



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*

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
22 décembre 2014	2014_200148_0044	O-001281-14	Inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR)

Titulaire de permis

CARESSANT-CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED
264, AVENUE NORWICH, WOODSTOCK (ONTARIO) N4S 3V9

Foyer de soins de longue durée

CARESSANT CARE BOURGET
2279, rue Laval, C.P. 99, Bourget (Ontario) K0A 1E0

Inspecteur(s) / Inspectrice(s)

AMANDA NIXON (148), ANANDRAJ NATARAJAN (573), KATHLEEN SMID (161),
MELANIE SARRAZIN (592)

Résumé de l'inspection

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

Cette inspection s'est tenue du 8 au 12 décembre et du 15 au 17 décembre 2014.

Des inspections concernant des incidents graves et des plaintes (O-000354-14, O-000445-14, O-000514-14, O-000819-14 et O-000958-14) ont été menées conjointement avec l'IQSR.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec l'administrateur du foyer, le directeur des soins, la coordonnatrice de l'évaluation RAI, le chef des services environnementaux, le chef des services de nutrition, le coordonnateur du personnel infirmier, les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), les infirmières autorisées (IA), les préposés aux services de soutien personnel (PSSP), le personnel d'entretien ménager, les travailleurs des services alimentaires, la physiothérapeute, la famille de certains résidents et les résidents.

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

- comportements réactifs;
- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- foyer sûr et sécuritaire;
- hospitalisation et changement de l'état;
- médicaments;
- nutrition et hydratation;
- observation des collations;
- personnel suffisant;



**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***

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.

15 AE
3 PRV
2 OC
0 RD
0 OTA



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

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

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, 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 oeuvre conformément à celles-ci;**
b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 8 (1) b) du Règlement, dans la mesure où, lorsque la Loi ou le 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 soient respectés.

Conformément à l'article 29 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et à l'article 109 du Règlement 79/10, le titulaire de permis doit veiller à l'adoption d'une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la Loi et aux règlements. L'article 109 du Règlement décrit également les éléments que cette politique doit contenir au minimum.

Conformément aux articles 30 et 31 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, on considère



**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**

qu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique s'il n'a pas la capacité physique et cognitive de s'en dégager, si le recours à cet appareil est prévu dans son programme de soins, qui mentionne notamment un risque considérable pour le résident ou autrui de subir un préjudice physique grave si le résident n'est pas maîtrisé.

Lorsqu'il lui a été demandé de fournir la politique du titulaire de permis visant le recours minimal à la contention, l'administrateur a indiqué qu'il s'agissait du document intitulé Plan sur la sécurité des résidents, entré en vigueur en septembre 2013.

Cette politique décrit les éléments suivants :

- Les solutions de rechange à la contention, l'utilisation de l'annexe A (Interventions du plan sur la sécurité) pour s'assurer que les solutions de rechange ont été prises en considération.
- Il faut obtenir le consentement du résident ou de son mandataire spécial si le résident est incapable de prendre une décision relative à l'usage de la contention. Le plan sur la sécurité du résident doit faire l'objet d'une discussion et, si celle-ci a lieu par téléphone, un exemplaire de ce plan doit être envoyé par la poste. Le contenu de la discussion sur le consentement figure à l'annexe B (Consentement relatif à l'utilisation de la contention).
- Il faut obtenir l'ordonnance d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure. Cette ordonnance doit décrire le type de contention, ainsi que la raison et la durée de son utilisation. La contention doit être utilisée conformément aux instructions de l'ordonnance.
- Les contentions mécaniques comprennent les ceintures abdominales à fermeture frontale, les boucles de fermeture résistant à une pression de 10 livres (ceinture de sécurité), les ceintures abdominales à fermeture arrière, les tablettes utilisées à d'autres fins que manger et pratiquer une activité, les fauteuils gériatriques et les fauteuils inclinables.
- Le personnel infirmier autorisé doit réévaluer l'état du résident et évaluer l'efficacité des mesures au moins toutes les huit heures. Une tâche à cet égard doit être ajoutée au dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle une infirmière autorisée doit signer au début du quart de travail pour indiquer que la contention a été évaluée et si son utilisation doit se poursuivre.
- Le personnel infirmier autorisé doit veiller à ce que chaque recours à un appareil de contention mécanique soit entièrement documenté dans les notes d'évolution du résident, notamment les circonstances à l'origine du recours à la contention, les solutions de rechange envisagées et les raisons pour lesquelles elles n'étaient pas appropriées, le nom de la personne qui a appliqué l'appareil et le moment où elle l'a fait, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident, et d'abandon ou d'interruption de la contention.
- Une fois par mois, le directeur des soins organisera une réunion multidisciplinaire sur chaque résident pour lequel un appareil de contention mécanique est utilisé et se servira de la Partie A de la présente politique pour examiner le plan sur la sécurité du résident. Cette réunion doit être consignée dans les notes d'évolution du résident.

Entre le 8 et le 11 décembre 2014, le résident 9 a été vu assis dans un fauteuil gériatrique équipé d'une tablette. Dans certains cas, la tablette a été installée au moment du repas et retirée ensuite. Dans d'autres, la



**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**

tablette est restée sur le fauteuil en dehors des repas. L'inspectrice 148 a confirmé que le résident était incapable de retirer lui-même la tablette du fauteuil.

L'inspectrice 148 a discuté de l'utilité de la tablette avec l'infirmière autorisée 102. L'employée 102 a expliqué que la tablette était utilisée au moment des repas, car le résident a l'habitude de déambuler et ne reste pas toujours assis pour terminer son repas. Le lendemain, l'inspectrice s'est entretenue avec l'infirmière auxiliaire autorisée 103, qui a confirmé l'utilisation du fauteuil gériatrique et de la tablette comme appareil d'aide personnelle au moment des repas. L'employée 103 a également indiqué que le résident avait l'habitude de déambuler dans les couloirs et d'entrer dans la chambre des autres résidents, qu'il les dérangeait et que certains incidents de la sorte avaient débouché sur des altercations physiques. Le résident est installé dans un fauteuil doté d'une tablette pour l'empêcher de pénétrer dans la chambre des autres, de fouiller dans leurs effets personnels et de s'en emparer. L'employée 103 a ajouté qu'ils installaient parfois le résident dans le fauteuil en y fixant la tablette quand celui-ci déambulait depuis trop longtemps et semblait fatigué. Le fauteuil et la tablette visent à donner au résident des périodes de repos, afin d'éviter les chutes. À partir du moment où le fauteuil gériatrique et la tablette servent à limiter ou empêcher les mouvements du résident en vue d'assurer sa sécurité, la tablette est considérée comme un moyen de contention aux termes de l'article 31 de la Loi.

L'évaluation la plus récente de l'ensemble minimal de données a été examinée. Bien que les codes n'indiquent aucune utilisation d'appareil ou de contrainte mécanique, les protocoles d'évaluation confirment que le résident est installé dans le fauteuil gériatrique pendant de brèves périodes, car il a tendance à beaucoup déambuler et court un risque élevé de chute. En outre, le fauteuil gériatrique est aussi utilisé quand le résident se rend dans la chambre des autres pour fouiller dans leurs effets personnels et les emporter.

Le programme de soins du résident 9 mentionne l'utilisation du fauteuil gériatrique dans les cas de déambulation ou de comportement agressif. Le recours au fauteuil gériatrique et à la tablette est aussi indiqué quand le résident fouille dans les effets personnels des autres et les emporte. « Utilisation du fauteuil gériatrique et de la tablette PRN en cas de déambulation et de comportement agité ou agressif ».

Les ordonnances du médecin pour le résident 9 indiquent à une certaine date : « installer le résident dans un fauteuil gériatrique et utiliser une tablette au besoin s'il déambule. Le réévaluer au bout d'une heure ». Une autre ordonnance du médecin rédigée environ un mois plus tard indique : « utiliser le fauteuil gériatrique QID pendant au maximum une heure. De plus, QID PRN pendant une heure ». L'examen trimestriel des médicaments, qui interrompt toutes les ordonnances précédentes, indique : « fauteuil gériatrique – utiliser QID pendant au maximum une heure. De plus, QID PRN ». Au 10 décembre 2014, il n'existait aucune ordonnance d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure relativement à l'utilisation d'un fauteuil gériatrique et d'une tablette à des fins de contention pour le résident en raison du risque important que celui-ci pourrait présenter pour lui-même ou autrui.

D'après l'examen du dossier de santé, les interventions du plan sur la sécurité (annexe A aux termes de la politique) visant à étudier les solutions de rechange à la contention n'ont été menées à aucun moment pour le résident 9.



**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**

L'examen du dossier de santé a permis de constater que le formulaire de consentement (annexe B aux termes de la politique) a été ouvert à une date précise et que le mandataire du résident 9 a donné son consentement verbal pour le recours au fauteuil gériatrique PRN et à la tablette, avec évaluation après une heure, quand le résident pénètre dans la chambre des autres résidents. Le formulaire de consentement est incomplet et les notes d'évolution rédigées à la même date ne mentionnent aucune discussion sur les divers aspects couverts par le formulaire, ce qui est contraire à la politique du foyer.

