



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

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

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

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

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

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

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

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
20 février 2015	2015_285546_0005	O-001545-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN  
435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0

**Foyer de soins de longue durée**

CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN  
435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0

**Inspecteur(s)/Inspectrice(s)**

SUSAN WENDT (546), JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126)

**Résumé de l'inspection**



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

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

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

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

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

L'inspection s'est tenue les 2, 3, 4, 5, 6, 9 et 10 février 2015, en complément de l'inspection du registre O-001402-14 concernant un incident grave.

Au cours de cette inspection, les inspectrices se sont entretenues avec des résidents, des membres de leurs familles, le président du conseil des résidents, l'administrateur, la directrice des soins, le directeur adjoint des soins, le coordonnateur de l'évaluation RAI, le technicien en administration, le superviseur des services alimentaires, le chef des services environnementaux, des aides à l'entretien ménager, des aides-diététistes, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP) et un physiothérapeute.

De plus, les inspectrices ont visité les aires résidentielles et non résidentielles. Elles ont observé les soins aux résidents et le service de restauration et de collation, examiné plusieurs politiques et procédures du foyer et observé une distribution de médicaments, y compris l'entrepôt des médicaments, les activités de loisir et les traitements de physiothérapie. Enfin, elles ont examiné le procès-verbal d'une réunion du conseil des résidents, les documents concernant le sondage sur la satisfaction, le dossier de santé de certains résidents, y compris les programmes de soins, les dossiers relatifs aux médicaments et aux traitements, la documentation sur les points de soins des PSSP, les calendriers d'activités, les horaires du personnel et la documentation des services alimentaires, y compris les menus, ainsi qu'un rapport d'incident grave.

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

activités récréatives et sociales;  
comptes en fiducie;  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
dignité, liberté de choisir et vie privée;  
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
gestion de la douleur;  
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;  
services de soutien personnel.

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

8 AE  
4 PRV  
1 OC  
0 RD  
0 OTA

**NON-RESPECTS****Définitions**

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

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 17 (Système de communication bilatérale).**

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

- 17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :**
- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;**
  - b) il est sous tension en tout temps;**
  - c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;**
  - d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;**
  - e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;**
  - f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;**
  - g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le

personnel qui, dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Il a été déterminé que le foyer utilise un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, communément appelé système de sonnettes d'appel, qui permet à une personne (un résident, un membre du personnel ou un visiteur) d'envoyer un signal pour avoir de l'aide depuis n'importe quelle chambre en appuyant sur un bouton ou en tirant un cordon attaché à un dispositif de sonnette d'appel; dans le cabinet d'aisances, la salle de bain ou la salle de douche d'un résident, une personne (un résident, un membre du personnel ou un visiteur) peut tirer le cordon d'un dispositif de sonnette d'appel qui va déclencher un signal. Lorsqu'il est déclenché, le signal du système de sonnette d'appel active une lumière à l'extérieur de la porte de la chambre du résident et une alarme sonore retentit; le lieu de provenance du signal s'affiche sur la console du poste central de soins infirmiers. Le foyer n'utilise pas de système de téléavertisseurs reliés aux sonnettes d'appel. L'aménagement des unités du foyer ne permet pas une bonne vision des lumières des résidents à l'extérieur des chambres ou dans un couloir. Le système de sonnettes du foyer, qui utilise une alarme sonore pour alerter le personnel, ne provient que du poste central de soins infirmiers au rez-de-chaussée (ou au deuxième étage s'il est déclenché dans une chambre du deuxième étage). Cependant, quand les portes de l'unité de soins spéciaux pour personnes atteintes de démences située au rez-de-chaussée sont fermées et sécurisées, il n'y a pas d'alarme sonore entre le centre et la fin du couloir de l'unité C-100 pour indiquer au personnel qu'il y a un appel actif provenant d'une chambre, d'un cabinet d'aisances, d'une salle de bain ou d'une salle de douche. De plus, il n'y a pas d'alarme sonore dans le couloir du rez-de-chaussée de l'unité D-100 et il n'y en a pas non plus dans les couloirs du deuxième étage des unités C-200 et D-200, notamment entre le centre et la fin des couloirs de ces unités.

