



**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<sup>e</sup> étage  
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

### Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N <sup>o</sup> d'inspection	N <sup>o</sup> de registre	Type d'inspection
16 juin 2016	2016_285126_0010	012462-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

#### Titulaire de permis

CITY OF OTTAWA  
Long Term Care Branch 275 Perrier Avenue OTTAWA, ON K1L 5C6

#### Foyer de soins de longue durée

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

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

LINDA HARKINS (126), JOANNE HENRIE (550), JOELLE TAILLEFER (211), MÉLANIE SARRAZIN (592)

### Résumé de l'inspection

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

L'inspection s'est tenue du 24 mai au 10 juin 2016.

Cette inspection concernait quatre incidents graves liés à des allégations de mauvais traitements, trois incidents graves liés à un incident ayant causé une lésion et le transport à l'hôpital d'un résident et deux plaintes liées aux soins offerts aux résidents.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice, les gestionnaires des soins aux résidents [personnel autorisé et préposés aux services de soutien personnel (PSSP)], le gestionnaire des services environnementaux, le diététiste agréé, le travailleur social, le gestionnaire du service d'alimentation, le directeur des activités, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs PSSP, quatre aides-diététistes, deux membres du personnel chargé des activités, le président du conseil des résidents, les coprésidents du conseil des familles, ainsi que des résidents et des membres de leurs familles.

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



**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***

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

Plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

12 AE  
6 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 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. (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident. 2007, chap. 8, par. 6 (5).**

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

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

**Constatations :**

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

Le 26 mai et le 1<sup>er</sup> juin 2016, l'inspectrice 550 a vu le résident 008 assis dans le fauteuil roulant et portant une ceinture abdominale. Le résident était incapable de détacher la ceinture en raison d'une déficience cognitive.

L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident. Il était documenté, dans les notes d'évolution consignées par l'ergothérapeute un jour d'avril 2016, que le résident 008 avait été évalué et qu'un fauteuil roulant inclinable avec ceinture abdominale avait été ordonné pour maintenir le bassin en position neutre. Selon les notes, le fauteuil a été livré la semaine suivante. L'inspectrice a examiné le programme de soins qui était

alors en place pour le résident 008, ainsi que le programme de soins réel, et n'y a pas trouvé de directives concernant la ceinture abdominale et le fauteuil roulant inclinable du résident.

Lors d'un entretien, l'infirmière autorisée (IA) 122 a indiqué à l'inspectrice que le résident n'avait pas besoin de la ceinture abdominale pour s'asseoir dans le fauteuil roulant. Elle a indiqué que lorsque le résident avait reçu le fauteuil roulant adapté, il était assis correctement et ne glissait plus du fauteuil. Puisque la ceinture abdominale n'était pas nécessaire, elle n'a pas été incluse dans le programme de soins du résident. Elle a ajouté qu'étant donné que la ceinture abdominale était encore attachée au fauteuil roulant, le personnel l'appliquait systématiquement.

Comme en témoignent les renseignements qui précèdent, le programme de soins du résident 008 n'établit pas de directives concernant l'application de la ceinture abdominale à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. [alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins. Cette constatation est liée au registre 031379-15 :

Le résident 049 présente plusieurs affections.

Un examen de son programme de soins révèle que le résident est totalement dépendant du personnel pour ses soins personnels et qu'il change de position avec l'aide de deux membres du personnel et d'un appareil de levage. Le résident 049 est également suivi par l'équipe gériatrique pour les comportements.

Un examen des notes d'évolution du résident indique qu'un jour d'octobre 2015, le résident 049 se plaignait de douleur à une région du corps et que des analgésiques lui avaient été donnés. Une évaluation a été effectuée et, bien que celle-ci n'ait révélé aucun signe de rougeur, d'œdème ou de chaleur au toucher, il était indiqué qu'une étroite surveillance serait assurée.

Un jour d'octobre 2015, le résident 049 a été vu avec une ecchymose de 5 centimètres d'origine inconnue, une douleur au toucher et de la nausée. Un analgésique lui a été fourni et le médecin du foyer a été alerté et prié de prendre une radiographie mobile.

Deux jours plus tard, le résident 049 a subi une radiographie.

Deux jours après la radiographie, le résident 049 a été diagnostiqué d'une fracture.

Il est documenté qu'environ une heure plus tard, le mandataire spécial du résident 049 a été contacté et informé du résultat de la radiographie. Il est également indiqué dans le dossier de santé du résident que le mandataire spécial a demandé pourquoi on ne l'avait pas informé de la radiographie prise un jour d'octobre 2015 et a demandé que le médecin communique avec la famille lors de sa prochaine visite au foyer.

Il est documenté dans une note récente, consignée un jour d'octobre 2015, que deux membres de la famille s'étaient présentés au foyer, dont le mandataire spécial, et avaient demandé à l'IA 131, d'une part, pourquoi au

moment de leur visite ils n'avaient pas été informés de la douleur et de l'ecchymose observées chez le résident et, d'autre part, ce qu'il en était de la radiographie réalisée par le médecin. Il est également documenté que la famille avait exprimé à l'IA 131 ses préoccupations au sujet de la fracture et du potentiel de mauvais traitement d'ordre physique. Il est documenté que l'IA 131 signalait à son gestionnaire les préoccupations dont les membres de la famille lui faisaient part.

