



**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
13 octobre 2015	2015_381592_0021	O-002109-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

VILLE D'OTTAWA
Direction des soins de longue durée
275, avenue Perrier, OTTAWA ON K1L 5C6

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN
275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

MELANIE SARRAZIN (592), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)

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 les 24, 25, 26, 27, 28 et 31 août, ainsi que les 2, 3 et 4 septembre 2015.

Une inspection faisant suite à une plainte a été menée conjointement pour le registre O-002577-15.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice, le directeur des soins, la coordonnatrice des soins aux résidents, le diététiste agréé, le chef du service alimentaire, le chef des services environnementaux, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP), plusieurs employés du service d'entretien ménager, plusieurs employés du service de diététique, le président du conseil des résidents, le président du conseil des familles, ainsi que plusieurs résidents et membres de leur famille.

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

- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- hospitalisation et changement de l'état;
- médicaments;
- nutrition et hydratation;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- qualité des aliments;
- recours minimal à la contention;
- services d'hébergement – buanderie;
- services d'hébergement – entretien ménager;
- services de soutien personnel;
- soins de la peau et des plaies.

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

- 10 AE
- 6 PRV
- 0 OC
- 0 RD
- 0 OTA

NON-RESPECTS



**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***

Définitions

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 3 (Déclaration des droits des résidents).

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

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

8. Le résident a le droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

Constatations :

1. Le 4 septembre 2015, l'inspectrice 592 se dirigeait vers la chambre du résident 039 pour interroger un membre du personnel. Elle a vu que la porte du résident 039 avait été laissée à demi ouverte et, à l'invitation de la PSSP 129, est entrée dans la chambre du résident. L'inspectrice 592 a vu le résident 039 couché sur son lit tandis que la PSSP 103 commençait à transférer le résident 039 dans son fauteuil roulant. Pendant que l'inspectrice 592 interrogeait les deux membres du personnel, la PSSP 103 a commencé à donner des soins personnels au résident 039 et à lui dévêtir le haut du corps, exposant ainsi sa poitrine en présence de l'inspectrice. L'inspectrice 592 a quitté la chambre pour que le résident 039 puisse avoir son intimité.

Lors d'un entretien le 4 septembre 2015, la PSSP 129 a indiqué à l'inspectrice 592 que l'intimité des résidents étaient toujours assurée mais que pour le résident 039, on avait amorcé les soins personnels en présence de l'inspectrice comme on le ferait en présence de membres de la famille.

Lors d'un entretien le 4 septembre 2015, la PSSP 103 a indiqué qu'elle donnait toujours les soins en préservant l'intimité des résidents et ne se souvient pas que, ce matin-là, le résident 039 se soit fait dévêtir devant l'inspectrice 592.

Lors d'un entretien le 4 septembre 2015, la coordonnatrice des soins aux résidents a indiqué que les soins personnels aux résidents devaient être fournis en préservant l'intimité de ceux-ci, que les employés du ministère de la Santé n'étaient pas considérés comme de la famille mais comme de la visite et que le résident n'aurait donc pas dû se faire dévêtir devant l'infirmière inspectrice. [alinéa 3 (1) 8]

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 l'intimité de tous les résidents lorsqu'on leur prodigue un traitement ou des soins personnels. 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. (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 :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins concernant les besoins diététiques soient fournis au résident 042.

Le 24 août 2015, durant le protocole d'inspection du service de restauration, l'inspectrice 547 a vu le gobelet du résident 042 à moitié plein de soupe aux pois. Elle a également vu le résident 042 se faire donner une mousse au chocolat à manger.

L'examen de la fiche diététique (Kardex) a révélé que la fiche diététique du résident 042 précisait que ce résident n'avait pas droit au lactose et qu'il devait éviter les flans. La fiche contenait également des directives précises indiquant que le résident 042 ne devait pas recevoir de soupes crémeuses ni de soupe aux pois. L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins du résident 042 concernant le risque de suffocation et celui-ci indiquait que le résident devait éviter le lactose et le chocolat, car ces aliments épaississent le mucus qui tapisse les voies respiratoires.

