



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
30 août 2016	2016_200148_0029	013404-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

CARESSANT-CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED
264 NORWICH AVENUE WOODSTOCK ON N4S 3V9

Foyer de soins de longue durée

CARESSANT CARE BOURGET
2279 Laval Street P.O. Box 99 Bourget ON K0A 1E0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

AMANDA NIXON (148), JOELLE TAILLEFER (211)

Résumé de l'inspection

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

Cette inspection s'est tenue du 23 au 26 août 2016.

Cette inspection portait également sur un rapport d'incident grave concernant un résident disparu, ainsi que sur une plainte concernant la fourniture de médicaments, de pansements de compressifs et un mauvais traitement allégué.

Au cours de l'inspection, l'équipe d'inspection s'est entretenue avec l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers, le coordonnateur des évaluations RAI, la diététiste agréée, le directeur des activités, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), des préposés au service d'alimentation, des résidents et des membres de leurs familles.

Les inspectrices ont observé l'environnement du foyer, y compris les pratiques de contrôle des infections, l'interaction entre les résidents et le personnel, les soins aux résidents, le service de restauration et l'administration de médicaments. De plus, elles ont examiné le dossier de santé de certains résidents, y compris leur programme de soins, les évaluations concernant le risque de chute et la douleur, ainsi que les politiques pertinentes.



**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***

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

conseil des familles;
conseil des résidents;
foyer sûr et sécuritaire;
gestion de la douleur;
médicaments;
nutrition et hydratation;
prévention des chutes;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
prévention et contrôle des infections;
services de soutien personnel;
soins de la peau et des plaies.

Aucun non-respect n'a été constaté au cours de cette inspection.

3 AE
1 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9 (Portes).

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

- 9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :**
- 1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :**
- i. gardées fermées et verrouillées,**
 - ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,**
 - iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :**
 - A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,**
 - B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier soient gardées fermées et verrouillées.

Le 23 août 2016, l'inspectrice 211 a remarqué que la porte donnant sur l'escalier, au deuxième étage, du couloir de l'unité résidentielle, près du bureau de l'administration, n'était pas complètement fermée ni verrouillée. L'alarme de la porte n'était pas audible. La porte était dotée d'un système de contrôle d'accès avec une alarme sonore. Quand l'inspectrice 211 a poussé la porte, l'alarme a été activée. Un PSSP est arrivé et a annulé l'alarme au point d'activation à côté de la porte. Sur la porte, un panneau indiquait « Close the door completely » (Fermer la porte complètement).

Un entretien avec le PSSP 102 a révélé que c'était la première fois que la porte ne se refermait pas complètement.

Un entretien avec l'administrateur et l'observation de la porte identifiée ont révélé que le mécanisme de verrouillage s'engageait rapidement et que la porte claquait fort. Cependant, le mécanisme ne s'est pas engagé lorsqu'on a refermé la porte doucement.

Un entretien avec l'administrateur a révélé que le loquet automatique au haut de la porte avait besoin d'être réparé pour empêcher que la porte se referme bruyamment. L'administrateur a également indiqué que la porte n'était pas branchée correctement lorsqu'on la refermait doucement, ce qui empêchait le mécanisme de verrouillage de s'engager. L'administrateur a affirmé qu'il avait eu des inquiétudes au sujet du système de portes au cours des trois dernières semaines. L'administrateur a indiqué que le foyer était au courant des problèmes que présentait le mécanisme de verrouillage des portes. Ceci a été évalué par le service d'entretien du foyer et la porte a été réparée. Il n'était pas au courant des nouveaux problèmes concernant la porte.

Le 24 août 2016 à 9 h 45, l'inspectrice 211 a poussé la porte du même escalier, sans saisir le numéro au clavier. La porte s'est ouverte et l'alarme s'est activée. Un entretien avec l'administrateur a révélé que les aimants entre la porte et le cadre de porte ne se touchaient pas suffisamment, ce qui empêchait le mécanisme de verrouillage de fonctionner normalement. La porte ne devrait pas s'ouvrir en la poussant sans saisir les chiffres au clavier.