Lors d'un entretien le 7 juin 2016, l'IA 131 a affirmé à l'inspectrice 592 que le foyer exigeait que les membres de la famille soient contactés lorsqu'il y a un changement considérable de l'état de santé, par exemple sa détérioration de l'état de santé, une infection, un changement de médication, une chute, un transport à l'hôpital, une douleur soudaine, une erreur de médicament, une ecchymose, une déchirure de la peau ou une demande d'analyse au nom d'un résident. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que pour le résident 049, le mandataire spécial aurait dû être contacté ce jour d'octobre 2015 lorsque le personnel autorisé a découvert la nouvelle ecchymose et qu'il a soupçonné une fracture possible.

Lors d'un entretien le 7 juin 2016, la gestionnaire 137 des soins aux résidents a affirmé à l'inspectrice 592 que le foyer exigeait que les membres du personnel infirmier communiquent avec les membres de la famille lorsqu'il y a un changement dans l'état et les traitements médicaux du résident.

Le mandataire spécial n'a été informé des préoccupations médicales du résident 049 que quatre jours plus tard et, pour cette raison, le mandataire spécial n'a pas eu l'occasion de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident 049. [par. 6 (5)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements suivants soient documentés :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.

Lors d'un examen du dossier de santé du résident 001, l'inspectrice 550 a constaté que le résident devait recevoir un bain les 5, 7, 10, 14, 17, 21, 24 et 28 mai 2016. Il a été constaté, sur la feuille de cheminement des soins du résident intitulée « Dossier de surveillance et d'observation MDS – bain », qu'il n'y avait pas de documentation indiquant que le résident avait reçu les bains qui étaient prévus les 7, 17, 21 et 24 mai.

Lors d'un entretien, la gestionnaire 121 des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice, après avoir mené une enquête auprès des PSSP concernés pour les dates susmentionnées, que le résident avait reçu son bain comme prévu selon l'horaire établi mais que cela n'avait pas été documenté par les PSSP.

Ainsi qu'en témoignent les renseignements qui précèdent, les soins du bain n'ont pas été documentés pour le résident 001. [alinéa 6 (9) 1]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins établit des directives claires pour le personnel et d'autres***

***personnes en ce qui concerne la ceinture abdominale, que le mandataire spécial participe pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre et que les soins du bain sont documentés. 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. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).**

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

**20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro comme l'exige la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 20 (1), lorsque, contrairement à l'alinéa 20 (2) d) de la Loi, un mauvais traitement allégué envers un résident n'a pas immédiatement fait l'objet d'un rapport au directeur.

Cette constatation est liée au registre 031379-15 :

Aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2 (1), un « mauvais traitement » est l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

La politique du foyer sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, n° 750.65, datée de février 2016, indique sous la rubrique « obligation de faire rapport » que la déclaration de tout incident allégué de préjudice, de mauvais traitement ou de négligence envers un résident est obligatoire.

Sous la rubrique « marche à suivre », il est indiqué :

1. Déclarer immédiatement à l'infirmière responsable tout mauvais traitement soupçonné ou allégué envers un résident.
2. L'infirmière responsable examinera immédiatement le résident. Si l'allégation concerne un mauvais traitement d'ordre physique, prendre des photos de la région touchée et déterminer s'il faut appeler un médecin.
3. Documenter les résultats de l'examen.
4. Signaler immédiatement l'allégation à l'administratrice et au gestionnaire du résident.
5. Demander au membre du personnel qui fait la déclaration ou l'allégation de rédiger immédiatement un rapport de ce qu'il a vu et entendu.

Le résident 049 est reconnu comme présentant plusieurs affections.

Un examen du programme de soins du résident indique que le résident est totalement dépendant du personnel pour ses soins personnels et qu'il change de position avec l'aide de deux membres du personnel et d'un appareil de levage. Le résident 049 est également suivi par l'équipe gériatrique pour les comportements.

Un examen des notes d'évolution du résident indique qu'un jour d'octobre 2015, le résident 049 se plaignait d'une douleur à une région du corps et que des analgésiques lui avaient été donnés. Une évaluation a été effectuée et, bien que celle-ci n'ait révélé aucun signe de rougeur, d'œdème ou de chaleur au toucher, il était indiqué qu'une étroite surveillance serait assurée.

Un jour d'octobre 2015, le résident 049 a été vu avec une ecchymose de 5 centimètres d'origine inconnue, une douleur au toucher et de la nausée. Un analgésique lui a été fourni et le médecin du foyer a été alerté et prié de prendre une radiographie mobile pour vérifier l'avant-bras gauche du résident 049.

Deux jours plus tard, le résident 049 a subi une radiographie.

Deux jours après la radiographie, le résident 049 a été diagnostiqué d'une fracture.