Le 24 août 2015, l'aide-diététiste 123 a confirmé avec l'inspectrice 547 que le résident 042 avait reçu une soupe aux pois et qu'elle-même n'avait pas consulté la fiche diététique du résident. L'aide-diététiste a également affirmé qu'elle ne savait pas que le résident 042 ne devait pas recevoir de produits laitiers. L'inspectrice 547 a demandé à l'aide-diététiste 123 comment le personnel préparait les choix alimentaires des résidents qui ne pouvaient pas répondre aux choix offerts. L'aide-diététiste 123 a indiqué que le personnel suivait la fiche diététique préparée par le superviseur des services de diététique pour les résidents. [alinéa 6 (7)]

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les soins prévus dans le programme de soins concernant les choix diététiques sont fournis au résident 042, tel que le précise le programme. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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. 31 (Contention au moyen d'appareils mécaniques).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique si la contention est prévue dans le programme de soins du résident.

Le 3 septembre 2015 à 9 h, le résident 010 a été vu dans sa chambre, assis dans son fauteuil roulant avec un appareil mécanique (ceinture de sécurité frontale) en place. Le résident était agité et essayait de se transférer dans son lit. Lorsqu'on a demandé au résident 010 s'il était capable de détacher sa ceinture de sécurité, le résident a indiqué qu'il ne savait pas comment celle-ci fonctionnait et a continué à essayer de la détacher, sans succès, durant l'entretien.

Le 3 septembre 2015, les PSSP 121, 124 et 125 ont indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 010 était capable de détacher sa ceinture de sécurité quand il voulait et que celle-ci n'était donc pas considérée comme servant à maîtriser le résident. Ils ont ajouté que la ceinture était en place pour empêcher le résident de tomber.

Le 3 août 2015, il est indiqué dans les notes d'évolution qu'à la suite d'une chute récente, il fallait que le résident 010 utilise une ceinture de sécurité lorsqu'il est dans son fauteuil roulant et les notes précisent qu'il est capable de détacher la ceinture. Les notes d'évolution indiquent également que la ceinture de sécurité est appliquée pour rappeler au résident de ne pas essayer de se lever tout seul. L'examen du dossier de santé du résident a révélé que le résident 010 avait été diagnostiqué de démence avec mémoire à court terme et mémoire à long terme médiocres. On n'a trouvé dans le programme de soins aucune documentation prévoyant l'utilisation d'un appareil mécanique pour le résident 010. On n'a trouvé aucun ordre du médecin, aucun consentement, aucune surveillance et aucune évaluation concernant l'utilisation d'un appareil mécanique pour le résident 010.

Le 3 septembre 2015, à deux occasions distinctes, le PSSP 125 et l'IA 126 ont demandé au résident 010 d'enlever sa ceinture de sécurité mais le résident a été incapable de le faire sans les encouragements et l'aide du personnel infirmier.

Le 3 septembre 2015, l'IAA 106 a affirmé à l'inspectrice 592 que si un résident était incapable d'enlever sa ceinture de sécurité, celle-ci serait considérée comme un appareil mécanique servant à maîtriser le résident et nécessiterait un ordre du médecin et une surveillance. L'IAA 106 a expliqué à l'inspectrice 592 que le résident 010 avait fait plusieurs chutes et qu'une ceinture de sécurité avait été appliquée pour la prévention des chutes. L'IAA 106 n'a trouvé aucun ordre du médecin ni aucune documentation d'un consentement ou d'une surveillance visant l'utilisation d'un appareil pour maîtriser le résident 010.

Lors d'un entretien le 4 septembre 2015, la coordonnatrice des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice 592 que si un résident était incapable d'enlever son appareil mécanique sans l'aide et les encouragements du personnel, cet appareil était considéré comme servant à maîtriser le résident. Elle a ajouté qu'un il faudrait un ordre du médecin et le consentement de la famille du résident. De plus, elle a indiqué qu'il fallait surveiller et évaluer les résidents et que ceux qui sont capables de se dégager de leurs appareils mécaniques étaient réévalués lorsqu'il y a un changement de leur état ou au besoin. [par. 31 (1)]



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*

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 l'appareil mécanique du résident 010 sera identifié dans son programme de soins et que toutes les exigences seront remplies lorsqu'un appareil mécanique est utilisé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50 (Soins de la peau et des plaies).