L'examen des documents tenus par le personnel, y compris du système Point of Care, a montré qu'aucune tâche n'était assignée afin de consigner l'identité de la personne utilisant l'appareil et le moment de ladite utilisation, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident et d'abandon de la contention. La tâche « Intervention de sécurité (ceinture de sécurité/tablette) en place et en état de marche quotidiennement. Aide-soignant à chaque quart de travail » a été ajoutée et est effectuée par les PSSP. Aucune tâche n'a été ajoutée dans le dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle le personnel infirmier autorisé doit signer au début du quart de travail, pour indiquer que la contention a été évaluée et s'il faut poursuivre son utilisation. Les notes d'évolution remplies par le personnel infirmier autorisé ne mentionnent pas tous les cas d'utilisation de l'appareil ou tous les renseignements requis, ce qui est contraire à la politique du foyer.

Entre le 8 et le 11 décembre 2014, le résident 15 a été vu assis dans un fauteuil roulant. À aucun moment il ne portait une ceinture de sécurité.

L'examen du dossier de santé du résident effectué à l'étape 1 de l'IQSR a permis de constater l'existence d'une ordonnance de médecin indiquant : « installation dans un fauteuil roulant équipé d'une ceinture de sécurité ». L'examen trimestriel des médicaments indique : « installation dans un fauteuil roulant équipé d'une ceinture de sécurité ».

Le programme de soins du résident 15 concernant le risque élevé de chute prévoit l'utilisation d'une ceinture de sécurité afin d'éviter les chutes quand le résident est assis dans son fauteuil roulant.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice s'est entretenue avec le PSSP 107, qui est un membre régulier du personnel et qui s'occupe souvent du résident 15. À propos de la ceinture de sécurité, l'employé 107 a déclaré que le résident n'utilisait pas de ceinture mais une alarme de fauteuil. Le même jour, l'inspectrice s'est entretenue avec l'infirmier autorisé 106, qui a répondu que le résident utilisait une ceinture de sécurité dans son fauteuil roulant. En apprenant que le résident ne portait pas sa ceinture et qu'on ne l'avait pas vu en porter une au cours des trois derniers jours, il a examiné le fauteuil roulant. L'examen a confirmé que celui-ci n'était muni d'aucune ceinture de sécurité. L'infirmier autorisé a vérifié l'ordonnance du médecin et signalé l'absence de ceinture à la physiothérapeute et au directeur des soins. L'après-midi du 11 décembre 2014, l'infirmier autorisé a indiqué avoir réévalué les besoins du résident et établi la nécessité d'une ceinture de sécurité, compte tenu du manque de force du résident ainsi que de son incapacité à exercer un appui et à changer de position seul. Le résident a tendance à pencher vers l'avant et risque de tomber de son fauteuil et de se blesser.

Au cours de la période d'observation comprise entre le 8 et le 11 décembre 2014, l'inspectrice n'a pas



**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**

observé l'utilisation de la contention conformément à l'ordonnance du médecin.

D'après l'examen du dossier de santé, les interventions du plan sur la sécurité (annexe A aux termes de la politique) visant à étudier les solutions de rechange à la contention n'ont été menées à aucun moment pour le résident 15.

D'après l'examen du dossier de santé, deux formulaires de consentement (annexe B aux termes de la politique) ont été ouverts. Ces formulaires sont incomplets, ne portent aucune trace d'un consentement et n'indiquent aucune date d'ouverture. Le dossier contenait deux autres formulaires de consentement des années précédentes, concernant chacun l'utilisation d'une ceinture abdominale à titre provisoire.

L'examen des documents tenus par le personnel, y compris du système Point of Care, a montré qu'aucune tâche n'était assignée afin de consigner l'identité de la personne utilisant l'appareil et le moment de ladite utilisation, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident et d'abandon de la contention. Une tâche a été ajoutée dans le dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle le personnel infirmier autorisé doit signer au début du quart de travail, pour indiquer que la contention a été évaluée et s'il faut poursuivre son utilisation. D'après le dossier de décembre 2014 sur l'administration des médicaments, entre le 1^{er} et le 10 décembre 2014, le personnel infirmier autorisé a mentionné une évaluation de la contention à 8 h, 12 h et 17 h. Ces indications vont à l'encontre des observations faites par l'inspectrice entre le 8 et le 11 décembre 2014 sur l'absence d'une ceinture de sécurité pour le résident.

Du 8 au 11 décembre 2014, le résident 19 a été vu assis dans un fauteuil inclinable muni d'une ceinture abdominale. L'inspectrice 148 a confirmé que le résident n'était pas en mesure de retirer lui-même la ceinture. Aucune tablette n'a été remarquée pendant les observations.

L'employée 105 a indiqué qu'une tablette était toujours utilisée quand le résident 19 était assis dans son fauteuil roulant. Répondant à l'inspectrice, elle a indiqué que le résident avait aussi une tablette dans sa chambre, mais que celle-ci servait rarement. Elle a expliqué que la tablette était surtout utilisée pour effectuer des activités.

L'ordonnance actuelle du médecin concernant le résident 19 indique notamment : « ceinture de sécurité et tablette avec le fauteuil roulant inclinable à des fins de sécurité/pour éviter les chutes ». Le dossier sur l'administration des médicaments pour décembre 2014 prévoit : « ceinture de sécurité ou tablette avec le fauteuil roulant (inclinable) afin d'éviter les chutes; tablette ou ceinture de sécurité en cas de besoin pour la sécurité du résident afin d'éviter les chutes, avec réévaluation de leur utilisation toutes les heures ».

Le programme de soins du résident 19 a été examiné. Il prévoit l'utilisation d'une ceinture de sécurité, d'une tablette ou des deux pour éviter les chutes et assurer la sécurité du résident, et le recours à une ceinture de sécurité ou une tablette pour éviter les chutes lorsque le résident est assis dans son fauteuil roulant. Il mentionne aussi l'utilisation d'une contention chimique.

L'inspectrice s'est entretenue avec la coordonnatrice de l'évaluation RAI, qui aide à tenir à jour les



**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**

programmes de soins. Celle-ci a déclaré qu'il fallait utiliser la ceinture de sécurité et la tablette en même temps pour le résident.

D'après l'examen du dossier des soins de santé, les interventions du plan sur la sécurité (annexe A aux termes de la politique) visant à étudier les solutions de rechange à la contention n'ont été menées à aucun moment pour le résident 19.

Au cours de la période d'observation comprise entre le 8 et le 11 décembre 2014, l'inspectrice n'a pas constaté l'utilisation de la contention, telle qu'ordonnée par le médecin.

Le programme de soins du résident 19 mentionne l'utilisation d'une contention chimique, ce qui va à l'encontre de la politique du foyer. Aux termes de cette politique, le titulaire de permis ne tolère pas l'utilisation de contentions chimiques, sauf en cas d'urgence, quand il faut prendre des mesures immédiates pour empêcher des dommages corporels graves. L'inspectrice a examiné le dossier sur l'administration des médicaments du résident 19, lequel ne mentionne aucunement l'utilisation d'une contention chimique.

D'après l'examen du dossier de santé, deux formulaires de consentement (annexe B aux termes de la politique) ont été ouverts un an auparavant en ce qui concerne les contentions physiques. Ces formulaires indiquent le recours à une ceinture de sécurité ou une tablette comme moyen de contention au besoin, si le résident a un comportement agité ou problématique, afin d'éviter les chutes ou d'assurer sa sécurité. Les consentements obtenus ne correspondent pas exactement à l'ordonnance actuelle du médecin ou à l'utilisation actuelle des appareils mécaniques.

L'examen des documents tenus par le personnel, y compris du système Point of Care, montre qu'une tâche est prévue dans le Kardex. Cependant, aucune tâche n'est assignée pour consigner l'identité de la personne utilisant l'appareil, le moment de son utilisation, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident et d'abandon de la contention. Une tâche a été ajoutée dans le dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle le personnel infirmier autorisé doit signer toutes les heures pour indiquer que les contentions (y compris la ceinture de sécurité, la tablette ou les côtés de lit) ont été évaluées et s'il faut poursuivre leur utilisation. Les documents n'indiquent pas clairement quelle contention est utilisée et à quel moment précis de la journée.

Le foyer ne se conforme pas à la politique intitulée « Plan sur la sécurité des résidents », qui est sa politique pour limiter le recours à la contention. Comme l'ont montré les constatations décrites précédemment, la contention physique a été ajoutée au programme de soins du résident sans que l'on évalue les solutions de rechange, les moyens de contention mécanique n'ont pas été appliqués conformément aux indications du programme de soins ou aux ordonnances du médecin, le programme de soins ou les ordonnances du médecin ne donnent pas d'instruction précise sur l'application des contentions mécaniques, les consentements n'ont pas été obtenus conformément au processus décrit à l'annexe A de la politique ou les documents ne fournissent pas de renseignements précis sur l'utilisation des appareils mécaniques de contention. Les procédures visant à assurer que les membres du personnel remplissent les documents requis ne sont pas mises en place conformément à la politique du foyer. En outre, le 11 décembre 2014, l'inspectrice s'est entretenue avec le directeur des soins à propos des exigences de la politique, aux termes desquelles il



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*

faut tenir une réunion mensuelle pour discuter des appareils mécaniques de contention. Le directeur des soins a déclaré que les réunions mensuelles multidisciplinaires n'ont pas été tenues concernant chaque résident pour lequel le foyer utilise des contentions mécaniques, notamment les résidents 9, 15 et 19.