Il est documenté qu'environ une heure plus tard, le mandataire spécial du résident 049 a été contacté et informé du résultat de la radiographie. Il est également indiqué dans le dossier de santé du résident que le mandataire spécial a demandé pourquoi on ne l'avait pas informé de la radiographie prise un jour d'octobre 2015 et a demandé que le médecin communique avec la famille lors de sa prochaine visite au foyer.

Il est documenté dans une note récente, consignée un jour d'octobre 2015, que deux membres de la famille s'étaient présentés au foyer, dont le mandataire spécial, et avaient demandé à l'IA 131, d'une part, pourquoi ce jour d'octobre 2015 ils n'avaient pas été informés de la douleur et de l'ecchymose observées chez le résident et, d'autre part, ce qu'il en était de la radiographie réalisée par le médecin.

Il est également documenté que la famille avait exprimé à l'IA 131 ses préoccupations au sujet de la fracture et du potentiel de mauvais traitement d'ordre physique. Il est documenté que l'IA 131 signalait à son gestionnaire les préoccupations dont les membres de la famille lui faisaient part.

Lors d'un entretien le 7 juin 2011, l'IA 131 a indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer s'attendait à ce que, lorsque le personnel a connaissance d'un mauvais traitement allégué, il en fasse rapport à son gestionnaire immédiatement et qu'en dehors des heures normales de travail, il contacte le superviseur de garde. Lorsque l'IA 131 a été interrogée au sujet des notes d'évolution consignées un jour de novembre 2015 à propos du résident 049 et de l'allégation des membres de la famille concernant un mauvais traitement d'ordre physique, elle a confirmé qu'elle n'avait signalé l'incident à son gestionnaire que le lendemain, verbalement, et qu'ainsi elle n'avait pas respecté la politique du foyer concernant les mauvais traitements.

Lors d'un entretien le 7 juin 2016, la gestionnaire 137 des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle n'avait été informée d'aucun incident de mauvais traitement d'ordre physique envers le résident 049 et

que, si elle en avait été informée, elle en aurait immédiatement fait rapport au directeur et aurait immédiatement mené une enquête mais qu'elle n'en avait pas été informée plus tôt.

Lors d'un entretien le 7 juin 2016, l'administratrice du foyer a indiqué à l'inspectrice 592 que lorsqu'un incident allégué de préjudice, de mauvais traitement ou de négligence envers un résident, le foyer exige que l'infirmière autorisée contacte le gestionnaire immédiatement en documentant les faits dans un rapport d'incident qui sera marqué directement dans le système informatique. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que si l'incident était signalé après les heures d'ouverture du foyer, l'infirmière autorisée contacterait le superviseur de garde immédiatement après avoir été informée d'un incident allégué de mauvais traitement et qu'elle remplirait un rapport d'incident. Un rapport d'incident grave serait alors préparé par le gestionnaire, pour faire rapport au directeur immédiatement après en avoir été informé. L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle n'avait été informée d'aucun incident allégué de mauvais traitement envers le résident 049 et que, le cas échéant, elle en ferait rapport elle-même au directeur. [par. 20 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence envers les résidents.

Cette constatation est liée au registre 006558-16.

Un jour de février 2016, un membre de la famille du résident 040 a informé l'IA 131 qu'elle avait signalé à la famille un incident allégué de mauvais traitement de la part d'un membre du personnel envers un résident. L'IA 131 s'est absentée pour un congé de 18 jours en février 2016 après avoir été informée de l'incident allégué de mauvais traitement. À son retour, l'IA 131 a signalé l'incident allégué de mauvais traitement aux deux gestionnaires des soins aux résidents. La gestionnaire 121 des soins aux résidents a informé le directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au moyen du Système de rapport d'incidents critiques un jour de février 2016.

L'IA 131 n'a pas immédiatement fait rapport de l'allégation à l'administratrice et à la gestionnaire des soins aux résidents, contrairement à la politique sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, n° 750.65, datée de février 2016 [par. 20 (1)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro est respectée. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 3 : 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. (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 :**

**b) comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations;**

**71. (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :**

**a) trois repas par jour;**

**b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner;**

**c) une collation l'après-midi et le soir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (3).**

**71. (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :**

**b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner;**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer comprenne des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations.

Le 26 mai 2016, lors d'entretiens de stade 1, l'inspectrice 126 a vu l'aide-diététiste 113, l'après-midi, distribuer les boissons aux résidents. L'inspectrice 126 a constaté qu'il n'y avait pas de boissons à texture modifiée sur le plateau. L'aide-diététiste 113 a indiqué qu'elle n'avait pas le temps de sortir les boissons à texture modifiée. Elle a indiqué qu'elle les mettait généralement au poste infirmier et que c'était au personnel infirmier de donner ces boissons. Aucun régime à texture modifiée n'a été observé au poste infirmier.