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

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

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

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

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un résident présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

Le 27 août 2015, l'inspectrice 547 a vu un pansement sur une région du corps du résident 034. Le résident 034 a indiqué qu'il avait eu cette déchirure de la peau plusieurs semaines auparavant en s'installant dans son fauteuil roulant. Le résident 034 a également affirmé à l'inspectrice 547 que depuis ce jour-là il était allé deux fois au poste infirmier demander aux membres du personnel autorisé de changer son pansement, ce qui a été fait.

Le 31 août 2015, l'inspectrice 547 a interrogé l'IAA 102 et l'IAA 109, qui ont toutes deux indiqué que les pansements étaient surveillés au moyen des dossiers d'administration des médicaments pour que le personnel infirmier autorisé les change au besoin. L'IAA 102 a examiné le dossier d'administration des médicaments du

résident et il n'y avait aucune indication de déchirure de la peau ou de pansement à appliquer au résident 034 au dossier. Aucune évaluation de la peau, aucune surveillance de la peau et aucune documentation n'ont été trouvées pour les deux fois où le résident 034 a demandé au personnel autorisé de lui changer son pansement du bureau des infirmières.

Le même jour, l'IAA 102 a évalué l'intégrité épidermique du résident 034 et noté, en fait, que le résident portait un pansement et qu'au niveau d'une contusion sur une région du corps, il avait une plaie ouverte qui n'avait pas guéri. [sous-alinéa 50 (2) b) (ii)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le résident présente des signes d'intégrité de la peau, reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour favoriser la guérison et prévenir l'infection. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).

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

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

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,

(ii) il est sûr et verrouillé,

(iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,

(iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

Le 26 août 2015, l'inspectrice 547 a vu neuf médicaments de prescription dans un sac, dans la salle de toilette du résident 032 :

Deux autres contenants de crèmes de prescription se trouvaient également à côté du lit du résident 032.

Le résident 032 a indiqué à l'inspectrice 547 que le personnel lui appliquait ces crèmes et qu'il les gardait toujours dans sa chambre.

Lors d'un entretien le 26 août 2015, l'administratrice a indiqué que les médicaments du résident 032 n'appartenaient pas à la pharmacie du foyer et qu'elle ne savait pas qu'ils étaient dans la chambre du résident.

2. Le 28 août 2015, l'inspectrice 592 a vu trois crèmes topiques dans la salle de toilette commune du résident 036 et un médicament de prescription qui se trouvait également sur la table de chevet du résident 036.

Le 28 août 2015, l'IAA 102 a dit à l'inspectrice 592 qu'aucune crème ne devait être laissée dans la chambre d'un résident et est allée enlever les médicaments de prescription de la chambre du résident.

3. Le 27 août 2015, l'inspectrice 592 a vu une crème de prescription qui avait été laissée dans une corbeille en plastique dans la salle de toilette du résident 013.

Le 27 août 2015, l'IAA 102 a indiqué que la crème du résident 013 ne servait plus et qu'aucune crème ne devait être laissée dans la chambre.

Le 28 août 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il ne fallait laisser aucune crème topique ni aucun médicament dans la chambre du résident à moins qu'ils soient gardés dans un endroit sûr et verrouillé.

4. L'inspectrice 547 a noté, durant l'observation du service de restauration de la salle à manger du deuxième étage, le 24 août 2015, que les chariots à médicaments situés en dehors de la salle à manger du rez-de-chaussée pour cette unité sécurisée étaient déverrouillés et qu'ils étaient restés deux minutes sans la surveillance d'un membre du personnel infirmier autorisé pendant que les résidents quittaient la salle à manger après le déjeuner.

L'IAA 102 est revenue et a indiqué à l'inspectrice 547 que le chariot à médicaments aurait dû être verrouillé et qu'elle pensait que ce chariot était doté d'un dispositif de verrouillage qui s'engageait automatiquement en fermant les tiroirs.

Lors d'un entretien avec l'IAA 102, il a été noté qu'il y avait un décalage de deux minutes avant que le dispositif de verrouillage automatique du chariot s'engage.

