 2014 que le résident 010 commettait quotidiennement des agressions verbales, injuriant le personnel et les résidents, et a reconnu les déclencheurs suivants :

- douleur aux jambes;
- besoin intense d'attention;
- faible tolérance aux autres résidents autour de lui; impatience, incapacité à attendre, besoin d'être servi en premier.

La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué le 9 septembre 2014 que certains membres du personnel étaient un peu brusques avec le résident 010, a ajouté que le personnel ne devait pas plaisanter avec lui et qu'il fallait toujours l'aborder doucement et être attentif à son humeur.

Le 10 septembre 2014, l'employé 117 de soutien aux troubles du comportement a indiqué que le personnel de soutien aux troubles du comportement ne s'occupait pas du résident 010 parce que celui-ci était déjà suivi par le service de psychogériatrie et que le personnel du foyer savait comment gérer ses comportements réactifs.

La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué qu'elle était chargée de mettre à jour le programme de soins et de veiller à ce qu'il soit imprimé et rangé dans le dossier papier du résident, étant donné que le personnel autorisé et le personnel fournissant des soins directs n'avaient pas accès aux dossiers électroniques. Elle a indiqué que le programme de soins du résident 010 pour ses comportements réactifs ne précisait pas de tendances en ce qui concerne l'humeur et le comportement, les comportements réactifs reconnus ou les déclencheurs comportementaux potentiels et les variations dans le fonctionnement du résident à différentes périodes de la journée, mais qu'elle personnalisait le programme de soins du résident de façon à tenir compte des comportements réactifs reconnus par le personnel, y compris elle-même.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins le 11 septembre 2014, celle-ci a indiqué qu'elle savait que le programme de soins du résident 010 avait besoin d'être revu de façon à prendre en compte les tendances de l'humeur et du comportement, les comportements réactifs reconnus ou tout déclencheur comportemental potentiel, ainsi que les variations dans le fonctionnement du résident à différentes périodes de la journée.

2. Le programme de soins écrit le plus récent du résident 001, daté de juillet 2014, indique que le résident 001 souffre d'incontinence urinaire et porte des produits pour incontinence et le rapport d'intégrité épidermique ne précise pas de plaie de pression au niveau du coccyx.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 001 ne souffrait plus d'incontinence urinaire et qu'il portait à présent une sonde de Foley en raison d'une plaie de pression.

Le PSSP 101, qui était affecté au résident 001, savait que celui-ci portait une sonde de Foley.

Interrogée par l'inspectrice 550, la directrice adjointe des soins a dit savoir que les soins dispensés au résident 001 ne correspondaient pas à ce qui était prévu dans le programme de soins écrit. Elle a précisé que les soins et les interventions étaient mis à jour dans le programme de soins écrit uniquement lors des évaluations trimestrielles remplies par les employés. Elle a ajouté que le programme de soins devait être modifié selon l'évolution des soins à dispenser au résident et que les employés ne devaient pas attendre le moment de l'évaluation trimestrielle. Elle a indiqué à l'inspectrice que les changements dans les soins d'un résident étaient communiqués au personnel lors du rapport de la matinée. (550)

3. Le titulaire de permis n'a pas respecté la LFSLD, 2007, chap. 8, alinéa 6 (1) c), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le résident 010 a été réévalué un jour d'août 2014 et il a été noté que ce résident avait un contrôle inadéquat de la vessie et de nombreux épisodes quotidiens d'incontinence, ce qui constitue un changement depuis sa dernière évaluation, datée de mai 2014. À cette époque, le résident 010 souffrait d'incontinence urinaire deux ou trois fois par semaine, mais pas tous les jours.

En examinant le programme de soins daté de mai 2014, il était indiqué que le résident 010 souffrait occasionnellement d'incontinence urinaire, soit deux ou trois fois par semaine, et que les interventions consistaient notamment à lui fournir des couches jetables ou réutilisables – petites, moyennes ou grandes, à l'emmener aux toilettes toutes les deux heures ou avant et après les repas et au besoin. Il était également indiqué que le résident ne souffrait d'aucune incontinence intestinale et qu'il fallait l'emmener aux toilettes tous les jours à la même heure pour prévenir l'incontinence.