Le 30 mai 2016 vers 14 h, au cinquième étage, l'inspectrice 126 s'est entretenue avec l'aide-diététiste 114, qui préparait les collations et a indiqué qu'elle préparait des jus, de l'eau et des biscuits préemballés. Quand elle a été interrogée au sujet des collations thérapeutiques, l'aide-diététiste a indiqué qu'auparavant il y avait différents types d'aliments pour le régime thérapeutique mais que c'était ce qu'il y avait maintenant. Aucun membre du personnel infirmier n'a dit qu'un régime thérapeutique était servi l'après-midi et on n'a vu aucun membre du personnel servir des collations thérapeutiques aux résidents.

Le 30 mai 2016 vers 14 h 30, au quatrième étage, l'inspectrice 592 s'est entretenue avec l'aide-diététiste 113, qui distribuait les collations et a indiqué que c'était à l'aide-diététiste de distribuer les collations l'après-midi et qu'aujourd'hui elle allait offrir des biscuits. Quand il lui a été demandé ce qui allait être offert aux résidents qui ont un régime à texture modifiée, l'aide-diététiste a indiqué qu'elle pouvait ajouter de la compote de pommes et qu'elle laissait les collations à texture modifiée au poste infirmier mais que le personnel disait qu'il ne les distribuait pas parce que les résidents dorment l'après-midi.

Le menu du foyer a été examiné et il y était indiqué, pour le 30 mai 2016, sous la rubrique de la collation de l'après-midi, que des biscuits aux bleuets devaient être offerts. Aucun autre choix d'aliment n'était noté.

Lors d'un entretien, le gestionnaire du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice 592 que le menu du foyer suivait un cycle de quatre semaines pour les repas et les collations et a confirmé que chaque choix d'aliment au menu était modifié en fonction de la texture dont les résidents avaient besoin selon les recommandations du

diététiste. Il a également confirmé que le menu actuel était le menu approuvé par le diététiste depuis janvier 2016. Le mandataire spécial a indiqué à l'inspectrice 592 que la collation principale avait la texture normale offerte aux résidents et que, pour les régimes thérapeutiques et à texture modifiée, si le personnel était incapable de modifier la texture de la collation principale, il proposait un autre choix d'aliment qui n'était pas inscrit au cycle de menus du foyer. Il a également indiqué à l'inspectrice 592 que certains aliments tels que les biscuits aux bleuets, les beignets et les tartelettes au beurre étaient des aliments que le foyer ne pouvait pas modifier de façon à leur donner la texture recommandée. [alinéa 71 (1) b)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une collation soit offerte à chaque résident l'après-midi et le soir.

Le 30 mai 2016 vers 14 h 30, au quatrième étage, l'inspectrice 592 s'est entretenue avec l'aide-diététiste 113, qui distribuait les collations et a indiqué que c'était à l'aide-diététiste de distribuer les collations l'après-midi et qu'aujourd'hui elle allait offrir des biscuits. Quand il lui a été demandé ce qui allait être offert aux résidents qui ont un régime à texture modifiée, l'aide-diététiste a indiqué qu'elle pouvait ajouter de la compote de pommes et qu'elle laissait les collations à texture modifiée au poste infirmier mais que le personnel disait qu'il ne les distribuait pas parce que les résidents dorment l'après-midi.

Lors d'un entretien, le gestionnaire du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice 592 que chaque choix d'aliment au menu était modifié en fonction de la texture dont les résidents avaient besoin selon les recommandations du diététiste. Le gestionnaire du service d'alimentation a indiqué à l'inspectrice 592 qu'après un entretien avec cette dernière et avec l'inspectrice 126 la veille, des membres du personnel diététique avaient confirmé qu'aucune collation de l'après-midi pour les régimes thérapeutiques et à texture modifiée n'avait été posée sur le chariot à collations parce que le personnel infirmier, faute de temps, ne la distribuait pas et que, par conséquent, pour éviter le gaspillage, le personnel de diététique ne préparait plus d'aliments thérapeutiques et à texture modifiée. Il a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'il ne savait pas exactement depuis combien de temps cette pratique avait cours, mais que le foyer veillerait à ce que dorénavant tous les résidents reçoivent une collation l'après-midi. [par. 71 (3)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit offerte à chaque résident au moins une boisson entre les repas le matin.

Le 1<sup>er</sup> juin 2016 à 10 h 10, l'inspectrice 126 était assise au poste infirmier du quatrième étage et a vu un plateau avec des pots de jus d'orange et de pomme, de l'eau et une cannette d'agent épaississant.

À 10 h 55, le résident 030 est venu au poste infirmier demander un verre d'eau. L'IA 117 lui en a donné un.

À 11 h 15, l'aide-diététiste 133 est venu enlever le chariot pour le rapporter à la cuisine. L'inspectrice 126 a interrogé l'aide-diététiste 133, qui a indiqué que le personnel infirmier était chargé de servir les boissons le matin.

Lors d'un entretien, l'IA 117 a indiqué que les boissons auraient dû être servies par le PSSP. L'IA 117 n'a pas été en mesure d'identifier le PSSP qui était censé servir les boissons du matin. L'inspectrice 126 a informé l'IA 117 qu'il avait été constaté que le plateau de boissons était resté au poste infirmier de 10 h 10 à 11 h 15

avant d'être enlevé par l'aide-diététiste et que les boissons du matin n'avaient pas été servies aux résidents, sauf au résident 030, qui est venu au bureau des infirmières demander un verre d'eau.