L'IA 101, qui était présente durant l'entretien, a indiqué que les chariots étaient également dotés d'un dispositif de verrouillage manuel. Il s'agit d'un bouton qui se trouve sur le côté du chariot et sur lequel il faut appuyer pour contourner le verrouillage automatique. Ce bouton devrait être utilisé avant de quitter le chariot à médicaments si le verrouillage ne s'est pas fait automatiquement.

Le 25 août 2015, l'inspectrice 547 a vu que le chariot à médicaments de l'aile est du cinquième étage n'était pas verrouillé ni surveillé durant le déjeuner.

Le 26 août 2015, l'inspectrice 547 a vu que le chariot à médicaments du cinquième étage n'était pas verrouillé et n'était surveillé par aucun membre du personnel infirmier autorisé pendant qu'il était à l'extérieur de la salle à manger des résidents et que ceux-ci entraient dans la salle à manger pour prendre le déjeuner. L'IA 106 est retournée au chariot et a indiqué qu'elle ne verrouillait pas le chariot quand elle s'en éloignait.

Le 31 août 2015, l'inspectrice 547 a vu, en face de la salle à manger du cinquième étage, un flacon de solution orale Euro-Lac 667mg/ml qui était posé sur un chariot à médicaments verrouillé mais non surveillé par un membre du personnel infirmier autorisé. Le résident 031 a été vu debout à côté du chariot à médicaments. L'inspectrice 547 a attendu que l'IAA 115 revienne au chariot et cette dernière a dit à l'inspectrice 547 qu'elle était censée garder cette bouteille dans un endroit verrouillé au fond du chariot à médicaments avant de s'éloigner.

L'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins, qui a dit avoir parlé à l'IAA 115 la semaine précédente au sujet de cette même situation et qu'il fallait que les médicaments soient rangés dans un endroit verrouillé à l'intérieur du chariot à médicaments avant de s'éloigner du chariot.

Le 3 septembre 2015, l'inspectrice 547 a vu un chariot à médicaments pour l'aile ouest du cinquième étage qui n'était pas verrouillé et qui n'était surveillé par aucun membre du personnel infirmier autorisé. A également été vu, près de ce chariot à médicaments pour l'aile est, un deuxième chariot verrouillé sur lequel se trouvait un flacon de solution orale Euro Lac 667mg/ml qui n'était pas couvert d'un bouchon et qui était sans surveillance.

La coordonnatrice des soins aux résidents a indiqué que si les tiroirs de médicaments n'étaient pas fermés complètement, le chariot à médicaments ne se verrouillait pas automatiquement. Elle a ajouté que le foyer exigeait que le personnel verrouille les chariots à médicaments manuellement avant de s'en éloigner vu que le dispositif de verrouillage de ces chariots était décalé. Le médicament posé sur le chariot a également été noté et il est indiqué que l'IAA 115 sait qu'il faut mettre les médicaments dans un endroit verrouillé à l'intérieur des chariots lorsque ceux-ci ne sont pas surveillés par un membre du personnel infirmier autorisé. [alinéa 129 (1) a)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments sont entreposés dans un lieu ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131 (Administration des médicaments).

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

131. (5) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (5).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident.

Le 28 août 2015, l'inspectrice 592 a vu un inhalateur de médicament de prescription dans la table de chevet du résident 036.

En examinant les ordres du médecin datés du 25 août 2015, on n'a trouvé aucune indication selon laquelle le médecin aurait approuvé l'auto-administration d'un médicament par inhalateur.

Lors d'un entretien le 28 août 2015, l'IAA 102 a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 036 s'administrait son médicament par inhalateur et que les autres médicaments de prescription devaient lui être administrés par le personnel infirmier. L'IAA 102 n'a trouvé au dossier du résident 036 aucune autorisation concernant l'auto-administration de médicaments. Elle a ajouté que, selon la procédure du foyer, le résident est soumis à une évaluation détaillée par un membre du personnel autorisé et, si le résident remplit les exigences, le médecin en est informé et son approbation lui est demandée. On n'a trouvé aucune documentation concernant l'évaluation du résident 036 pour l'auto-administration de médicaments.