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 87 (Entretien ménager).

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

87. (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2); Règl. de l'Ont. 363/11, par. 6 (1).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le problème des odeurs désagréables persistantes soit traité dans les aires résidentielles du rez-de-chaussée, y compris les espaces communs, les couloirs et les salles de bain communes des résidents, malgré le nettoyage habituel.

Le titulaire a déjà des antécédents de non-respect en ce qui concerne les odeurs désagréables persistantes. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis récemment, le 26 novembre 2014, à la suite de l'inspection 2014_198117_0023. Auparavant, des avis de non-respect ont été remis au foyer aux dates suivantes : le 26 février 2013, un plan de redressement volontaire a été déposé à la suite de l'inspection 2013_193150_0002 et le 28 août 2012 un plan de redressement volontaire a été déposé à la suite de l'inspection 2012_054133_0035.

Tout au long de la présente inspection, les inspectrices 161, 148, 573 et 592 ont remarqué des odeurs désagréables persistantes partout dans les aires résidentielles du foyer au rez-de-chaussée, y compris dans les couloirs, les salons et les salles de bain communes.

Les 8 et 10 décembre 2014, l'inspectrice 573 a senti une forte et désagréable odeur d'urine, plus particulièrement dans trois salles de bain communes. Elle a aussi vu que le carrelage du sol était maculé de taches d'urine séchée autour de la cuvette des toilettes.

Le 12 décembre 2014, à 13 h 34, l'inspectrice 573 a senti une forte et désagréable odeur d'urine dans une salle de bain commune.



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 16 décembre 2014, l'inspectrice 573 s'est entretenue avec un membre du personnel d'entretien ménager (employé 121), qui a indiqué qu'il connaissait le problème des odeurs désagréables persistantes dans les trois salles de bain communes indiquées. Il a expliqué que le personnel d'entretien ménager est chargé de nettoyer ces salles de bain plusieurs fois par jour et que malgré le nettoyage habituel, des odeurs persistent. L'employé 121 a expliqué qu'ils utilisent un produit nettoyant et désinfectant neutre (R2A), dont ils se servent pour les autres salles de bain, et des désodorisants pour les tissus (Fresh Face) pour les odeurs. Il a ajouté que le personnel n'a pas de produit ou de procédure spécifique pour gérer les incidents concernant des odeurs désagréables persistantes dans les salles de bain communes concernées.

Le 16 décembre 2014, à 15 h 08, en visitant le foyer en compagnie du chef des services environnementaux, l'inspectrice a senti des odeurs désagréables persistantes au rez-de-chaussée, à proximité de deux chambres. Le chef des services environnementaux était d'accord avec l'inspectrice concernant la forte odeur d'urine dans une salle de bain et a déclaré que celle-ci avait besoin d'un bon nettoyage.

Le chef des services environnementaux a déclaré que pour deux des salles de bain communes, la forte odeur d'urine venait de sous le joint de la cuvette des toilettes et du carrelage. Il a indiqué à l'inspectrice qu'un bon de travail avait été rédigé pour changer le joint et le calfeutrage autour de la cuvette pour les deux salles de bain. Il a ajouté que le foyer ne possède pas d'autre produit que des agents désinfectants et nettoyants pour gérer les incidents relatifs à des odeurs désagréables persistantes.

Le chef des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice que le foyer élimine les odeurs en utilisant des produits nettoyants et désinfectants ainsi que des désodorisants et en changeant le joint d'étanchéité de la cuvette des toilettes.

Le 12 décembre 2014, l'inspectrice 573 a examiné la politique et la procédure du foyer sur l'élimination des odeurs. Certes, la politique et la procédure sur l'élimination des odeurs indiquent comment faire au sein du foyer, mais celui-ci n'a pas traité et résolu les problèmes d'odeurs désagréables persistantes qui ont été remarquées dans les aires résidentielles du rez-de-chaussée, y compris dans les couloirs et les salles de bain communes de certaines chambres, au cours de l'inspection.

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. 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;



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) 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 :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Tout au long de l'inspection, l'inspectrice 573 a fait les observations ci-après, plus précisément au rez-de-chaussée.

Le vernis des mains courantes en bois fixées de part et d'autre du couloir au rez-de-chaussée, entre la chambre 1 et la chambre 13, est usé, exposant le grain du bois. De plus, il s'écaille sur les arêtes des mains courantes.

Sur le mur entre la salle de télévision du rez-de-chaussée et la porte donnant sur les escaliers qui mènent au deuxième étage, l'inspectrice a remarqué des éraflures horizontales, à environ 10 pouces (25 cm) en partant du bas du mur. Ces éraflures courent sur une portion de six pieds (1 m 80).

Il y a des éraflures horizontales sur la partie métallique de la porte de la salle de télévision.

Dans une chambre – sur la face intérieure de la porte de la salle de bain, à une hauteur d'environ 20 pouces (50 cm), des éraflures horizontales courent sur toute la largeur de la porte. D'autres éraflures vont jusqu'à la partie métallique au pied du côté intérieur des deux portes de la salle de bain.

Dans une chambre – la porte pliante du placard est cassée sur la gauche, laissant une ouverture d'environ 20 pouces (50 cm).

Dans une chambre – en ce qui concerne l'ameublement, le revêtement en bois d'un coffre de rangement se détache, laissant à nu la partie métallique sur le côté gauche du coffre, sur environ 18 pouces (45 cm). Dans la salle de bain, dans deux angles du mur, la plinthe en vinyle se détache du bas du mur, sur environ 3 pouces (7,5 cm).

Dans une chambre – la plinthe métallique chauffante est cassée sur la gauche, laissant à nu l'élément chauffant sur environ 14 pouces (35,5 cm).

Dans une chambre – il y a des éraflures horizontales, en bas de la partie métallique du pied de la porte, sur la face intérieure de la porte de la salle de bain. Dans la salle de bain, il y a des éraflures sur la cloison sèche près de la barre d'appui, ainsi qu'une ouverture d'environ 5 pouces (12,7 cm) entre le mur et les carreaux du sol, laissant le sous-plancher à nu. Le mur derrière le lavabo laisse voir le revêtement en plaques de plâtre, sur environ 4 pouces (10 cm).



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*

Dans une chambre – aucun placard n'a de porte, laissant voir les effets personnels qui y sont rangés.

Dans une chambre – la porte de la salle de bain commune n'a pas de poignée à l'intérieur, pour permettre son ouverture et sa fermeture.

Dans une chambre – le cadre en bois de la porte donnant sur la salle de bain est très éraflé aux coins de la porte. Des éraflures horizontales descendent jusqu'à la partie métallique en bas de la face intérieure de la porte de la salle de bain.

Dans une chambre – dans cette chambre commune, 4 fenêtres ne peuvent pas être ouvertes et le mécanisme de manivelle d'une fenêtre est cassé.

Le 12 décembre 2014, au cours d'un entretien, le chef des services environnementaux et l'administrateur ont indiqué être au courant de certains problèmes relevés par l'inspectrice 573. L'administrateur a déclaré qu'un bon de travail avait été émis pour réparer certains des problèmes susmentionnés concernant l'entretien du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

Le 8 décembre 2014, alors qu'elle se trouvait dans la chambre d'un résident, l'inspectrice 573 a remarqué que l'accoudoir et le coussin du fauteuil en cuir étaient tachés et sales, avec des éclaboussures d'une substance crémeuse blanche séchée sur tout le fauteuil.

Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 573 a remarqué que les roues et le cadre du fauteuil roulant d'un résident étaient sales, et plus précisément que des restes de nourriture séchés étaient coincés dans le bas du cadre métallique et les roues. Elle a aussi remarqué que la ceinture de sécurité et le coussin du fauteuil roulant d'un résident étaient très tachés et souillés de saletés et de débris ressemblant à de la nourriture séchée.

Le 12 décembre 2014, au cours d'un entretien, le PSSP 110 a indiqué à l'inspectrice 573 que les PSSP ont la responsabilité de nettoyer les fauteuils roulants le soir et qu'ils doivent ôter toutes les taches des fauteuils au besoin.

Le 12 décembre 2014, l'inspectrice 573 s'est entretenue avec l'infirmière auxiliaire autorisée (employée 103), qui a déclaré que tous les fauteuils roulants sont nettoyés une fois par semaine par les PSSP en poste le soir et qu'ils doivent aussi être nettoyés chaque fois que les PSSP remarquent qu'ils sont sales ou souillés. L'inspectrice 573 a examiné deux fauteuils roulants et un fauteuil en cuir en présence de l'infirmière auxiliaire autorisée (employée 103), qui a convenu que ces trois fauteuils n'étaient pas propres et a ajouté qu'ils devraient l'être.

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*



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*

durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état et que les fauteuils roulants des résidents 2 et 46 sont toujours propres. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

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

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

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins alimentaires et d'hydratation comprenne un système de surveillance visant à mesurer et consigner, pour chaque résident, le poids à l'admission et tous les mois par la suite, ainsi que l'indice de masse corporelle et la stature à l'admission et une fois par année par la suite.