Ainsi, aucune boisson n'a été offerte aux résidents de l'unité du quatrième étage. [alinéa 71 (3) b)]

4. Le 1<sup>er</sup> juin 2016 à 9 h 50, l'inspectrice 592 a vu le chariot à boissons en face des ascenseurs près du bureau des infirmières avec un pot de jus de pomme, un pot de jus d'orange et un pot d'eau, le tout étant de texture normale. L'inspectrice 592 a également vu un contenant de jus de pomme, un contenant de jus d'orange et un contenant d'eau à texture de nectar.

L'inspectrice 592 a constaté qu'entre 9 h 50 et 11 h 10, le chariot à boissons n'avait pas été touché et qu'aucune boisson n'avait été offerte aux résidents qui étaient dans la salle d'activités ni à ceux qui étaient assis à côté du poste infirmier.

À 11 h 10, l'inspectrice 592 a vu l'aide-diététiste sortir le chariot à boissons de l'unité.

À 11 h 20, lors d'un entretien, l'aide-diététiste 113 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle avait apporté le chariot à boissons dans l'unité à 9 h 50 et l'avait rapporté à la cuisine à 11 h 10. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592, lorsque celle-ci lui a demandé quelle quantité de boisson il restait dans les pots, que les contenants étaient encore pleins, comme s'ils n'avaient pas été servis aux résidents de l'unité.

À 11 h 23, lors d'un entretien, l'administratrice a confirmé qu'une boisson devait être offerte à tous les résidents entre les repas et qu'elle allait immédiatement faire un suivi auprès de ses gestionnaires.

Le 2 juin 2016 à 8 h 30, lors d'un entretien, la gestionnaire 121 des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice 592 qu'après le suivi fait auprès des membres du personnel le 1<sup>er</sup> juin 2016, il avait été confirmé qu'aucun membre du personnel n'avait offert de boissons aux résidents étant donné qu'aucun membre du personnel n'avait été affecté à cette tâche. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que depuis ce suivi, le foyer avait désigné un membre du personnel pour assurer qu'une boisson est offerte à chaque résident entre les repas.

Le 2 juin 2016 à 14 h 15, l'examen de la documentation du foyer a révélé qu'il y avait un formulaire intitulé « Record d'alimentation et liquides » pour tous les résidents. L'examen du formulaire concernant les résidents 016, 044, 045 et 046 a révélé la documentation qui suit :

1<sup>er</sup> juin 2016 à 10 h, le résident 016 a été identifié comme ayant consommé 50 pour cent du liquide liquide.

1<sup>er</sup> juin 2016 à 10 h le résident 044 a été identifié comme ayant consommé de 75 à 100 pour cent du liquide.

1<sup>er</sup> juin 2016 (1000), le résident 045 a été identifié comme ayant consommé de 75 à 100 pour cent du liquide.

1<sup>er</sup> juin 2016 à 10 h, le résident 046 a été identifié comme ayant consommé 50 pour cent du liquide.

Le 3 juin 2016, lors d'un entretien, la gestionnaire 121 des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice 592 que les membres du personnel devaient documenter, à chaque collation et à chaque repas, l'apport alimentaire de

chaque résident, y compris l'apport de solides et de liquide, sur le formulaire « Record d'alimentation et liquides ».

Elle a montré à l'inspectrice 592 la politique intitulée « Programme de gestion de l'hydratation », n° 220.12, approuvée en janvier 2005, qui indiquait ce qui suit :

Sous la rubrique concernant les marches à suivre (« Procedures ») :

Le PSSP doit documenter l'apport quotidien de chaque résident sur le formulaire « Programme de gestion de l'hydratation ».

La gestionnaire 121 des soins aux résidents a confirmé à l'inspectrice 592 que les formulaires « Programme de gestion de l'hydratation » avaient été documentés pour les résidents susmentionnés et qu'il s'agissait là de renseignements falsifiés. [alinéa 71 (3) b)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que des collations à texture modifiée sont disponibles et offertes aux résidents et que ceux-ci se voient offrir au moins une boisson entre les repas le matin. 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. 91 (Substances dangereuses).**

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

**91. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 91.**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le 31 mai 2016 à 9 h, l'inspectrice 592 se dirigeait vers la cuisine au rez-de-chaussée et a vu une pièce portant l'écriteau « Salle d'entreposage » qui avait été laissée ouverte avec un trousseau de clés dans la serrure de la porte. Elle a vu un écriteau sur lequel était affiché « keep door close ». La pièce contenait plusieurs produits d'entretien rangés sur des étagères. L'inspectrice 592 n'a vu aucun membre du personnel dans les environs.

L'inspectrice 592 a observé ceci :

- 1 gallon de désinfectant liquide Oasis 146 Multi-Quat;
- 1 gallon de désinfectant Ultra-San;
- 1 gallon de détergent Ultrakleen Plus;
- 1 gallon de Lemon-Eze pour le nettoyage des salles de bain;
- 1 gallon de récurant pour le gril Grease Express High Temp Grill Cleaner;
- 1 gallon d'Oasis 115, nettoyeur concentré extra-fort pour planchers.