Lors d'un entretien le 28 août 2015, l'administratrice ne savait pas que le résident 036 avait dans sa chambre un médicament qu'il s'administrait sans l'approbation de la personne autorisée à prescrire des médicaments [par. 131 (5)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 35 (Soins des pieds et des ongles).

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

35. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds, afin d'assurer son confort et de prévenir les infections. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 35 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident reçoive des services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds.

Le 25 août 2015, l'inspectrice 547 a interrogé un membre de la famille du résident 008, qui a indiqué qu'il devait payer les soins des pieds et le rasage.

Le 28 août 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le résident 034, qui a dit payer ses soins des pieds et ceux de son conjoint ou de sa conjointe, qui réside également au foyer.

Le 27 août 2015, l'inspectrice 126 a interrogé le résident 028, qui a dit résider au foyer depuis 2012 et payer les soins des pieds parce que la coupe des ongles des pieds ne lui était pas offerte durant les bains qui lui sont donnés chaque semaine.

Le 27 août 2015, l'inspectrice 126 a interrogé la PSSP 116, qui a indiqué qu'elle ne coupait pas les ongles des pieds et que cela était fait par une personne de l'extérieur.

Le 31 août 2015, l'inspectrice 126 a interrogé la PSSP 103, qui a indiqué qu'elle ne coupait pas les ongles des pieds et que cela était fait par une personne de l'extérieur. Le classeur des soins des pieds a été examiné et il y était indiqué que les résidents 008, 028 et 034 payaient les soins des pieds.

Lors d'un entretien, plusieurs infirmières autorisées (IA) et une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ont indiqué que les soins spécialisés des pieds étaient offerts aux résidents diabétiques ou aux résidents qui ont des ongles épais ou un autre type de problèmes et que les PSSP étaient censés donner des soins de base pour les ongles des mains et des pieds. Une IA et une IAA ont indiqué à l'inspectrice 126 que les résidents 008, 028 et 034 n'avaient pas besoin de soins spécialisés des ongles des pieds. [par. 35 (1)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 68 (Programmes de soins alimentaires et d'hydratation).

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

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

- a) l'élaboration et la mise en 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 :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait en place un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner, à l'égard de chaque résident, l'indice de masse corporelle et la stature à l'admission et une fois par année par la suite.

Les 24, 25 et 26 août 2015, il a été noté, durant l'examen du recensement, que la stature était mesurée à l'admission seulement et n'était pas mesurée une fois par année par la suite.

Le 26 août 2015, l'inspectrice 126 a interrogé l'IAA 102 au sujet de la stature des résidents. L'IAA 102 a indiqué que la stature était mesurée à l'admission seulement. Il a été noté que plusieurs résidents faisant partie de l'échantillon visé par l'inspection de la qualité des services aux résidents avaient été admis au foyer en 2006, en 2007, en 2008, en 2009, en 2010, en 2011, en 2012, en 2013 et en 2014 et que leur stature n'avait pas été mesurée une fois par année.

Le 28 août 2015, l'inspectrice 126 a interrogé la diététiste agréée, qui a dit savoir que le foyer ne mesurait pas la stature une fois par année. [sous-alinéa 68 (2) e) (ii)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71 (Planification des menus).

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

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

Constatations :

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

Le 24 août 2015, la purée prévue au menu planifié était identifiée ainsi : macaroni au fromage à l'italienne et tomates concassées ou dinde rôtie, pain Marsan et salade César et, comme dessert, des carrés au citron ou des fraises.

Les choix offerts aux résidents au régime de purée étaient le macaroni au fromage à l'italienne avec tomates concassées, le pain Marsan ou la salade César.

Le menu à texture hachée planifié était identique, sauf que les résidents concernés ont eu un choix de sandwich à la dinde hachée au lieu des deux choix distincts offerts au menu de purée.