Durant cette inspection, l'inspectrice 546 a vérifié le système de sonnettes d'appel de l'unité à accès sécurisé pour personnes atteintes de démences située au rez-de-chaussée. Dans le couloir de l'unité C-100 du rez-de-chaussée, il n'y avait pas d'alarme sonore lorsqu'un appel était fait en appuyant sur le bouton de la console dans les chambres, notamment dans les chambres 101, 102, 105, 107, 110, 111, 112 et 114, en tirant sur le cordon ou en appuyant sur la sonnette dans le cabinet d'aisances, la salle de bain ou la salle de douche. Lors d'un entretien, le PSSP de l'unité sécurisée a indiqué à l'inspectrice qu'il se fiait aux lumières à l'extérieur des chambres, dans le corridor.

Durant cette inspection également, l'inspectrice 126 a affirmé que lorsqu'un appel était fait dans les chambres, notamment dans les chambres 126, 127, 128, 130 et 132, il n'y avait pas d'alarme sonore dans le couloir de l'unité D-100 du rez-de-chaussée. De plus, l'inspectrice 550 a affirmé que lorsqu'une sonnette était activée dans les chambres, notamment dans les chambres 210, 227, 228, 229 et 231, il n'y avait pas d'alarme sonore dans le couloir des unités C-200 et D-200 du deuxième étage. Il convient de noter qu'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est requis dans les aires identifiées accessibles aux résidents, conformément à l'alinéa 17 (1) e) du Règl. de l'Ont. 79/10. Le fait qu'il n'y ait peut-être que des résidents dans certaines aires

n'exclut pas la nécessité d'une alarme sonore pour tous les membres du personnel, particulièrement le soir et la nuit quand l'effectif est réduit. Le fait que le système de sonnettes d'appel ne produise pas d'alarme sonore dans ces aires pour les résidents, le personnel et les visiteurs crée un risque potentiel pour la santé, la sécurité, le confort et le bien-être des résidents qui ne sont peut-être pas capables d'appeler ou de faire appeler quelqu'un pour avoir l'aide du personnel ou d'un visiteur.

Ce non-respect a fait l'objet d'un plan de redressement volontaire durant l'IQSR de mai 2014. L'administrateur a informé l'inspectrice que, bien que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel ait été examiné par un technicien, il n'avait pas été réparé en raison des coûts. À la date de clôture de cette inspection, il n'y avait pas d'alarme sonore dans le couloir de l'unité sécurisée ni en provenance des chambres énumérées précédemment. [alinéa 17 (1) g)]

***Autres mesures requises :***

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

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 30 (Exigences générales).**

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

**30. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement :**

- 1. Doit être consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.**
- 2. Si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne un résident, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides sont appropriés pour le résident compte tenu de son état.**
- 3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.**
- 4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des**

**modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.  
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme du foyer pour la prévention des chutes réponde aux exigences de l'alinéa 30 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 79/10.

Le 5 février 2015, la directrice des soins a donné à l'inspectrice 550 un exemplaire du programme de prévention des chutes du foyer (diffusé en mai 2005, mis à jour en juillet 2007, mai 2009 et août 2013). Ce document contenait une description des objectifs généraux, des définitions et des principes directeurs, ainsi que les causes de chutes; il contenait également des directives pour l'évaluation des facteurs intrinsèques et extrinsèques liés aux chutes, ainsi qu'un formulaire d'évaluation des chutes.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins le 9 février 2015, les inspectrices 546 et 550 ont demandé un exemplaire des politiques et procédures associées au programme de prévention des chutes.

Lors d'un entretien avec les inspectrices le 10 février 2015, l'administrateur a confirmé qu'il n'y avait pas de politiques ni de procédures liées au programme de prévention des chutes.

Lors d'un entretien avec les inspectrices 546 et 550 le 10 février 2015, la directrice des soins a confirmé que le document fourni le 5 février 2015 ne contenait ni politiques ni marches à suivre et qu'il s'agissait plutôt d'un cadre de travail conceptuel que d'un programme pour la prévention et la gestion des chutes. La directrice des soins a confirmé que le programme ne prévoyait pas de politiques, de marches à suivre, de méthodes et de protocoles pertinents pour surveiller les résultats.