À 9 h 15, la gestionnaire 137 des soins aux résidents a accompagné l'inspectrice 592 à la « salle d'entreposage » et constaté que la porte avait encore été laissée ouverte. Elle a indiqué à l'inspectrice 592 que la salle d'entreposage contenait des produits nettoyants et désinfectants et que cette aire était considérée comme une aire résidentielle et qu'elle était donc accessible à tous les résidents. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que la porte aurait dû être fermée et verrouillée. Une employée a confirmé à la gestionnaire 137 des soins aux résidents, en présence de l'inspectrice 592, qu'elle avait oublié de fermer la porte lorsqu'elle était entrée dans la pièce.

Selon le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, la catégorie 1 présente le plus haut niveau de risque. Le foyer avait obtenu les fiches signalétiques, les produits susmentionnés y étaient définis comme étant de catégorie 1 et ils étaient accessibles aux résidents du foyer. [art. 91]

**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 substances dangereuses du foyer sont gardées hors de la portée des résidents en tout temps. 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. 110 (Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique).**

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

**110. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi :**

**1. Le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi, le personnel n'ait recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé.

Le 25 mai 2016, l'inspectrice 592 a constaté que le résident 16 portait une ceinture abdominale. Le 3 juin 2016, l'inspectrice 211 et l'IA 100 ont constaté que le résident 16 était assis dans le fauteuil roulant incliné et maîtrisé au moyen d'une ceinture de sécurité.

Le programme de soins actuel du résident 16, qui a été examiné, n'indiquait pas que le résident avait besoin d'une ceinture de sécurité lorsqu'il était assis dans le fauteuil roulant.

Un entretien avec la PSSP 128 a révélé qu'elle avait appliqué la ceinture de sécurité du résident parce qu'il était agité ce matin.

Un entretien avec l'IA 100 et la gestionnaire 121 des soins aux résidents a confirmé que la ceinture de sécurité du résident n'aurait pas dû être appliquée puisque cette mesure de contention n'avait pas été ordonnée ni approuvée par le médecin. [alinéa 110 (2) 1]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que, lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi, le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé. 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. 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 mai 2016, à l'étape 1 d'une inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 592 a vu un petit flacon de crème topique qui avait été prescrite au résident 014 dans une salle de toilette commune. L'inspectrice 592 a interrogé le résident 014, qui a indiqué que la crème était appliquée au besoin.

Le 2 juin 2016, l'inspectrice 126 a vu le petit flacon de crème topique dans l'armoire ouverte de la salle de toilette commune. L'inspectrice 126 a interrogé l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) 116, qui a indiqué que les crèmes de tous les résidents devaient être gardées dans le chariot à médicaments après leur administration. [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 endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Obligations précises : propreté et bon état).**

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

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

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

**Constatations :**

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

Le Centre d'accueil Champlain est un foyer à cinq étages qui abrite 10 unités.

Les 24 et 30 mai 2016, l'inspectrice 592 a constaté que la salle de matériel souillé du cinquième étage, dans l'unité du côté est, était fermée mais non verrouillée. Cette porte est dotée d'un système d'accès par carte magnétique. Dans la salle de matériel souillé, il y avait des produits pour incontinence souillés dans des sacs à ordures ainsi que des draps souillés dans des paniers à linge sale et la pièce était accessible aux résidents sans supervision du personnel.

Lors d'un entretien, le préposé à l'entretien 105 a indiqué à l'inspectrice 592 que le personnel devait utiliser sa carte magnétique pour ouvrir la porte, qui doit être gardée fermée et verrouillée en tout temps. Le préposé à l'entretien 105 a confirmé à l'inspectrice 592 que la porte se fermait mais que le système de verrouillage ne s'engageait pas.

Les 24 et 30 mai 2016, l'inspectrice 592 a constaté que la salle de matériel souillé du quatrième étage, dans l'unité du côté est, était fermée mais non verrouillée. Cette porte est dotée d'un système d'accès par carte magnétique. La salle de matériel souillé contenait des sacs à ordures et était accessible aux résidents sans supervision du personnel. L'inspectrice 592 a également constaté que la salle du matériel propre du même étage, dans l'unité du côté ouest, était fermée et que la poignée de la porte était verrouillée mais qu'en poussant cette poignée, la porte s'était ouverte.