Lors de divers entretiens le 8 septembre 2014, le PSSP 113 a indiqué que le résident utilisait un type particulier de produit pour incontinence le jour et le soir ainsi qu'un autre type de produit pour incontinence la nuit. Il a indiqué que le résident avait besoin d'encouragements quotidiens et qu'on lui rappelle qu'il est capable de se retenir, puis il a ajouté que le résident était capable d'activer la sonnette d'appel au besoin pour aller à la salle de bain. Le PSSP 113 a indiqué qu'il devait répondre à la sonnette d'appel rapidement, car le résident était incapable d'attendre.

Lors d'un entretien le 8 septembre 2014, l'infirmière autorisée 112 a indiqué qu'elle était étonnée que le résident souffre d'incontinence urinaire puisqu'il était capable d'activer la sonnette d'appel pour avoir de l'aide et a ajouté que le résident demandait régulièrement de l'aide. L'infirmière autorisée a indiqué que le résident souffrait d'incontinence intestinale après l'administration d'un laxatif. Le programme de soins ne précisait pas que le résident souffrait fréquemment d'incontinence intestinale après l'administration d'un laxatif.

Lors d'un entretien le 9 septembre 2014, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué que l'incontinence urinaire et intestinale du résident 010 avait été évaluée dans le cadre de l'évaluation RAI-MDS 2.0 un jour d'août 2014, mais qu'elle n'avait pas encore eu le temps de rédiger et de mettre à jour le programme de soins du résident. Elle a indiqué que le programme de soins écrit et mis à jour pour la dernière fois en juin 2014 était le seul programme de soins disponible et accessible au personnel chargé des soins directs et au personnel autorisé.

Ainsi, le programme de soins du résident 010 ne donnait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

(545)

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident 005 comprenne la contention au moyen d'un appareil mécanique pour le résident.

Le 12 septembre 2014, la directrice des soins a fourni à l'inspectrice 547 une copie du programme de soins du résident 005, qui était daté de décembre 2013 et constituait le programme de soins le plus récent pour ce résident. Ce programme de soins indiquait que le résident n'avait besoin que d'un type d'appareil de contention lorsqu'au lit. Aucune indication des deux autres types d'appareils de contention n'était notée dans le programme de soins du résident.

Le 12 septembre 2014, les employés 106 et 130 ont indiqué que le résident 005 portait un moyen de contention du corps lorsqu'il était assis dans son fauteuil. Ces mêmes employés ont également indiqué que le résident 005 utilisait deux autres types particuliers de contention des membres lorsque le personnel lui prodiguait des soins personnels ou le faisait manger et également lorsque le résident était assis dans son fauteuil et que d'autres résidents étaient présents. Les employés 106 et 130 ont confirmé que le résident ne pouvait pas retirer ces moyens de contention lui-même.

Interrogé par l'inspectrice 547 le 12 septembre 2014, l'employé 132 a dit savoir que ceci était considéré comme un moyen de contention mais que ce n'était pas inscrit dans le programme de soins. Les deux moyens de contention des membres employés pour ce résident ne sont pas non plus prévus dans le programme de soins.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 547 le 12 septembre 2014, la directrice des soins a indiqué que tous les moyens de contention du résident 005 auraient dû être prévus dans le programme de soins et que le dossier relatif à la contention devait fournir des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 005, notamment la documentation et la supervision adéquates de ces moyens de contention.

La directrice des soins a confirmé que le programme de soins du résident 005 ne donnait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à ce résident en ce qui concerne les moyens de contention qu'il utilise.



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

Le programme de soins ne donne pas de directives concernant l'application et la surveillance des moyens de contention. (547)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 15 décembre 2014**

**N° de l'ordre :** 004 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

**Lien vers l'ordre existant :**

**Aux termes de la :**

LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;
- c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant les éléments suivants :

Élaboration et établissement de calendriers et de marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif pour assurer un entretien continu et les réparations au sein du foyer.

Ce plan doit préciser le calendrier d'exécution des tâches et les personnes qui seront chargées d'exécuter celles-ci.

Le programme doit être présenté à Joanne Henrie par courriel d'ici le 21 novembre 2014 à [joanne.henrie@ontario.ca](mailto:joanne.henrie@ontario.ca).

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient maintenus en bon état.

Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le concierge du foyer, qui a indiqué que le foyer n'avait pas de procédure ni de plan pour assurer un entretien permanent et permettant d'effectuer les réparations préventives. Le concierge a indiqué que le personnel lui signalait les réparations nécessaires verbalement ou par l'entremise du registre de l'entretien ménager et de l'entretien, qu'il vérifie chaque jour. Le concierge a ajouté qu'il effectuait les réparations nécessaires immédiatement, dès qu'elles étaient portées à son attention. Le concierge ne tient pas de registre des réparations effectuées, sauf si elles sont versées au registre de l'entretien ménager et de l'entretien, car les demandes verbales ne sont pas consignées dans ce livre. Les observations suivantes ont été faites par les inspectrices 550, 592, 545 et 547 durant l'inspection de la qualité des services aux résidents :

- Le 4 septembre 2014, l'inspectrice 550 a noté, dans la chambre d'un résident, que le mur sous la fenêtre était fissuré et laissait voir la cloison sèche sous-jacente. Le coussin protecteur sur chaque côté de lit était déchiré et laissait voir la mousse à l'intérieur. Il y avait des creux dans les murs de cette salle de bain commune et la peinture écaillée laissait voir la cloison sèche; les trous de vis observés au-dessus du distributeur de savon et sous le distributeur de papier hygiénique laissaient voir la cloison sèche sous-jacente. Le mur inférieur du coin, près du lavabo, est abîmé et la peinture écaillée laisse voir la cloison sèche.

- Le 2 septembre 2014, l'inspectrice 592 a remarqué, dans la chambre d'un résident, que trois carreaux du sol sous la boîte du radiateur électrique étaient cassés et laissaient voir le ciment, ceci sur deux pouces de large et six pieds de long. Les murs de la salle de bain étaient colmatés à trois endroits, la peinture écaillée laissait voir la cloison sèche sous le distributeur de savon et il manquait du calfeutrant à trois endroits autour de la toilette, ce qui laissait voir une matière brunâtre et jaunâtre.

- Le 3 septembre 2014, l'inspectrice 545 a noté, dans la salle de bain commune de la chambre d'un résident, que le calfeutrant autour de la toilette était couvert d'une matière jaunâtre ou brunâtre et que, par endroits, le calfeutrant était complètement parti. Les carreaux du sol autour de cette toilette portaient des taches jaunes ou brunâtres. La peinture à la base des murs était écaillée et portait des marques noires et les plinthes étaient décollées à deux endroits, laissant voir la cloison sèche sous-jacente, ainsi qu'une accumulation de poussière et de débris.

Il a également été noté, du 2 au 4 septembre 2014, que les aires communes suivantes étaient en mauvais état :

- Le 4 septembre 2014, l'inspectrice 550 a remarqué, dans la salle de télévision, que les murs étaient écorchés et que la peinture s'écaillait, exposant la cloison sèche. Sous la fenêtre, le mur était abîmé, la peinture s'écaillait et la cloison sèche s'effritait. Sous les plinthes chauffantes de ce secteur, les carreaux du sol sont abîmés et laissent voir le sous-plancher.

- Le 3 septembre 2014, l'inspectrice 545 a remarqué, dans la petite salle à manger (salle 147), huit chaises en métal et une chaise en bois couvertes d'un similicuir marron qui laisse voir l'intérieur du siège. Sur les arêtes de quatre tables rondes, la peinture est partie et laisse voir le grain du bois poreux. Le similicuir qui recouvre les 14 chaises en métal du salon, de la salle de télévision et de la salle à manger est fendillé à plusieurs endroits et laisse voir l'intérieur. Dans les couloirs, le vernis des mains courantes en bois est très usé et laisse voir le grain du bois poreux. L'inspectrice 545 a également remarqué que, dans la salle de bain hydromasseur 113 (aile ouest), les murs et les portes avaient la peinture écaillée partout et laissaient voir la cloison sèche poreuse. Autour de la toilette, il manquait du calfeutrant par endroits et celui qui restait était couvert de matière jaune ou brunâtre et les carreaux du sol étaient tachés.

- Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué que, dans une chambre à coucher commune, la boîte de la plinthe électrique sous la fenêtre était tordue et avait la peinture qui s'écaillait et mettait à nu un bord coupant. Les carreaux du sol sous cette plinthe chauffante étaient cassés là où le sous-plancher est surélevé, laissant voir le sous-plancher de ciment, ainsi que de la poussière et des débris. Selon un entretien avec le concierge à la même date, ce plancher a été réparé quatre ou cinq ans auparavant et continue à se fissurer parce que le sous-plancher en ciment s'est affaissé par endroits. Les responsables sont incapables de

colmater cette zone correctement; aussi ont-ils décidé de ne plus la réparer. Jusqu'à présent, aucune autre solution n'a été trouvée pour colmater cette zone sous la plinthe chauffante.

- Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué que les boîtes des trois plinthes chauffantes de la petite salle à manger (salle 147) et celles des cinq plinthes chauffantes de la grande salle à manger étaient cabossées et décapées à plusieurs endroits. Dans la grande salle qui abrite la salle à manger et le salon, deux des quatre fauteuils inclinables en vinyle étaient déchirés à plusieurs endroits et laissaient voir le matériel et la mousse à l'intérieur. Dans les deux salles à manger, la plinthe en vinyle est décollée et cassée à plusieurs endroits, laissant voir le sous-plancher, où de la poussière et des débris d'aliments se sont accumulés.

- Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a noté l'état des murs dans sept des 11 chambres de l'aile ouest et dans six des 14 chambres de l'aile est, où il y avait des creux à l'angle des murs près des placards et où des parties de la cloison sèche se désintégraient, laissant voir les lattes métalliques sous-jacentes. Le cadre métallique de la porte de chaque chambre était décapé et laissait voir la base métallique sous-jacente.

- Le 10 septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'administrateur au sujet du foyer et de l'ameublement qui n'ont pas été entretenus de façon à être conservés en bon état. Il a ajouté que le foyer nécessitait des réparations constantes et que la situation serait corrigée durant la reconstruction du nouveau bâtiment qui abrite le foyer. L'administrateur a ajouté que pour minimiser les coûts, on pourrait recouvrir les chaises au lieu de les remplacer; visiblement, rien n'a été fait puisque ce problème avait également été noté lors de la dernière inspection de la qualité des services aux résidents, en mai 2012.

Pour le moment, il n'y a aucun plan en place pour la reconstruction du foyer.

Un non-respect a été signalé à titre de plan de redressement volontaire le 31 mai 2012. (547)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 janvier 2015**



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

**N° de l'ordre :** 005 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

**Lien vers l'ordre existant :**

**Aux termes de la :**

LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 19 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).



**Ordre :**

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant les éléments suivants :

Un processus pour assurer que tous les membres du personnel reçoivent une formation sur l'obligation de faire rapport immédiatement au directeur s'il existe des motifs raisonnables de soupçonner que ce soit d'avoir infligé à un résident un mauvais traitement ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice à ce dernier.

Élaboration d'un processus de surveillance pour assurer que tous les incidents de mauvais traitements soupçonnés d'un résident par qui que ce soit fait immédiatement l'objet d'une enquête, d'un rapport et de la prise des mesures appropriées.

Mise à jour de la politique du foyer intitulée « Zero tolerance and non-abuse of residents & employees », de façon à prendre en compte toutes les exigences indiquées dans la LFSLD, 2007, L.O. 2007, *chap. 8*, art. 20, les communications de cette politique à l'ensemble du personnel et à tous les chefs de service. La formation doit préciser ce que constitue un mauvais traitement.

Un processus pour assurer que l'ensemble du personnel reçoit annuellement un recyclage sur la déclaration des droits des résidents, l'obligation de présenter les rapports obligatoires et la protection de dénonciateurs.

Un processus pour s'assurer que la trousse d'admission contient tous les renseignements exigés par l'article 78(?) de la LFSLD et l'article 224 du Règl. de l'Ont. 79/10.

Ce plan doit préciser le calendrier d'exécution des tâches et les personnes qui seront chargées d'exécuter celles-ci.

Le programme doit être présenté à Joanne Henrie par courriel d'ici le 21 novembre 2014 à [joanne.henrie@ontario.ca](mailto:joanne.henrie@ontario.ca).

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit ni à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Lors d'un examen du dossier de santé du résident 004, l'inspectrice 126 a remarqué qu'il était indiqué dans les notes d'évolution, un jour d'août 2014, que le résident 004 avait été pincé par un autre résident, ce qui lui avait causé une petite ecchymose sur une région du corps. L'infirmière auxiliaire autorisée 131 a été témoin de l'incident, qui a été consigné par l'infirmière

autorisée 112. Aucune autre information n'a été trouvée dans les notes d'évolution au sujet de cet incident.