Selon le directeur des soins et le personnel infirmier, le foyer consigne le poids et la stature de tous les résidents dans leur dossier électronique de santé (Point Click Care), sous l'onglet « poids et signes vitaux ». Un document papier indiquant les poids pour le mois en cours se trouve dans la salle de bain. Les renseignements qu'il contient sont transcrits dans le dossier électronique à la fin du mois, tandis que le document papier est éliminé.

Dans le cadre d'un examen portant sur 15 résidents sélectionnés aléatoirement aux fins de l'étape 1 de l'IQSR, il a été établi que la stature annuelle de ces 15 personnes n'avait pas toujours été consignée dans leur dossier de soins. En effet, pour douze d'entre elles, seule la taille à l'admission était indiquée.



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*

Après avoir examiné la situation de 40 résidents sélectionnés dans le cadre de l'IQSR, il manquait un ou plusieurs poids mensuels pour 14 personnes vivant au rez-de-chaussée. Le poids mensuel des résidents 30 et 39 manquait pour quatre des six derniers mois. Les dossiers de santé ont été examinés et le personnel a été interrogé. Rien n'explique ces données manquantes.

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que, pour chaque résident, le poids corporel est mesuré et consigné chaque mois et que sa stature est mesurée et consignée une fois par an. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).

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

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

Constatations :

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

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 592 a examiné le compte rendu des réunions du conseil des résidents qui se sont tenues entre le 29 mars et le 31 octobre 2014. Rien n'indiquait que la question du sondage sur la satisfaction ait été abordée au cours des réunions.

Au cours d'un entretien qui a eu lieu le 15 décembre 2014, l'administrateur (adjoint par intérim au conseil des résidents) a déclaré à l'inspectrice 592 qu'après vérification auprès du titulaire de permis, celui-ci n'avait pas pu démontrer qu'un sondage sur la satisfaction des résidents avait été mené pour 2013 et 2014 au foyer. Il a indiqué que le foyer s'occupait de ce problème en ce moment et qu'il avait l'intention de mener ce sondage auprès des résidents et des familles dès que possible.

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



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*

qu'un sondage est réalisé au moins une fois par année auprès des résidents et de leur famille, conformément aux paragraphes 85 (1), (2), (3) et (4) de la Loi. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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. 6 (Programme de soins).

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

6. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences. 2007, chap. 8, par. 6 (2).

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).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le programme de soins du résident 22 indique que celui-ci présente un risque de chute en raison d'une diminution de son sens de l'équilibre. Le résident se déplace de manière autonome dans le foyer et se couche et se lève de son lit lui-même.

Le programme de soins concernant les chutes indique qu'il faut fournir un tapis de chute au résident. Le 16 décembre 2014, l'inspectrice 148 a remarqué que le résident était couché dans son lit, mais qu'aucun tapis de chute n'était posé au pied du lit. L'inspectrice a indiqué que jamais pendant ses observations elle n'avait vu un tapis de chute au pied du lit du résident quand celui-ci y était couché.

L'inspectrice s'est entretenue avec le PSSP 115, qui connaît bien le résident. Celui-ci a déclaré qu'aucun tapis de chute n'était utilisé pour le résident 22. La coordonnatrice de l'évaluation RAI, qui est la principale responsable du programme de soins, a indiqué que le foyer pensait que le résident était souvent victime de chute sans témoin et que l'utilisation du tapis de chute avait pour but d'empêcher qu'il se blesse en tombant de son lit. Par la suite, le foyer était parvenu à la conclusion que le résident ne tombait pas de son lit, mais s'installait tout seul par terre. L'utilisation d'un tapis de chute n'est donc plus requise dans le cadre du programme de soins du résident concernant les risques de chute. Par conséquent, le programme de soins concernant l'utilisation d'un tapis de chute pour prévenir ce risque ne repose pas sur les besoins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins décrits dans le programme de soins soient fournis au résident conformément au programme.

Il a été reconnu que le résident 9 avait subi une perte de poids et qu'il avait une alimentation insuffisante.



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 programme de soins du résident 9 indique qu'il faut proposer à celui-ci des portions supplémentaires aux repas et collations tout au long de la journée. Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 148 a observé le résident 9 pendant le repas de midi. Un membre du personnel a donné de la purée au résident, qui a consommé de la soupe et un plat de résistance. Pendant que le résident mangeait son plat de résistance, l'aide-diététiste (employée 105) a rangé tous les aliments sur la desserte et ramené celle-ci au rez-de-chaussée.

Quand le résident 9 a eu fini son plat de résistance, le personnel ne lui a pas proposé de deuxième portion et d'ailleurs il n'y avait plus de nourriture à l'étage pour la lui fournir.

Les soins décrits dans le programme de soins concernant une seconde portion n'ont pas été fournis au résident 9.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 12 (Ameublement).

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

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

- a) les lits des résidents sont dotés d'un matelas ferme et confortable d'au moins 10,16 centimètres d'épaisseur, à moins qu'une contre-indication ne soit énoncée dans leur programme de soins;**
- b) les lits des résidents peuvent être élevés à la tête et sont munis d'une tête de lit et d'un pied de lit;**
- c) les résidents ne dorment pas dans des lits-cages pliants, des lits de repos, des couchettes superposées ou des lits de camp, sauf dans une situation d'urgence;**
- d) il est fourni une table de nuit pour chaque résident;**
- e) il est fourni pour chaque résident un fauteuil confortable dans sa chambre à coucher ou il lui est permis de s'en procurer un s'il le désire;**
- f) il est fourni pour chaque résident un placard dans sa chambre à coucher. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 12 (2).**

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un fauteuil confortable soit fourni à chaque résident dans sa chambre.

Pendant son inspection, l'inspectrice 161 a remarqué l'absence de fauteuils confortables dans les chambres des résidents 3, 4, 8, 10, 11 et 201. Dans le cadre d'un entretien qui a eu lieu le 16 décembre 2014, l'administrateur a reconnu que ces chambres devraient être équipées d'un fauteuil confortable et qu'il allait régler ce problème. [alinéa 12 (2) e) du Règlement]



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° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 15 (Côtés de lit).

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

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

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, quand des côtés de lit sont utilisés, le résident soit évalué et son lit soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes afin de minimiser les risques pour le résident.

Le 8 décembre 2014, l'inspectrice 148 a observé le lit du résident 19. Cette évaluation visuelle a permis de constater la présence d'un vide entre le pied de lit et la fin du matelas. Le résident 19 a été observé au cours de l'inspection, alors qu'il se trouvait dans son lit, dont les deux côtés étaient relevés. Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 148 et le chef des services environnementaux ont observé le lit. Le chef des services environnementaux a mesuré le vide, qui était d'environ 5 pouces (12,7 cm), et de six pouces (15,2 cm) avec la compression du matelas. Il a immédiatement constaté que le matelas était trop petit par rapport au cadre de lit et indiqué que le foyer disposait probablement d'autres matelas à des fins de remplacement. Il vient d'arriver au foyer et a indiqué qu'il a récemment reçu une formation sur l'évaluation des lits, mais qu'il n'en a réalisé aucune à ce jour.

L'inspectrice 148 s'est entretenue avec l'administrateur du foyer, qui a indiqué qu'aucune évaluation des lits n'avait été faite à sa connaissance. Il a déclaré que le foyer s'était donné pour priorité de réaliser une évaluation de tous les lits d'ici la fin de l'année.

Au 15 décembre 2015, le foyer n'a pas pu démontrer que les évaluations des lits, y compris de celui du résident 19, ont été faites.

Le 17 décembre 2014, le chef des services environnementaux a confirmé à l'inspectrice que le matelas du lit de la chambre 208 avait été changé et que ce lit avait été évalué. [alinéa 15 (1) a) du Règlement]



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° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 16. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 16; Règl. de l'Ont. 363/11, art. 3.

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle les résidents ont accès soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 cm.

L'inspectrice 573 a confirmé que les fenêtres des chambres des résidents 3, 5, 9, 10, 11, 12 et 13 ainsi que des chambres 201, 203 et 205 peuvent s'ouvrir de plus de 30 cm. En outre, elle a remarqué que les fenêtres de deux des salles à manger pouvaient s'ouvrir de plus de 30 cm.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 573 s'est entretenue avec le chef des services environnementaux et l'administrateur afin de vérifier si les fenêtres pouvaient bien être ouvertes comme indiqué précédemment. L'administrateur a expliqué à l'inspectrice que le foyer était au courant des exigences de l'article 16 du Règlement, et il a ajouté que des mesures allaient être prises immédiatement afin d'apporter les modifications nécessaires et d'empêcher que les fenêtres puissent être ouvertes de plus de 15 cm.

Le 12 décembre 2014, le chef des services environnementaux a fait savoir à l'inspectrice 573 que toutes les fenêtres indiquées par elle au rez-de-chaussée et au deuxième étage avaient été modifiées afin d'empêcher qu'elles puissent être ouvertes de plus de 15 cm. [article 16 du Règlement]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 26 (Programme de soins).