Lors d'un entretien, le PSSP 104 a indiqué à l'inspectrice 592 que les membres du personnel devaient utiliser leurs cartes magnétiques pour ouvrir la salle de matériel souillé et a montré à l'inspectrice 592 comment la carte magnétique fonctionnait. Le PSSP 104 a réussi à ouvrir la porte mais a indiqué à l'inspectrice 592 que le pêne ne s'enclenchait pas, que ceci empêchait la porte de se verrouiller lorsqu'on la fermait et que lui ne savait pas cela. Le PSSP 104 a également ouvert la porte de la salle du matériel propre de l'unité du côté ouest en poussant la poignée de la porte.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que les salles de matériel souillé étaient considérées comme des aires non résidentielles et qu'elles étaient donc gardées fermées et verrouillées en tout temps. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que les salles de matériel souillé étaient dotées d'un système d'accès par carte magnétique et que les salles de matériel propre étaient dotées d'un verrou ordinaire. Elle a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle ne savait pas que les portes n'étaient pas en bon état et que le service de l'entretien les réparerait sous peu. [alinéa 15 (2) c)]

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 22 (Transmission des plaintes par le titulaire de permis).**

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

**22. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. 2007, chap. 8, par. 22 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la plainte écrite concernant les soins fournis à un résident soit immédiatement transmise au directeur.

L'examen du dossier de santé du résident 017a révéla qu'une lettre de plainte datée d'un jour de mars 2016 avait été envoyée à l'attention de la gestionnaire 137 des soins aux résidents.

Dans cette plainte écrite, il était question de membres de la famille du résident 017 qui étaient revenus avec le résident après un suivi médical. Les plaintes formulées indiquaient que le chirurgien était extrêmement déçu du niveau de soins que le résident 017 recevait pour une région du corps et que, parce que les soins n'avaient pas été fournis selon ses attentes, le traitement du résident 017 risquait de se prolonger.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle devait examiner la plainte écrite avant que celle-ci soit transmise au directeur. Après avoir lu la plainte, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que cette plainte aurait dû être transmise immédiatement au directeur.

Lors d'un entretien, la gestionnaire 137 des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle avait fait un suivi verbal auprès du membre de la famille dans les 10 jours suivant la réception de la plainte écrite et qu'après l'enquête interne qui avait été menée, il n'y avait pas de preuves à l'appui d'une lacune dans les soins fournis au résident 017. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle n'avait pas transmis la plainte écrite au directeur. [par. 22 (1)]

---

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

**12. Son état buccodentaire, notamment son hygiène buccale.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins comprenne l'hygiène buccale.

Lors d'un entretien le 31 mai 2016, le résident 028 a indiqué qu'il avait besoin d'une aide complète pour les soins buccaux. Le résident 028 a indiqué que le préposé l'aidait quotidiennement avec les soins buccaux deux fois par jour, du lundi au vendredi.

Le programme de soins du résident 028 a été examiné pour l'hygiène buccale et il a été noté que le programme de soins daté du 9 avril 2016 n'incluait pas l'état buccodentaire du résident, notamment son hygiène buccale.

Le 1<sup>er</sup> juin 2016, l'inspectrice 126 a interrogé la coordonnatrice de l'évaluation RAI sur la documentation de l'hygiène et des soins buccodentaires dans le programme de soins. Celle-ci a indiqué que l'hygiène buccale devait être documentée sous la rubrique des activités de la vie quotidienne. En examinant le programme de soins du résident 028, elle n'a pas trouvé de documentation concernant l'hygiène et les soins buccodentaires du résident. La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué qu'elle avait examiné le programme de soins de plusieurs résidents et que l'hygiène et les soins buccodentaires n'y étaient pas documentés; elle a également indiqué que cette rubrique ne s'inscrivait pas dans le programme de soins à moins que le personnel documente que le résident a été observé avec des débris d'aliments dans la bouche et qu'ils peuvent être enlevés facilement.

Le 1<sup>er</sup> juin 2016, l'inspectrice 126 a interrogé l'IA 108 au sujet de la documentation de l'hygiène et des soins buccodentaires dans le programme de soins. L'IA 108 a indiqué que l'hygiène et les soins buccodentaires ne s'inscrivaient pas automatiquement dans le programme de soins et qu'il fallait les y ajouter. [alinéa 26 (3) 12]

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32.**

#### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

À trois dates différentes en mai 2016, l'inspectrice 592 a vu le résident 019 le menton couvert de longs poils faciaux.

Le programme de soins actuel du résident 004 indiquait qu'il avait besoin d'une aide complète pour l'hygiène personnelle.

Lors d'un entretien le 27 mai 2016, la PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 592 que le rasage était offert tous les jours aux résidents – hommes et femmes – pendant leurs soins d'hygiène personnelle. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 019 dépendait du personnel pour tous les soins personnels, confirmant que le résident avait de longs poils faciaux qui n'avaient pas été coupés depuis plusieurs jours en raison de la longueur des poils.

Lors d'un entretien le 27 mai 2016, la PSSP 102, qui était affectée au résident 019, a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 019 était totalement dépendant du personnel pour l'hygiène personnelle (y compris le rasage). Elle a confirmé à l'inspectrice 592 que le foyer exigeait que les résidents soient rasés tous les jours et que le résident 019 avait de longs poils faciaux mais qu'elle les couperait plus tard dans le courant de l'après-midi.