Dans les circonstances décrites ci-dessus, l'inspectrice a noté que la porte de l'escalier n'était pas fermée complètement ni verrouillée. [sous-alinéa 9 (1) 1. i.]

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 toutes les portes donnant sur un escalier sont gardées fermées et verrouillées. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

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

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

- a) les soins prévus pour le résident;**
- b) les objectifs que visent les soins;**

c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

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

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

Constatations :

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

Le résident 001 a été admis au foyer en 2013, présentant alors plusieurs affections chroniques qui peuvent avoir contribué au problème de gestion de la douleur.

Un entretien avec le résident 001 a révélé qu'il éprouvait de la douleur dans une région du corps. Le résident a expliqué que la douleur était persistante et qu'elle ne se dissipait jamais complètement, même après la prise d'un médicament antidouleur. La douleur lui causait un inconfort modéré.

Un examen des notes d'évolution du résident pour la période de mars à août 2016 a révélé que le résident s'était plaint de cette douleur à 15 reprises. De plus, le résident a affirmé qu'il avait fait une chute récemment et s'était heurté la tête. Cette chute a été confirmée par le dossier de santé.

Un entretien avec le PSSP 114 a révélé que le résident se plaignait occasionnellement de cette douleur depuis les deux dernières années. La douleur du résident a été signalée aux infirmières et un médicament antidouleur a été donné au résident.

Des entretiens avec l'IAA 103 et un examen du programme de soins du résident a révélé que le programme de soins écrit du résident 001 n'incluait pas les soins prévus pour celui-ci en ce qui concerne la douleur continue et la gestion de la douleur.

Un entretien avec le directeur des soins a confirmé que le programme de soins écrit du résident devait inclure les soins prévus pour soulager la douleur dont le résident se plaignait.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le résident 001 a dit avoir ressenti une douleur fréquente et récurrente dans une région du corps. Lors d'un entretien avec le PSSP 114, il a été signalé que le résident se plaignait de douleur depuis deux ans.

Un entretien avec l'IAA 103 le 25 août 2016 indiquait que celle-ci savait que le résident ressentait de la douleur. Le résident reçoit un analgésique pour la douleur et l'infirmière a documenté l'efficacité du médicament antidouleur dans les notes d'évolution. L'IAA 103 a affirmé que, selon l'examen qui a été fait du dossier de santé du résident, les évaluations trimestrielles n'indiquaient pas le problème de douleur du résident. L'IAA 103 a indiqué que la dernière évaluation de la douleur avait été réalisée en 2014. Cette évaluation ne précisait pas le site de la douleur du résident.

Le directeur des soins a confirmé que, bien que l'efficacité du médicament antidouleur ait été documentée au dossier de santé du résident, l'infirmière doit remplir une évaluation de la douleur dans le cahier d'évaluation pour surveiller la douleur du résident une fois par trimestre.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 018 soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

En raison d'un processus pathologique et de l'accident vasculaire cérébral qu'il a subi au cours de la dernière année, le résident 018 a besoin d'aide pour manger et sa fonction cognitive s'est largement dégradée. Le dossier pondéral du résident indique que son poids corporel habituel est supérieur à son poids idéal mais que, depuis décembre 2015 ou avant, son poids a diminué de manière constante.

Peu après que le résident a subi un accident cérébral vasculaire, son programme de soins a été réexaminé et révisé de façon à y inclure un régime à texture de purée et 125 mL de petit-déjeuner instantané (Instant Breakfast) pour la collation du soir ou lorsqu'il refuse un repas. Un mois plus tard, le programme de soins a été révisé de façon à y indiquer que le résident avait besoin d'une aide complète pour se nourrir.