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

26. (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :
19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire des risques de sécurité concernant le fauteuil roulant détérioré du résident 2.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 573 a remarqué que le résident 2 était assis dans un fauteuil roulant muni d'une tablette. L'avant des deux bras du fauteuil était entièrement dépourvu de coussinets ou de rembourrage, laissant à nu les bords métalliques coupants sur les angles des deux accoudoirs, sur environ trois pouces (7,6 cm), et laissant voir les vis pointues d'environ un demi-pouce (1,2 cm) sur les deux



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*

accoudoirs. L'inspectrice a remarqué que le résident 2 tripotait toujours sa tablette, la détachant même des accoudoirs du fauteuil et s'agrippant aux bords de ceux-ci.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 573 a discuté de la détérioration du fauteuil roulant et du risque potentiel pour la sécurité du résident avec l'infirmière auxiliaire autorisée (employée 103) et la PSSP 109. Les deux employés et la physiothérapeute ont reconnu que la détérioration du fauteuil du résident constituait un risque pour celui-ci et qu'aucune mesure préventive n'avait encore été prise. L'infirmière auxiliaire autorisée et le PSSP ont tous deux indiqué qu'une demande d'évaluation avait été faite au technicien spécialiste des fauteuils roulants et à l'ergothérapeute à propos des problèmes concernant la tablette et les accoudoirs le 1^{er} décembre 2014.

L'inspectrice 573 a examiné le dossier de santé et les notes d'évolution du résident. Les notes d'évolution concernant la peau et les plaies indiquent qu'à une date récente le résident a été victime de saignements sur l'avant-bras gauche après le bain, et les notes d'évolution mentionnent que le résident 2 s'est montré agité et turbulent quand il était assis dans son fauteuil. Rien ne laisse penser que le foyer a pris des mesures préventives depuis que la détérioration du fauteuil a été remarquée le 1^{er} décembre pour lever le risque potentiel pour le résident et ainsi réduire ou éviter les blessures (déchirures cutanées) dues aux vis et aux bords métalliques laissés à nu.

L'inspectrice 573 s'est entretenue avec la physiothérapeute à propos du fauteuil roulant du résident 2 et des risques pour la sécurité de celui-ci. La physiothérapeute a déclaré qu'avant cette inspection elle n'était pas au courant de la détérioration du fauteuil roulant et que, bien qu'elle ait discuté de la nécessité d'évaluer la position assise du résident avec l'ergothérapeute, le problème de détérioration n'avait pas été abordé.

Le 11 décembre 2014, après que l'inspectrice a remarqué le risque posé par la détérioration du fauteuil pour le résident 2, le coordonnateur du personnel infirmier (employé 100) et la PSSP 109 ont fixé avec de l'adhésif une couche protectrice de mousse et de tissu sur les deux accoudoirs afin de recouvrir les vis et les bords métalliques mis à nu.

Le 17 décembre 2014, l'inspectrice 573 a remarqué que les deux accoudoirs du fauteuil roulant du résident 2 avaient été remplacés par des accoudoirs neufs.

AE n° 11 : 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. 33 (Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement).

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

33. (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (1) ne soit utilisé pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de ce dernier. 2007, chap. 8, par. 33 (3).



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*

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie soit limitée aux situations prévues dans le programme de soins de ce dernier.

Entre le 8 et le 11 décembre 2014, le résident 9 a été vu assis dans un fauteuil gériatrique sur lequel était fixée une tablette, à tous les repas observés au deuxième étage. La tablette était ôtée après chaque repas. L'inspectrice 148 a confirmé que le résident était incapable de retirer lui-même la tablette du fauteuil gériatrique. L'infirmière autorisée 102 a expliqué que la tablette était utilisée au moment des repas parce que le résident avait l'habitude de déambuler et ne restait pas toujours à table pour terminer son repas. La tablette vise donc à aider le résident dans l'activité courante de la vie consistant à s'alimenter.

Le programme de soins du résident 9 indique qu'il faut utiliser le fauteuil gériatrique en cas de comportement agressif et de déambulation. Le fauteuil est utilisé avec une tablette quand le résident fouille dans les effets personnels d'autrui et les emporte. « Utilisation du fauteuil gériatrique et de la tablette PRN en cas de comportement agité ou agressif ou de déambulation ». Le programme de soins ne mentionne pas l'utilisation de la tablette comme appareil d'aide personnelle pour le résident 9. Le dossier de santé ne mentionne nulle part ailleurs l'utilisation de la tablette comme appareil d'aide personnelle.

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 40.

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller, à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées.

Le mardi 9 décembre 2014, à 9 h 30, le résident 19 a été vu assis dans un fauteuil roulant, vêtu d'une chemise d'hôpital. Ses jambes étaient dénudées et découvertes, ses bras dénudés et l'arrière de la chemise était ouvert, laissant voir le haut de son dos.

Le mardi 16 décembre 2014, à 9 h 45, le résident 19 a été vu assis dans un fauteuil roulant, vêtu d'une chemise d'hôpital. Cette fois, ses jambes étaient recouvertes d'un drap de lit, mais l'arrière de la chemise était ouvert, laissant voir le haut de son dos. Le résident a été vu après 10 h, après le bain. Il portait des vêtements de jour appropriés.



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*

Dans le cadre des observations du résident les 10, 11 et 15 décembre 2014, celui-ci portait des vêtements de jour appropriés en matinée.

Le 16 décembre 2014, il a été confirmé que le mardi est le jour habituel du bain du résident 19. La PSSP 109 a indiqué à l'inspectrice 148 que les résidents qui prennent leur bain en matinée peuvent conserver leurs vêtements de nuit jusqu'au moment du bain. Elle a ajouté que le résident 19 n'avait pour vêtement de nuit qu'une chemise d'hôpital.

Le programme de soins du résident 19 indique que celui-ci a besoin d'une aide complète pour s'habiller correctement. Il ne précise pas les préférences du résident en matière d'habillement le jour du bain. Le résident n'a pas été capable d'expliquer à l'inspectrice ses préférences à cet égard.

Le résident 19 n'était pas habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée ou de ses préférences les jours de bain ayant fait l'objet d'une observation.

AE n° 13 : 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. 57 (Pouvoirs du conseil des résidents).

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

57. (2) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 57 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réponse écrite soit donnée au plus tard dix jours après avoir été informé par le conseil des résidents de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Le 15 décembre 2014, l'inspectrice 592 a examiné le compte rendu des réunions du conseil des résidents qui se sont tenues entre le 29 mars et le 31 octobre 2014. Le 29 septembre 2014, le conseil des résidents a établi que les résidents souhaitaient des animations plus actives, notamment des activités d'artisanat. Or, dans une réponse écrite datée du 7 octobre 2014, l'administrateur a indiqué que le conseil n'avait mentionné aucune préoccupation à la réunion de septembre 2014. D'autre part, le 28 août 2014, le conseil des résidents a souhaité qu'un bingo soit organisé deux fois par semaine, de préférence le mardi et le jeudi, plutôt que le lundi et le mardi. Or, dans une réponse écrite datée du 2 décembre 2014, l'administrateur a indiqué que le conseil n'avait mentionné aucune préoccupation à la réunion du mois d'août.

Au cours d'un entretien qui a eu lieu le 15 décembre 2014, l'administrateur (adjoint par intérim au conseil des résidents) a indiqué à l'inspectrice qu'il lit le compte rendu des réunions du conseil des résidents, mais ne répond pas aux préoccupations soulevées. Il a expliqué que les préoccupations sont traitées par chaque service, qui procède aux changements requis selon la préoccupation ou la plainte exprimée à la réunion. Il a



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*

ajouté qu'il n'était au courant d'aucune réponse écrite de l'un des autres gestionnaires du foyer à propos des préoccupations portées à l'attention du conseil le 28 septembre et le 28 août 2014.

Le titulaire de permis ne fournit pas une réponse écrite au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par celui-ci. [par. 57 (2) de la Loi]

AE n° 14 : 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. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer.

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 le cycle de menus du foyer soit examiné par le conseil des résidents du foyer.

L'inspectrice 148 s'est entretenue avec le gestionnaire de la nutrition, qui a indiqué que le menu automne-hiver, actuellement en place, était entré en vigueur en octobre 2014. Il a expliqué que le menu serait examiné par le conseil des résidents à sa réunion de décembre la semaine suivante, à présent que plusieurs cycles avaient eu lieu. Il a indiqué que le conseil des résidents n'avait pas eu l'occasion d'examiner le menu avant sa mise en œuvre en octobre 2014.

L'inspectrice 592 a examiné le compte rendu des réunions du conseil des résidents de septembre et octobre 2014 et n'a trouvé aucun élément indiquant que le conseil avait eu l'occasion d'examiner le cycle de menus actuels du foyer. [alinéa 71 (1) f) du Règlement]

2. 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.

Le repas a été observé le 10 décembre 2014. Les choix de dessert planifiés et affichés comprenaient de l'ananas ou un pouding à la vanille. En ce qui concerne la texture « purée », le pouding à la vanille a été proposé, mais pas l'ananas. L'inspectrice 148 s'est entretenue avec l'aide-diététiste (employée 105), qui a expliqué que les résidents ayant besoin d'une texture « purée » n'avaient pas le choix du dessert pour ce repas. L'aide-diététiste a ajouté que les résidents n'aimaient pas ce fruit et que s'il était au menu comme deuxième choix de dessert, il n'était normalement pas proposé en purée.