Le 11 septembre 2014, l'inspectrice 126 a interrogé l'infirmière autorisée 112, qui était l'infirmière autorisée responsable de l'immeuble quand l'incident est survenu en août 2014. L'infirmière autorisée 112 a indiqué qu'elle n'avait pas fait de suivi de l'incident parce que le résident qui avait pincé le résident 004 fait parfois la même chose à d'autres résidents du foyer. L'infirmière autorisée 112 a également indiqué qu'elle n'avait pas rempli de rapport d'incident et qu'elle n'avait pas prévenu la famille du résident ni mené plus loin l'enquête étant donné qu'elle n'avait pas perçu la chose comme un incident de mauvais traitement d'ordre physique. La directrice des soins se trouvait dans l'entrepôt des médicaments lorsque l'inspectrice 126 a interrogé l'infirmière autorisée 112. La directrice des soins a demandé à l'inspectrice 126 s'il fallait appeler la police pour un incident de ce genre. L'inspectrice 126 a répondu que le foyer devait observer la loi en ce qui concerne les mauvais traitements. L'inspectrice 126 a demandé aux deux membres du personnel autorisé s'ils connaissaient l'arbre décisionnel; ceux-ci ne savaient pas à quoi l'inspectrice faisait référence.

Rien ne démontrait que les incidents allégués de mauvais traitements d'ordre physique impliquant ce résident avaient fait l'objet d'une enquête immédiate, tel qu'indiqué à l'AE n° 6.

L'incident de mauvais traitement envers le résident 004 n'a pas fait l'objet d'un rapport au directeur, tel qu'indiqué à l'AE n° 18.

Le mandataire spécial du résident 004 n'a pas été informé immédiatement lorsque le titulaire de permis a appris l'incident de mauvais traitement ayant causé une blessure au résident, tel qu'indiqué à l'AE n° 24.

Le service de police compétent n'a pas été informé immédiatement de l'incident observé de mauvais traitement envers le résident 004, tel qu'indiqué à l'AE n° 25.

Lors d'un entretien, l'employée 115 (coordonnatrice de l'évaluation RAI et formatrice) a indiqué à l'inspectrice 126 qu'en novembre 2013 le foyer avait offert une formation sur la politique du foyer intitulée « Zero tolerance and non-abuse of residents and employees ». La feuille de participation datée de novembre 2013 a été examinée. Il a été observé que, sur 89 employés, 24 avaient participé à la formation sur les mauvais traitements. L'employée 112 a indiqué qu'au cours de la dernière année elle n'avait pas reçu de formation concernant les mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'ensemble du personnel se recycle chaque année pour ce qui concerne la déclaration des droits des résidents, l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la Loi et la protection des dénonciateurs, tel qu'indiqué à l'AE n° 20.

La trousse de renseignements du foyer n'inclut pas d'explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24, tel qu'indiqué à l'AE n° 21.

La politique du foyer intitulée « Zero tolerance and non-abuse of residents and employees » n'inclut pas toutes les exigences du par. 20 (2) de la LFSLD, tel qu'indiqué à l'AE n° 17. (550)



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 décembre 2014**

**N° de l'ordre :** 006 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

**Lien vers l'ordre existant :**

**Aux termes de la :**

LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (9). Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.
2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.
3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant les éléments suivants :

Le programme de tous les résidents qui reçoivent des services de physiothérapie doit être mis à jour de façon à assurer la documentation des services de physiothérapie fournis.

Ce plan doit préciser le calendrier d'exécution des tâches et les personnes qui seront chargées d'exécuter celles-ci.

Le programme doit être présenté à Joanne Henrie par courriel d'ici le 21 novembre 2014 à [joanne.henrie@ontario.ca](mailto:joanne.henrie@ontario.ca).

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fourniture des soins prévus dans le programme de soins soit consignée.

Durant l'automne 2014, le résident 004 a été transféré vers un autre foyer de soins de longue durée. Le programme de soins du résident 004 daté de juillet 2014 a été revu. Il est noté dans le programme de soins que le résident 004 « conservera sa mobilité et fera de l'exercice pour prévenir les contractures ». Le résident 004 devait recevoir de la « physiothérapie à raison de 15 minutes par jour et 75 minutes par semaine ».

Le 9 septembre 2014, l'inspectrice 126 a interrogé l'aide-physiothérapeute 110. Celle-ci a indiqué que le résident 004 ne bénéficiait d'aucun type de physiothérapie depuis le 13 mars 2014. L'employé 110 ne connaît pas les conditions à remplir pour que le traitement de physiothérapie continue ou pour savoir quand mettre le résident en congé. L'employée 110 a indiqué qu'elle suivait les directives du physiothérapeute et qu'habituellement elle accordait son congé au résident après une visite du physiothérapeute. (126)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 novembre 2014**

## 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 greffier

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 : 7 novembre 2014****Signature de l'inspecteur :**

Original signé par

**Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :**

Joanne Henrie

**Bureau régional de services :**

Ottawa