Ainsi, les politiques, les marches à suivre, les méthodes et les protocoles pertinents pour surveiller les résultats n'ont pas été élaborés pour le programme de prévention et de gestion des chutes et, par conséquent, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi. [alinéa 30 (1) 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 l'élaboration de politiques, de marches à suivre et de moyens pour surveiller les résultats liés à la prévention et à la gestion des chutes. Ce plan doit également inclure un volet d'éducation pour assurer que l'ensemble du personnel reçoit une formation concernant le nouveau programme de prévention et de gestion des chutes. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 49 (Prévention et gestion des chutes).**

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

**49. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation par le personnel et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, le personnel utilise son outil d'évaluation des chutes.

Lors d'un entretien entre l'inspectrice 546 et le personnel, le 3 février 2015, l'IA 101 a indiqué qu'un résident était tombé le 29 janvier 2015 et le 2 février 2015 mais qu'il n'avait subi aucune blessure.

À l'examen des documents électroniques, l'inspectrice 546 a observé les notes d'évolution concernant huit (8) chutes signalées pour ce résident durant la période de juillet 2014 à février 2015 : sur les huit chutes, il y a eu trois (3) évaluations électroniques, une (1) évaluation incomplète et trois (3) cas sans évaluation.

En présence de l'inspectrice le 9 février 2015, en examinant les dossiers électroniques du résident pour trouver les évaluations relatives aux chutes de ce résident, l'IA 101 a remarqué et indiqué que certaines chutes n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation et que l'une des évaluations réalisées était incomplète. Lorsqu'il lui a été demandé quel était le protocole à suivre pour les résidents qui font une chute, l'IA 101 a répondu que, dans tous les cas, après une chute, le personnel autorisé devait remplir une évaluation, qu'il y ait des blessures ou non.

Lors d'un entretien avec les inspectrices, la directrice des soins a confirmé que, dans tous les cas, le personnel autorisé doit remplir une évaluation après une chute, qu'il y ait des blessures ou qu'il n'y en ait pas, et que l'absence de documentation au dossier électronique signifie qu'il n'y a pas eu d'évaluation.

Ainsi, le processus d'évaluation n'a pas été suivi ni observé de manière systématique lorsqu'un résident est tombé. [par. 49 (2)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, au besoin, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Lors d'un entretien, l'employé 104 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'un résident a été trouvé à genoux à côté de son lit un soir de février 2015 et qu'à la suite de cela, le résident a eu une abrasion au genou gauche.

Le résident a indiqué à l'inspectrice 550 que, ce soir de février 2015, il est tombé par terre en retournant au lit après être allé aux toilettes. Il a essayé de grimper sur le lit, a glissé et est tombé à genoux. Il a expliqué à l'inspectrice qu'il portait des chaussettes et qu'il n'y avait pas de lumière dans la chambre.

L'inspectrice 550 a examiné le dossier de santé du résident et a trouvé une évaluation dans le système Medecare mais l'évaluation n'a pas été remplie.

L'employé 104 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident qui fait une chute fait l'objet d'une évaluation qui est conservée dans le système Medecare. En examinant les dossiers électroniques de ce résident pour en retirer l'évaluation de la chute qu'il a faite en février 2015, elle a remarqué que l'évaluation n'avait pas été remplie; par conséquent, aucune autre intervention n'a été prévue pour empêcher le résident de tomber.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que, lorsqu'un résident fait une chute, le personnel autorisé doit effectuer une évaluation. Ce type d'évaluation est conservé dans les dossiers électroniques du résident dans le système Medecare. Elle a indiqué à l'inspectrice 550 que la chute de ce résident en février 2015 n'a pas fait l'objet d'une évaluation puisque le personnel autorisé n'a pas consigné d'incident de chute dans les notes d'évolution. [par. 49 (2)]

***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 résidents qui font une chute font l'objet d'une évaluation et que, si l'état ou la situation de celui-ci l'exige, le personnel utilise systématiquement l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique prévu par le foyer. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 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 respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 57 (2), dans la mesure où il n'a pas répondu au conseil des résidents par écrit au plus tard 10 jours après que ce dernier l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations.