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 repas a été observé le 15 décembre 2014. Le plat de résistance planifié et affiché était constitué de spaghetti, brocoli et pain à l'ail ou de fromage grillé et de salade d'épinards. En ce qui concerne la texture « purée », le fromage grillé et la salade d'épinards n'ont pas été proposés. L'aide-diététiste servant le repas a indiqué qu'un plateau « purée » serait fourni aux résidents comme second choix de plat de résistance.

Après d'autres questions, il a été établi qu'un plateau constitué de purée de poulet, petits pois et pommes de terre était au frigo, mais que les aliments n'avaient pas été préparés. Au même repas, le dessert était un fruit ou du gâteau. En ce qui concerne la texture « purée », le gâteau n'était pas disponible, laissant pour seule possibilité la purée de fruit pour les résidents mangeant sous forme de purée. [par. 71 (4) du Règlement]

AE n° 15 : 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 :

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 qu'au moment du repas, les plats soient servis l'un après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

L'inspectrice 148 a observé le repas du 8 décembre 2014. Pendant qu'ils mangeaient leur plat de résistance, quatre résidents, à savoir les résidents 9, 21, 22 et 41, se sont vu apporter le dessert alors qu'ils mangeaient encore le plat de résistance. Rien dans le programme de soins de ces résidents n'indique la nécessité de s'écarter du principe du service d'un plat après l'autre.

L'inspectrice 148 a observé le repas du 10 décembre 2014. Pendant qu'ils mangeaient leur plat de résistance, deux résidents, les résidents 15 et 9, se sont vu apporter le dessert alors que des PSSP les aidaient à manger leur plat de résistance. Rien dans le programme de soins de ces résidents n'indique la nécessité de s'écarter du principe du service d'un plat après l'autre.

Le service du dîner du foyer ne prévoit pas d'apporter les plats l'un après l'autre pour les résidents. [disposition 8 du par. 73 (1) du Règlement]



**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***

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on attende avant de servir leur repas aux résidents qui ne peuvent pas manger ou boire de façon autonome que quelqu'un soit disponible pour les aider.

Le programme de soins du résident 15 indique que celui-ci présente un risque nutritionnel élevé et a besoin d'une aide complète pour manger. Le programme de soins du résident 18 indique que celui-ci a besoin d'une aide importante. Le programme de soins du résident 41 indique que celui-ci a besoin d'une aide importante.

Le repas a été observé le 8 décembre 2014. À 12 h 10, trois résidents, à savoir les résidents 15, 18 et 41, ont été observés pendant qu'on leur apportait leur soupe et leurs aliments liquides. Au cours de cette observation, les résidents ne se sont pas nourris eux-mêmes. Une fois disponibles, des membres du personnel sont venus les aider à manger, à 12 h 15 pour le résident 15, à 12 h 16 pour le résident 18 et à 12 h 22 pour le résident 41.

Trois résidents ayant besoin d'aide pour manger ou boire ont été servis avant que quelqu'un soit disponible pour les aider. [alinéa 73 (2) b) du Règlement]

Date de délivrance : 23 décembre 2014

Signature de l'inspecteur/inspectrice

Original signé par l'inspecteur/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
Inspecteur(s) / Inspectrice(s) :	AMANDA NIXON (148), ANANDRAJ NATARAJAN (573), KATHLEEN SMID (161), MELANIE SARRAZIN (592)
N° du rapport d'inspection :	2014_200148_0044
N° de registre :	O-001281-14
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR)
Date du rapport :	22 décembre 2014
Titulaire de permis :	CARESSANT-CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED 264, AVENUE NORWICH, WOODSTOCK (ONTARIO) N4S 3V9
Foyer de soins de longue durée :	CARESSANT CARE BOURGET 2279, rue Laval, C.P. 99, Bourget (Ontario) K0A 1E0
Nom de l'administrateur :	Gerry Miller

Aux termes du présent document, CARESSANT-CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre :	001	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)
Lien vers l'ordre existant :			
Aux termes du :			
Règlement de l'Ontario 79/10, par. 8 (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :			
a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;			
b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).			
Ordre :			
Le titulaire de permis est tenu de préparer et de présenter un plan visant à assurer l'adoption et le respect d'une politique écrite pour réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la loi et aux règlements.			

Ce plan doit contenir au minimum ce qui suit :

- Un audit complet visant tous les résidents hébergés dans le foyer afin d'établir s'il est nécessaire d'utiliser un appareil mécanique pour restreindre ou empêcher la liberté de mouvement de ceux qui n'ont pas la capacité, soit physique, soit cognitive, de s'en dégager par eux-mêmes. Cet audit sera utilisé afin d'établir si le recours à un appareil mécanique relève de l'article 31 ou de l'article 33 de la Loi.
- Pour les appareils mécaniques utilisés pour maîtriser un résident conformément à l'article 31 de la Loi, le plan doit veiller au respect de toutes les exigences énumérées à cet article et à l'article 109 du Règlement.
- Un programme de surveillance de la qualité doit être mis en place afin de s'assurer que le foyer se conforme à la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la loi et aux règlements.

Ce plan écrit doit être soumis d'ici le 7 janvier 2015 à l'inspectrice Amanda Nixon, par télécopie au numéro 613 569-9670. Il devra être mis en œuvre d'ici le 2 mars 2015.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 8 (1) b) du Règlement, dans la mesure où, lorsque la Loi ou le 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 soient respectés.

Conformément à l'article 29 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et à l'article 109 du Règlement 79/10, le titulaire de permis doit veiller à l'adoption d'une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la loi et aux règlements. L'article 109 du Règlement décrit également les éléments que cette politique doit contenir au minimum.

Conformément aux articles 30 et 31 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, on considère qu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique s'il n'a pas la capacité physique et cognitive de s'en dégager, si le recours à cet appareil est prévu dans son programme de soins, qui mentionne notamment un risque considérable pour le résident ou autrui de subir un préjudice physique grave si le résident n'est pas maîtrisé.

Lorsqu'il lui a été demandé de fournir la politique du titulaire de permis visant le recours minimal à la contention, l'administrateur a indiqué qu'il s'agissait du document intitulé Plan sur la sécurité des résidents, entré en vigueur en septembre 2013.

Cette politique décrit les éléments suivants :

- Les solutions de rechange à la contention, l'utilisation de l'annexe A (Interventions du plan sur la sécurité) pour s'assurer que les solutions de rechange ont été prises en considération.
- Il faut obtenir le consentement du résident ou de son mandataire si le résident est incapable de prendre une décision relative à l'usage de la contention. Le plan sur la sécurité du résident doit faire l'objet d'une discussion et, si celle-ci a lieu par téléphone, un exemplaire de ce plan doit être envoyé. Le contenu de la discussion sur le consentement figure à l'annexe B (Consentement relatif à l'utilisation de la contention).
- Il faut obtenir l'ordonnance d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure. Cette ordonnance doit décrire le type de contention, ainsi que la raison et la durée de son utilisation. La

contention doit être utilisée conformément aux instructions de l'ordonnance.

- Les contentions mécaniques comprennent les ceintures abdominales à fermeture frontale, les boucles de fermeture résistant à une pression de 10 livres (ceinture de sécurité), les ceintures abdominales à fermeture arrière, les tablettes utilisées à d'autres fins que manger et pratiquer une activité, les fauteuils gériatriques et les fauteuils inclinables.
- Le personnel infirmier autorisé doit réévaluer l'état du résident et évaluer l'efficacité des mesures au moins toutes les huit heures. Une tâche à cet égard doit être ajoutée au dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle une infirmière autorisée doit signer au début du quart de travail pour indiquer que la contention a été évaluée et si son utilisation doit se poursuivre.
- Le personnel infirmier autorisé doit veiller à ce que chaque recours à un appareil de contention mécanique soit entièrement documenté dans les notes d'évolution du résident, notamment les circonstances à l'origine du recours à la contention, les solutions de rechange envisagées et les raisons pour lesquelles elles n'étaient pas appropriées, le nom de la personne qui a appliqué l'appareil et le moment où elle l'a fait, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident, et d'abandon ou d'interruption de la contention.
- Une fois par mois, le directeur des soins infirmiers organisera une réunion multidisciplinaire sur chaque résident pour lequel un appareil de contention mécanique est utilisé et se servira de la Partie A de la présente politique pour examiner le plan sur la sécurité du résident. Cette réunion doit être consignée dans les notes d'évolution du résident.

Entre le 8 et le 11 décembre 2014, le résident 9 a été vu assis dans un fauteuil gériatrique équipé d'une tablette. Dans certains cas, la tablette a été installée au moment du repas et retirée ensuite. Dans d'autres, la tablette est restée sur le fauteuil en dehors des repas. L'inspectrice 148 a confirmé que le résident était incapable de retirer lui-même la tablette du fauteuil.