Lors d'un entretien le 27 mai 2016, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que tous les résidents recevaient des soins personnels individualisés, y compris le rasage offert aux hommes et aux femmes, et qu'elle exigeait que chaque résident soit rasé tous les jours. [art. 32]

2. Les 26 et 31 mai 2016, l'inspectrice 550 a vu le résident 001 et constaté ses longs poils faciaux sur le menton et au-dessus de la lèvre supérieure ainsi que le dessous des ongles souillé de matière brune. Les PSSP 123 et 124 ont indiqué à l'inspectrice que le résident ne résistait pas aux soins et que les poils faciaux devaient être enlevés durant les soins du matin. Les deux PSSP ont indiqué que le résident mangeait avec ses mains et que c'était pourquoi il avait les ongles sales. Le résident ne veut pas se les faire couper mais le personnel devrait les nettoyer lorsqu'ils sont sales.

Lors d'un entretien, le gestionnaire 121 des soins aux résidents a indiqué à l'inspectrice que tout résident ayant de longs poils faciaux devrait se les faire enlever durant les soins du matin et que les résidents qui ont les ongles sales devraient se les faire nettoyer au besoin.

Comme en témoignent les renseignements qui précèdent, le résident 001 n'a pas reçu tous les jours des soins personnels individualisés pour le rasage et le nettoyage des ongles. [art. 32]

---

**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. 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 répondu par écrit au plus tard 10 jours après que le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations.

L'inspectrice 592 a examiné le procès-verbal de la réunion du conseil des résidents. Bien que les résidents aient exprimé des préoccupations à plusieurs réunions, rien n'indique que le titulaire de permis a fourni des réponses écrites.

Réunion du 16 mars 2016 :

Préoccupations exprimées au sujet de l'entretien ménager :

Linge sale, pas assez de place dans les chambres à coucher, les résidents réclament un espace particulier comme il en a été fait mention lors des autres réunions.

Soins infirmiers :

Le personnel infirmier entre dans la salle à manger avec les médicaments.

**Nutrition :**

Les résidents aimeraient avoir de la crème sur la table le matin.

Les résidents aimeraient avoir de l'eau sur la table au déjeuner et au dîner, au quatrième étage.

Durant l'éclosion, les boissons et les repas étaient froids, il n'y avait pas de lait et les résidents n'ont pas aimé les bavoires (bavettes) qui couvraient les plateaux de repas.

Un verre a été trouvé par terre et a été donné à un résident pour qu'il l'utilise au lieu d'être lavé.

Aucune réponse documentée n'a été trouvée.

Réunion du 11 avril 2016 :

**Soins infirmiers :**

Le résident s'est plaint que la distribution des médicaments avait duré trop longtemps.

Aucune réponse documentée n'a été trouvée.

Réunion du 9 mai 2016 :

**Nutrition :**

Il y a des sucriers sales sur les tables.

Les membres du personnel ne portent pas leurs tabliers correctement.

Les résidents aimeraient avoir du beurre et de la margarine sur les tables.

Aucune réponse documentée n'a été trouvée.

Lors d'un entretien, le directeur des activités, adjoint au conseil des résidents, a indiqué à l'inspectrice 592 que le titulaire de permis répondait aux plaintes au plus tard 10 suivant la réception des plaintes formulées lors de la réunion du conseil des résidents en envoyant une lettre type au département ou au gestionnaire concernés. Il a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'il ne savait pas très bien ce qui était considéré comme une plainte et, pensant que seules les plaintes nécessitaient une réponse dans un délai maximum de 10 jours, il ne transmettait pas les lettres types du foyer au gestionnaire pour qu'il fasse un suivi et ne lui communiquait pas les autres préoccupations ou recommandations du conseil des résidents [par. 57 (2)]

---

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 101 (Traitement des plaintes).**

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

**101. (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :**

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;**
- b) la date de réception de la plainte;**

- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

(2) Le titulaire de permis veille à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

Un jour de mars 2016, une plainte écrite à l'attention de la gestionnaire 137 des soins aux résidents a été adressée au foyer.

Dans cette plainte écrite, il était question de membres de la famille du résident 017 qui étaient revenus avec le résident après un suivi médical. Les plaintes formulées indiquaient que le chirurgien était extrêmement déçu du niveau de soins que le résident 017 recevait pour une région du corps et que, parce que les soins n'avaient pas été fournis selon ses attentes, le traitement du résident 017 risquait de se prolonger.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer devait répondre et faire un suivi au plus tard 10 jours après la réception d'une plainte écrite ou verbale. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'un formulaire de plainte devait être rempli, avec la réponse fournie au plaignant, ainsi que le résultat et la solution concernant les soins fournis au résident.

Lors d'un entretien, la gestionnaire 137 des soins au résident a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle avait fait un suivi verbal auprès du membre de la famille dans un délai de 10 jours suivant la réception de la plainte écrite et qu'après l'enquête interne qui avait été menée, il n'y avait pas de preuves à l'appui d'une lacune dans les soins fournis au résident 017. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle n'avait pu fournir aucun élément de la documentation concernant la plainte susmentionnée parce qu'elle avait fait le suivi auprès de la famille verbalement et, par conséquent, elle n'a pas pu fournir de renseignements sur le type de mesures prises, la solution finale adoptée ou une éventuelle réponse au plaignant. [par. 101 (2)]



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

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

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

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

Date de délivrance : 16 juin 2016

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.