L'examen des procès-verbaux concernant les réunions du conseil des résidents pour l'année 2014 a révélé ce qui suit :

- \* pour la réunion du 2 avril 2014 – la réponse de l'administrateur est datée du 12 mai 2014;
- \* pour la réunion du 4 juin 2014 – la réponse de l'administrateur est datée du 26 juin 2014;
- \* pour la réunion du 6 août 2014 – la réponse de l'administrateur est datée du 29 août 2014;
- \* pour la réunion du 9 octobre 2014 – la réponse de l'administrateur est datée du 21 octobre 2014;
- \* pour la réunion du 3 décembre 2014 – la réponse de l'administrateur est datée du 16 décembre 2014.

Au moment de cette IQSR, il n'y avait pas de procès-verbal du conseil des résidents pour 2015. Le conseil des résidents a pourtant tenu une réunion le 4 février 2015.

Lors d'un entretien le 4 février 2015, l'administrateur a confirmé à l'inspectrice 546 que sa réponse écrite au procès-verbal de la réunion du conseil des résidents n'a pas été systématique, qu'elle a été fournie en retard et qu'un effort particulier serait fait pour assurer l'observation des règlements.  
[par. 57 (2)]

**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'il fournit une réponse adéquate par écrit au plus tard dans le délai de 10 jours prévu par la Loi lorsqu'il est informé de sujets de préoccupation et de recommandations par le conseil des résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

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

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

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

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

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

**(ii) il est sûr et verrouillé,**

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

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

**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 :

ii. qui est sûr et verrouillé.

Le matin du 5 février 2015, l'inspectrice 550 a vu l'employée 106 administrer à un résident un médicament par inhalation qu'elle avait pris dans la table de chevet du résident, dont le deuxième tiroir n'était pas verrouillé. L'employée 106 a indiqué à l'inspectrice que le résident gardait son aérosol à son chevet mais que jamais il ne se l'autoadministrait. Le résident, qui partage sa chambre avec son conjoint/sa conjointe, a indiqué et montré à l'inspectrice 550 que son conjoint/sa conjointe avait aussi un aérosol qui était gardé dans le deuxième tiroir de la table de chevet, qui n'était pas verrouillé.

Au moment de cette observation, l'inspectrice 550 a remarqué que la serrure du troisième tiroir de la table de chevet du résident ne fonctionnait pas. Après l'observation, lors d'un entretien, l'employée 104 a indiqué que tous les résidents qui gardent des médicaments à leur chevet devaient les garder dans le troisième tiroir de leur table de chevet, le seul tiroir muni d'une serrure; elle ne savait pas que ces résidents ne gardaient pas leurs médicaments dans un endroit verrouillé.

La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle ignorait que les résidents identifiés gardaient des médicaments à leur chevet et que tous les résidents qui gardaient des médicaments à leur chevet devaient les garder dans un endroit verrouillé en tout temps. [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 tous les résidents ayant le droit de garder des médicaments dans leur chambre gardent leurs médicaments dans un endroit verrouillé en tout temps. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 33 (Bain).**

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

**33. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 33 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix, notamment des bains, des douches et des toilettes complètes à l'éponge, ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 550, un résident a dit recevoir un bain une fois par semaine le samedi, alors que la plupart des autres résidents reçoivent un bain complet deux fois par semaine.

L'employé 110 a indiqué à l'inspectrice 550 que ce résident devait recevoir un bain complet deux fois par semaine, le mercredi et le samedi, selon le calendrier des bains du foyer. L'employé 110 a indiqué que les bains complets étaient documentés dans le système Medecare.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer exigeait que tous les résidents reçoivent un bain complet ou une douche ou une toilette complète à l'éponge deux fois par semaine et que les PSSP devaient documenter cela dans le système Medecare, même si le résident refusait le bain.

Après avoir examiné la documentation consignée dans le système Medecare par les PSSP, la directrice des soins a indiqué qu'elle ignorait pourquoi ce résident ne recevait pas un bain deux fois

par semaine. Elle a confirmé que si le bain n'était pas documenté, cela signifiait que le résident n'en avait pas eu.