L'inspectrice 148 a discuté de l'utilité de la tablette avec l'infirmière autorisée (employée 102). L'employée 102 a expliqué que la tablette était utilisée au moment des repas, car le résident a l'habitude de déambuler et ne reste pas toujours assis pour terminer son repas. Le lendemain, l'inspectrice s'est entretenue avec l'infirmière auxiliaire autorisée (employée 103), qui a confirmé l'utilisation du fauteuil gériatrique et de la tablette comme appareil d'aide personnelle au moment des repas. L'employée 103 a également indiqué que le résident avait l'habitude de déambuler dans les couloirs et d'entrer dans la chambre des autres résidents, qu'il les dérangeait et que certains incidents de la sorte avaient débouché sur des altercations physiques. Le résident est installé dans un fauteuil doté d'une tablette pour l'empêcher de pénétrer dans la chambre des autres, de fouiller dans leurs effets personnels et de s'en emparer. L'employée 103 a ajouté qu'ils installaient parfois le résident dans le fauteuil en y fixant la tablette quand celui-ci déambulait depuis trop longtemps et semblait fatigué. Le fauteuil et la tablette visent à donner au résident des périodes de repos, afin d'éviter les chutes. À partir du moment où le fauteuil gériatrique et la tablette servent à limiter ou empêcher les mouvements du résident en vue d'assurer sa sécurité, la tablette est considérée comme un moyen de contention aux termes de l'article 31 de la Loi.

L'évaluation la plus récente de l'ensemble minimal de données a été examinée. Bien que les codes n'indiquent aucune utilisation d'appareil ou de contrainte mécanique, les protocoles d'évaluation confirment que le résident est installé dans le fauteuil gériatrique pendant de brèves périodes, car il a tendance à beaucoup déambuler et court un risque élevé de chute. En outre, le fauteuil gériatrique est aussi utilisé quand le résident se rend dans la chambre des autres pour fouiller dans leurs effets personnels et les emporter.

Le programme de soins du résident 9 mentionne l'utilisation du fauteuil gériatrique dans les cas de déambulation ou de comportement agressif. Le recours au fauteuil gériatrique et à la tablette est aussi indiqué quand le résident fouille dans les effets personnels des autres et les emporte. « Utilisation du fauteuil gériatrique et de la tablette PRN en cas de déambulation et de comportement agité ou agressif ».

Les ordonnances du médecin pour le résident 9 indiquent à une certaine date : « installer le résident dans un

fauteuil gériatrique et utiliser une tablette au besoin s'il déambule. Le réévaluer au bout d'une heure ». Une autre ordonnance du médecin rédigée environ un mois plus tard indique : « utiliser le fauteuil gériatrique QID pendant au maximum une heure. De plus, QID PRN pendant une heure ». L'examen trimestriel des médicaments, qui interrompt toutes les ordonnances précédentes, indique : « fauteuil gériatrique – utiliser QID pendant au maximum une heure. De plus, QID PRN ». Au 10 décembre 2014, il n'existait aucune ordonnance d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure relativement à l'utilisation d'un fauteuil gériatrique et d'une tablette à des fins de contention pour le résident en raison du risque important que celui-ci pourrait présenter pour lui-même ou autrui.

D'après l'examen du dossier de santé, les interventions du plan sur la sécurité (annexe A aux termes de la politique) visant à étudier les solutions de rechange à la contention n'ont été menées à aucun moment pour le résident 9.

L'examen du dossier de santé a permis de constater que le formulaire de consentement (annexe B aux termes de la politique) a été ouvert à une date précise et que le mandataire du résident 9 a donné son consentement verbal pour le recours au fauteuil gériatrique PRN et à la tablette, avec évaluation après une heure, quand le résident pénètre dans la chambre des autres résidents. Le formulaire de consentement est incomplet et les notes d'évolution rédigées à la même date ne mentionnent aucune discussion sur les divers aspects couverts par le formulaire, ce qui est contraire à la politique du foyer.

L'examen des documents tenus par le personnel, y compris du système Point of Care, a montré qu'aucune tâche n'était assignée afin de consigner l'identité de la personne utilisant l'appareil et le moment de ladite utilisation, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident et d'abandon de la contention. La tâche « Intervention de sécurité (ceinture de sécurité/tablette) en place et en état de marche quotidiennement. Aide-soignant à chaque quart de travail » a été ajoutée et est effectuée par les préposés aux services de soutien personnel. Aucune tâche n'a été ajoutée dans le dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle le personnel infirmier autorisé doit signer au début du quart de travail, pour indiquer que la contention a été évaluée et s'il faut poursuivre son utilisation. Les notes d'évolution remplies par le personnel infirmier autorisé ne mentionnent pas tous les cas d'utilisation de l'appareil ou tous les renseignements requis, ce qui est contraire à la politique du foyer.

Entre le 8 et le 11 décembre 2014, le résident 15 a été vu assis dans un fauteuil roulant. À aucun moment il ne portait une ceinture de sécurité.

L'examen du dossier de santé du résident effectué à l'étape 1 de l'IQSR a permis de constater l'existence d'une ordonnance de médecin indiquant : « installation dans un fauteuil roulant équipé d'une ceinture de sécurité ». L'examen trimestriel des médicaments indique : « installation dans un fauteuil roulant équipé d'une ceinture de sécurité ».

Le programme de soins du résident 15 concernant le risque élevé de chute prévoit l'utilisation d'une ceinture de sécurité afin d'éviter les chutes quand le résident est assis dans son fauteuil roulant.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice s'est entretenue avec le préposé aux services de soutien personnel (employé 107), qui est un membre régulier du personnel et qui s'occupe souvent du résident 15. À propos de la ceinture de sécurité, l'employé 107 a déclaré que le résident n'utilisait pas de ceinture mais une alarme de fauteuil. Le même jour, l'inspectrice s'est entretenue avec l'infirmier autorisé (employé 106), qui a répondu que le résident utilisait une ceinture de sécurité dans son fauteuil roulant. En apprenant que le résident ne portait pas sa ceinture et qu'on ne l'avait pas vu en porter une au cours des trois derniers jours, il a examiné le fauteuil roulant. L'examen a confirmé que celui-ci n'était muni d'aucune ceinture de sécurité. L'infirmier autorisé a vérifié l'ordonnance du médecin et signalé l'absence de ceinture à la physiothérapeute et au directeur des

soins. L'après-midi du 11 décembre 2014, l'infirmier autorisé a indiqué avoir réévalué les besoins du résident et établi la nécessité d'une ceinture de sécurité, compte tenu du manque de force du résident ainsi que de son incapacité à exercer un appui et à changer de position seul. Le résident a tendance à pencher vers l'avant et risque de tomber de son fauteuil et de se blesser.

Au cours de la période d'observation comprise entre le 8 et le 11 décembre 2014, l'inspectrice n'a pas observé l'utilisation de la contention conformément à l'ordonnance du médecin.

D'après l'examen du dossier de santé, les interventions du plan sur la sécurité (annexe A aux termes de la politique) visant à étudier les solutions de rechange à la contention n'ont été menées à aucun moment pour le résident 15.

D'après l'examen du dossier de santé, deux formulaires de consentement (annexe B aux termes de la politique) ont été ouverts. Ces formulaires sont incomplets, ne portent aucune trace d'un consentement et n'indiquent aucune date d'ouverture. Le dossier contenait deux autres formulaires de consentement des années précédentes, concernant chacun l'utilisation d'une ceinture abdominale à titre provisoire.

L'examen des documents tenus par le personnel, y compris du système Point of Care, a montré qu'aucune tâche n'était assignée afin de consigner l'identité de la personne utilisant l'appareil et le moment de ladite utilisation, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident et d'abandon de la contention. Une tâche a été ajoutée dans le dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle le personnel infirmier autorisé doit signer au début du quart de travail, pour indiquer que la contention a été évaluée et s'il faut poursuivre son utilisation. D'après le dossier de décembre 2014 sur l'administration des médicaments, entre le 1^{er} et le 10 décembre 2014, le personnel infirmier autorisé a mentionné une évaluation de la contention à 8 h, 12 h et 17 h. Ces indications vont à l'encontre des observations faites par l'inspectrice entre le 8 et le 11 décembre 2014 sur l'absence d'une ceinture de sécurité pour le résident.

Du 8 au 11 décembre 2014, le résident 19 a été vu assis dans un fauteuil inclinable muni d'une ceinture abdominale. L'inspectrice 148 a confirmé que le résident n'était pas en mesure de retirer lui-même la ceinture. Aucune tablette n'a été remarquée pendant les observations.

L'employée 105 a indiqué qu'une tablette était toujours utilisée quand le résident 19 était assis dans son fauteuil roulant. Répondant à l'inspectrice, elle a indiqué que le résident avait aussi une tablette dans sa chambre, mais que celle-ci servait rarement. Elle a expliqué que la tablette était surtout utilisée pour effectuer des activités.

L'ordonnance actuelle du médecin concernant le résident 19 indique notamment : « ceinture de sécurité et tablette avec le fauteuil roulant inclinable à des fins de sécurité/pour éviter les chutes ». Le dossier sur l'administration des médicaments pour décembre 2014 prévoit : « ceinture de sécurité ou tablette avec le fauteuil roulant (inclinable) afin d'éviter les chutes; tablette ou ceinture de sécurité en cas de besoin pour la sécurité du résident afin d'éviter les chutes, avec réévaluation de leur utilisation toutes les heures ».