L'inspectrice 148 a observé le résident durant le service d'un déjeuner. Le résident affichait des comportements verbaux à la table et, avec l'aide du personnel, n'a pris que quelques bouchées de son repas et un verre de liquide. L'inspectrice s'est entretenue avec un PSSP responsable du résident, qui a indiqué que le petit-déjeuner instantané n'avait pas été servi au résident parce que, d'habitude, le résident n'accepte pas cette boisson lorsqu'elle lui est offerte.

Le 26 août 2016, l'inspectrice s'est entretenue avec la diététiste agréée du foyer, qui a effectué des révisions trimestrielles du programme de soins en 2016. La diététiste agréée a signalé que c'était après l'accident cérébral vasculaire du résident que l'état de santé de celui-ci s'était dégradé et que des changements avaient été apportés à son programme de soins nutritionnels. Elle a indiqué que c'était principalement la déficience cognitive du résident et ses comportements réactifs qui contribuaient à la prise alimentaire médiocre du résident; elle était au courant de la perte de poids progressive et considérable du résident. Elle a indiqué qu'il fallait donner un petit-déjeuner instantané au résident lorsque celui-ci prenait moins de 50 % de son repas. Elle ne savait pas que le personnel ne servait le petit-déjeuner instantané que lorsque le résident refusait un repas et ne savait pas que le résident n'acceptait pas nécessairement cette boisson. De plus, la diététiste agréée a confirmé qu'il y avait eu aucun changement aux interventions nutritionnelles depuis l'accident cérébral vasculaire du résident, ceci malgré la perte de poids notée.

Le programme de soins du résident n'a pas été réexaminé ni révisé lorsque les soins prévus dans son programme se sont révélés inefficaces aux fins de la gestion d'une perte de poids considérable.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, 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 :

5. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Un jour de juillet 2016, la diététiste agréée du foyer a évalué le résident 001 et indiqué que celui-ci recevait un régime thérapeutique en raison de son état de santé. En examinant le dossier de santé, l'inspectrice a noté que l'évaluation indiquant que le résident devait recevoir le régime thérapeutique indiqué datait de 2013 ou avant.

Une observation de la dépense a permis de déterminer qu'il y avait deux sources d'information nutritionnelle à la disposition des préposés au service d'alimentation. La première était un document d'une page élaboré essentiellement pour aider le personnel à documenter les choix de repas d'un résident. Ce document d'une page indiquait notamment que le résident 001 avait besoin d'un régime régulier. La seconde source d'information était un document de plusieurs pages rangé dans un classeur noir. Ce document précisait que le résident 001 devait recevoir le régime thérapeutique indiqué.

Le 24 août 2016, l'inspectrice 148 a observé le service du déjeuner au deuxième étage, où réside le résident 001. Lorsqu'on lui a posé la question, le préposé au service d'alimentation 108 a indiqué que le résident 001 avait un régime régulier et qu'aucun résident dans la salle à manger n'avait besoin du régime thérapeutique indiqué. À ce moment-là, le document utilisé par le préposé au service d'alimentation était le document d'une page indiquant que le résident 001 avait besoin d'un régime régulier. Le classeur noir, qui contenait les renseignements justes, n'était pas utilisé et était rangé sur une tablette près du micro-ondes.

Le régime thérapeutique indiqué, au déjeuner du 24 août 2016, prévoyait une portion de poisson de deux onces de moins que la portion normale, l'utilisation d'une cuiller de service de plus petite taille (cuiller de service n° 16) pour la purée de pommes de terre, ainsi que du pain blanc. Le résident a reçu le régime régulier, y compris de la sauce et du pain de blé entier. Durant ce repas, le résident a demandé des portions plus petites et a donc reçu des portions de taille semblable à celles du régime thérapeutique prévu.



**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 processus en place le 24 août 2016 n'a pas permis de veiller à ce que le préposé au service d'alimentation soit au courant des besoins diététiques du résident 001.

Date de délivrance : 30 août 2016

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.