L'inspectrice 550 a observé la documentation figurant dans les feuilles de cheminement relatives au bain de ce résident consignées dans le système Medecare pour la période du 2 novembre 2014 au 6 février 2015. Durant cette période de 13 semaines, le résident a reçu un bain complet aux dates suivantes :

- pour la semaine du 2 au 8 novembre 2014 : le 8 novembre;
- pour la semaine du 9 au 15 novembre 2014 : le 15 novembre;
- pour la semaine du 16 au 22 novembre 2014 : le 22 novembre;
- pour la semaine du 23 au 29 novembre 2014 : aucun bain;
- pour la semaine du 30 novembre au 6 décembre 2014 : le 6 décembre;
- pour la semaine du 7 au 13 décembre 2014 : aucun bain;
- pour la semaine du 14 au 20 décembre 2014 : le 20 décembre;
- pour la semaine du 21 au 27 décembre 2014 : le 27 décembre;
- pour la semaine du 28 décembre 2014 au 3 janvier 2015 : aucun bain;
- pour la semaine du 4 au 10 janvier 2015 : aucun bain;
- pour la semaine du 11 au 17 janvier 2015 : le 14 janvier;
- pour la semaine du 18 au 24 janvier 2015 : aucun bain;
- pour la semaine du 25 au 31 janvier 2015 : le 31 janvier.

Il n'y avait pas de documentation indiquant que le résident avait refusé un bain.

Durant les 13 semaines de documentation observées par l'inspectrice 550, ce résident a reçu huit (8) bains complets alors qu'il aurait dû en recevoir vingt-six (26) au total. [par. 33 (1)]

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 73 (Service de restauration et de collation).**

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

- 73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :**
- 1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Durant l'observation du service du déjeuner dans la salle à manger de l'unité sécurisée, le 2 février 2015, l'inspectrice 550 a remarqué que le menu hebdomadaire n'était pas affiché dans la salle à manger; il était affiché à l'intérieur de l'office et n'était pas visible des résidents. Cet endroit n'étant pas accessible aux résidents, le menu hebdomadaire n'était pas communiqué à ceux-ci.

Lors d'un entretien, le superviseur des services alimentaires a indiqué à l'inspectrice que le menu hebdomadaire n'était pas affiché dans la salle à manger de l'unité sécurisée parce qu'il n'y avait pas de babillard sur lequel l'afficher. Elle a expliqué que si les résidents ou les membres de leurs familles voulaient voir le menu, ils pouvaient aller dans les autres salles à manger du foyer, où le menu hebdomadaire était affiché. [alinéa 73 (1) 1]

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 241 (Comptes en fiducie).**

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

**241. (7) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée :**

**f) il fournit aux résidents ou aux personnes agissant pour leur compte un relevé trimestriel détaillé écrit de toutes les sommes qu'il détient en fiducie pour les résidents, y compris des dépôts et des retraits effectués et du solde de leur part à la date du relevé; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 241 (7).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir au résident ou à la personne agissant pour son compte un relevé trimestriel détaillé écrit de toutes les sommes qu'il détient en fiducie pour le résident, y compris en ce qui concerne :

- \* les dépôts;
- \* les retraits;
- \* et le solde de sa part à la date du relevé.



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

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

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

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

Lors d'un entretien avec la famille, l'inspectrice 550 a été informée par la famille d'un résident qu'aucun relevé concernant les comptes en fiducie n'était fourni.

Lors d'un entretien le 5 février 2015, le technicien en administration a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer n'envoyait pas de relevés détaillés aux résidents ou aux personnes agissant pour leur compte. Les résidents étaient informés du solde de leur compte s'ils le demandaient.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer n'envoyait pas de relevés aux résidents concernant leurs comptes en fiducie. [alinéa 241 (7) f)]

---

Date de délivrance : 6 mars 2015

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

	Copie destinée au public
<b>Nom des inspecteurs ou inspectrices :</b>	SUSAN WENDT (546), JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126)
<b>N° de registre :</b>	O-001545-15
<b>N° du rapport d'inspection :</b>	2015_285546_0005
<b>Type d'inspection :</b>	Inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR)
<b>Date du rapport :</b>	20 février 2015
<b>Titulaire de permis :</b>	CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN 435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN 435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0
<b>Nom de l'administrateur :</b>	CHARLES LEFEBVRE

Aux termes du présent document, le CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

<b>N° de l'ordre :</b>	001	<b>Type d'ordre :</b>	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a
------------------------	-----	-----------------------	---------------------------------------

**Lien vers l'ordre existant :**

**Aux termes du :**

Règlement de l'Ontario 79/10, par. 17 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;
- b) il est sous tension en tout temps;
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).