Le programme de soins du résident 19 a été examiné. Il prévoit l'utilisation d'une ceinture de sécurité, d'une tablette ou des deux pour éviter les chutes et assurer la sécurité du résident, et le recours à une ceinture de sécurité ou une tablette pour éviter les chutes lorsque le résident est assis dans son fauteuil roulant. Il mentionne aussi l'utilisation d'une contention chimique.

L'inspectrice s'est entretenue avec la coordonnatrice de l'évaluation RAI, qui aide à tenir à jour les programmes de soins. Celle-ci a déclaré qu'il fallait utiliser la ceinture de sécurité et la tablette en même temps pour le résident.

D'après l'examen du dossier des soins de santé, les interventions du plan sur la sécurité (annexe A aux termes de la politique) visant à étudier les solutions de rechange à la contention n'ont été menées à aucun moment pour le résident 19.

Au cours de la période d'observation comprise entre le 8 et le 11 décembre 2014, l'inspectrice n'a pas constaté l'utilisation de la contention, telle qu'ordonnée par le médecin.

Le programme de soins du résident 19 mentionne l'utilisation d'une contention chimique, ce qui va à l'encontre de la politique du foyer. Aux termes de cette politique, le titulaire de permis ne tolère pas l'utilisation de contentions chimiques, sauf en cas d'urgence, quand il faut prendre des mesures immédiates pour empêcher des dommages corporels graves. L'inspectrice a examiné le dossier sur l'administration des médicaments du résident 19, lequel ne mentionne aucunement l'utilisation d'une contention chimique.

D'après l'examen du dossier de santé, deux formulaires de consentement (annexe B aux termes de la politique) ont été ouverts voici un an en ce qui concerne les contentions physiques. Ces formulaires indiquent le recours à une ceinture de sécurité ou une tablette comme moyen de contention au besoin, si le résident a un comportement agité ou problématique, afin d'éviter les chutes ou d'assurer sa sécurité. Les consentements obtenus ne correspondent pas exactement à l'ordonnance actuelle du médecin ou à l'utilisation actuelle des appareils mécaniques.

L'examen des documents tenus par le personnel, y compris du système Point of Care, montre qu'une tâche est prévue dans le Kardex. Cependant, aucune tâche n'est assignée pour consigner l'identité de la personne utilisant l'appareil, le moment de son utilisation, ainsi que toutes les activités d'évaluation, de réévaluation, de surveillance, de dégagement ou de changement de position du résident et d'abandon de la contention. Une tâche a été ajoutée dans le dossier électronique sur l'administration des médicaments, selon laquelle le personnel infirmier autorisé doit signer toutes les heures pour indiquer que les contentions (y compris la ceinture de sécurité, la tablette ou les côtés de lit) ont été évaluées et s'il faut poursuivre leur utilisation. Les documents n'indiquent pas clairement quelle contention est utilisée et à quel moment précis de la journée.

Le foyer ne se conforme pas à la politique intitulée « Plan sur la sécurité des résidents », qui est sa politique pour limiter le recours à la contention. Comme l'ont montré les constatations décrites précédemment, la contention physique a été ajoutée au programme de soins du résident sans que l'on évalue les solutions de rechange, les moyens de contention mécanique n'ont pas été appliqués conformément aux indications du programme de soins ou aux ordonnances du médecin, le programme de soins ou les ordonnances du médecin ne donnent pas d'instruction précise sur l'application des contentions mécaniques, les consentements n'ont pas été obtenus conformément au processus décrit à l'annexe A de la politique ou les documents ne fournissent pas de renseignement précis sur l'utilisation des appareils mécaniques de contention. Les procédures visant à veiller à ce que les membres du personnel remplissent les documents requis ne sont pas mises en place conformément à la politique du foyer. En outre, le 11 décembre 2014, l'inspectrice s'est entretenue avec le directeur des soins à propos des exigences de la politique, aux termes desquelles il faut tenir une réunion mensuelle pour discuter des appareils mécaniques de contention. Le directeur des soins a déclaré que les réunions mensuelles multidisciplinaires n'ont pas été tenues concernant chaque résident pour lequel le foyer utilise des contentions mécaniques, y compris les résidents 9, 15 et 19.

(148)

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

2 mars 2015

N° de l'ordre :	002	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)
Lien vers l'ordre existant :			
<p>Aux termes du :</p> <p>Règlement de l'Ontario 79/10, par. 87 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :</p> <p>a) le nettoyage du foyer, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation, les surfaces de contact et les murs, (ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs; <p>b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs, (ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position, (iii) les surfaces de contact; <p>c) l'enlèvement et l'élimination sécuritaire des déchets secs et mouillés;</p> <p>d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2); Règl. de l'Ont. 363/11, par. 6 (1).</p>			
<p>Ordre :</p> <p>Le titulaire de permis est tenu d'assurer que des procédures sont rédigées et appliquées pour traiter les incidents concernant des odeurs désagréables persistantes au premier étage, y compris dans les couloirs, les espaces communs et quatre salles de bain communes.</p>			
<p>Motifs :</p> <p>1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le problème des odeurs désagréables persistantes soit traité dans les aires résidentielles au premier étage, y compris les espaces communs, les couloirs et les salles de bain communes des résidents, malgré le nettoyage habituel.</p> <p>Le titulaire a déjà des antécédents de non-respect en ce qui concerne les odeurs désagréables persistantes. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis récemment, le 26 novembre 2014, à la suite de l'inspection 2014_198117_0023. Auparavant, des avis de non-respect ont été remis au foyer aux dates suivantes : le 26 février 2013, un plan de redressement volontaire a été déposé à la suite de l'inspection 2013_193150_0002 et le 28 août 2012 un plan de redressement volontaire a été déposé à la suite de l'inspection 2012_054133_0035.</p> <p>Tout au long de la présente inspection, les inspectrices 161, 148, 573 et 592 ont remarqué des odeurs désagréables persistantes partout dans les aires résidentielles du foyer au premier étage, y compris dans les couloirs, les salons et les salles de bain communes.</p>			

Les 8 et 10 décembre 2014, l'inspectrice 573 a senti une forte et désagréable odeur d'urine, plus particulièrement dans trois salles de bain communes. Elle a aussi vu que le carrelage du sol était maculé de taches d'urine séchée autour de la cuvette des toilettes.

Le 12 décembre 2014, à 13 h 34, l'inspectrice 573 a senti une forte et désagréable odeur d'urine dans une salle de bain commune.

Le 16 décembre 2014, l'inspectrice 573 s'est entretenue avec un membre du personnel d'entretien ménager (employé 121), qui a indiqué qu'il connaissait le problème des odeurs désagréables persistantes dans les trois salles de bain communes indiquées. Il a expliqué que le personnel d'entretien ménager est chargé de nettoyer ces salles de bain plusieurs fois par jour et que malgré le nettoyage habituel, des odeurs persistent. L'employé 121 a expliqué qu'ils utilisent un produit nettoyant et désinfectant neutre (R2A), dont ils se servent pour les autres salles de bain, et des désodorisants pour les tissus (Fresh Face) pour les odeurs. Il a ajouté que le personnel n'a pas de produit ou de procédure spécifique pour gérer les incidents concernant des odeurs désagréables persistantes dans les salles de bain communes concernées.

Le 16 décembre 2014, à 15 h 08, en visitant le foyer en compagnie du chef des services environnementaux, l'inspectrice a senti des odeurs désagréables persistantes au premier étage, à proximité de deux chambres. Le chef des services environnementaux était d'accord avec l'inspectrice concernant la forte odeur d'urine dans une salle de bain et a déclaré que celle-ci avait besoin d'un bon nettoyage.

Le chef des services environnementaux a déclaré que pour deux des salles de bain communes, la forte odeur d'urine venait de sous le joint de la cuvette des toilettes et du carrelage. Il a indiqué à l'inspectrice qu'un bon de travail avait été rédigé pour changer le joint et le calfeutrage autour de la cuvette pour les deux salles de bain. Il a ajouté que le foyer ne possède pas d'autre produit que des agents désinfectants et nettoyants pour gérer les incidents relatifs à des odeurs désagréables persistantes.

Le chef des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice que le foyer élimine les odeurs en utilisant des produits nettoyants et désinfectants ainsi que des désodorisants et en changeant le joint d'étanchéité de la cuvette des toilettes.

Le 12 décembre 2014, l'inspectrice 573 a examiné la politique et la procédure du foyer sur l'élimination des odeurs. Certes, la politique et la procédure sur l'élimination des odeurs indiquent comment faire au sein du foyer, mais celui-ci n'a pas traité et résolu les problèmes d'odeurs désagréables persistantes qui ont été remarquées dans les aires résidentielles du premier étage, y compris dans les couloirs et les salles de bain communes de certaines chambres, au cours de l'inspection.

(573)

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

31 mars 2015

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^e 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^e 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^e 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.

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.

Date de délivrance : 22 décembre 2014

Signature de l'inspecteur/inspectrice :

Nom de l'inspecteur/inspectrice :

Bureau régional de services :

Original signé par
AMANDA NIXON
Ottawa