L'aide-diététiste qui servait le repas a indiqué que les résidents recevant les choix à texture hachée et en purée n'étaient pas intéressés par les choix d'aliments froids et que, pour cette raison, ces aliments ne leur étaient pas proposés comme premier choix. Si le résident ne veut pas manger le premier choix de menu, il essaie l'autre choix. L'aide-diététiste a indiqué qu'il n'avait pas servi de sandwich à la dinde hachée ou en purée durant le déjeuner aujourd'hui. Les choix disponibles aux résidents qui ont un régime de purée ou à texture hachée ne comprenaient pas de carrés au citron comme dessert. Les fraises hachées n'étaient pas disponibles non plus et les résidents se sont vu offrir une mousse au chocolat et un coulis de fraises comme substituts.

1. Le résident 044 a reçu une assiette de pâtes/pommes de terre/tomates tandis que les deux autres arésidents à sa table ont reçu un sandwich et une salade. Le résident 044 a demandé ce qu'on venait de lui servir et, quand on lui a répondu, le résident a indiqué qu'il n'aimait pas les tomates et qu'on ne lui avait pas offert le choix de sandwich et de salade. Le résident 044 a ensuite reçu son choix.

2. Le résident 006 a reçu des pâtes, des tomates et des pommes de terre et a indiqué qu'il n'aimait pas les tomates et aurait préféré un sandwich avec une salade fraîche, mais cela ne lui a jamais été offert.

Durant ce repas, il n'a pas été donné à tous les résidents de se voir offrir un choix ou montrer une assiette pour connaître les choix disponibles. [par. 71 (4)]

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections, dans la mesure où des articles de soins personnels non étiquetés se trouvaient dans des aires commune du foyer telles que des salles de bain ou de douche et dans la mesure où la baignoire n'a pas été nettoyée après chaque résident.

Le 24 août 2015, l'inspectrice 547 a effectué une visite du foyer et vu des flacons d'antiperspirant ou de déodorant non étiquetés dans chaque salle de bain ou de douche de l'unité de soins infirmiers. Il y avait également un savon dans un contenant non étiqueté dans la salle de douche des hommes, au cinquième



**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**

étage. Dans la salle de douche des femmes, au deuxième étage, un rasoir jetable bleu avec une quantité importante de poils sur la lame a été vu sur le comptoir près du lavabo.

Le 26 août 2015 à 11 h 30, l'inspectrice 547 a remarqué que, dans la salle de bain de l'aile est du cinquième étage, il y avait, sur une hauteur d'environ trois pouces à partir du fond de la baignoire, de la matière jaune qui avait sali l'intérieur de la baignoire et que l'inspectrice 547 pouvait enlever avec son doigt. La chaise de bain était également sale sur le siège et la ceinture était couverte de matière blanche et dégageait une odeur. L'inspectrice 547 est retournée à la même baignoire à 13 h 30, elle a interrogé les PSSP 107 et 108 dans la salle de bain de l'aile est et tous deux ont indiqué que la baignoire était sale et n'avait pas été nettoyée avec la brosse et la solution désinfectante comme il se doit avant son utilisation par le résident suivant ce matin-là.

Le 2 septembre 2015, l'inspectrice 547 a vu un contenant d'Infazinc sans bouchon qui avait été utilisé et était resté sur la tablette du haut derrière la toilette, ainsi qu'un antiperspirant à bille et une brosse à cheveux blanches dans le lavabo de la salle de douche des femmes au deuxième étage.

L'inspectrice 547 a interrogé la personne chargée du contrôle des infections au foyer et celle-ci a indiqué que les articles de soins personnels des résidents devaient tous être étiquetés. Tous les articles de soins personnels sont identifiés, au moment de l'admission, au moyen d'une étiquette préparée par le foyer et portant le nom et le numéro de chambre du résident. Les PSSP reçoivent les étiquettes qui doivent identifier les articles de soins personnels. Ces étiquettes peuvent être imprimées au besoin et sont gardées dans un dossier, dans le placard de la chambre de chaque résident.

Les articles des résidents doivent être placés dans une petite corbeille avec leur nom et apportés à la salle de bain ou de douche. Aucun article de soins personnels ne doit être laissé dans les salles de bain ou de douche. Lorsque le bain ou la douche est terminé, le personnel doit nettoyer la baignoire ou la douche et remettre tous les articles du résident dans sa corbeille et les rapporter à sa chambre. [par. 229 (4)]

Date de délivrance : 23 octobre 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.