**Ordre :**

Pour assurer l'observation du Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 17 (1) g), le titulaire de permis doit assurer que :

1) le système de communication bilatérale qui dessert les quatre (4) unités du foyer est calibré adéquatement, de façon que le personnel qui travaille dans les unités identifiées puisse entendre l'alarme sonore;

2) d'ici à ce que le titulaire de permis se conforme entièrement à l'article 17 du Règl. de l'Ont. 79/10,

(1) g) des mesures formelles soient prises par le titulaire de permis pour assurer la vigilance du personnel à l'égard de la sécurité des résidents, notamment des intervalles de surveillance plus rapprochés dans les aires et les unités identifiées, si un appel est activé et qu'il n'y a pas d'alarme sonore, particulièrement durant les quarts de soir et de nuit.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui, dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Il a été déterminé que le foyer utilise un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, communément appelé système de sonnettes d'appel, qui permet à une personne (un résident, un membre du personnel ou un visiteur) d'envoyer un signal pour avoir de l'aide depuis n'importe quelle chambre en appuyant sur un bouton ou en tirant un cordon attaché à un dispositif de sonnette d'appel; dans le cabinet d'aisances, la salle de bain ou la salle de douche d'un résident, une personne (un résident, un membre du personnel ou un visiteur) peut tirer le cordon d'un dispositif de sonnette d'appel qui va déclencher un signal. Lorsqu'il est déclenché, le signal du système de sonnette d'appel active une lumière à l'extérieur de la porte de la chambre du résident et une alarme sonore retentit; le lieu de provenance du signal s'affiche sur la console du poste central de soins infirmiers. Le foyer n'utilise pas de système de téléavertisseurs reliés aux sonnettes d'appel.

L'aménagement des unités du foyer ne permet pas une bonne vision des lumières des résidents à l'extérieur des chambres ou dans un couloir. Le système de sonnettes du foyer, qui utilise une alarme sonore pour alerter le personnel, ne provient que du poste central de soins infirmiers au rez-de-chaussée (ou au deuxième étage s'il est déclenché dans une chambre du deuxième étage).

Cependant, quand les portes de l'unité de soins spéciaux pour personnes atteintes de démences située au rez-de-chaussée sont fermées et sécurisées, il n'y a pas d'alarme sonore entre le centre et la fin du couloir de l'unité C-100 pour indiquer au personnel qu'il y a un appel actif provenant d'une chambre, d'un cabinet d'aisances, d'une salle de bain ou d'une salle de douche. De plus, il n'y a pas d'alarme sonore dans le couloir du rez-de-chaussée de l'unité D-100 et il n'y en a pas non plus dans les couloirs du deuxième étage des unités C-200 et D-200, notamment entre le centre et la fin des couloirs de ces unités.

Durant cette inspection, l'inspectrice 546 a vérifié le système de sonnettes d'appel de l'unité à accès sécurisé pour personnes atteintes de démences située au rez-de-chaussée. Dans le couloir de

l'unité C-100 du rez-de-chaussée, il n'y avait pas d'alarme sonore lorsqu'un appel était fait en appuyant sur le bouton de la console dans les chambres, notamment dans les chambres 101, 102, 105, 107, 110, 111, 112 et 114, en tirant sur le cordon ou en appuyant sur la sonnette dans le cabinet d'aisances, la salle de bain ou la salle de douche. Lors d'un entretien, le PSSP de l'unité sécurisée a indiqué à l'inspectrice qu'il se fiait aux lumières à l'extérieur des chambres, dans le corridor.

Durant cette inspection également, l'inspectrice 126 a affirmé que lorsqu'un appel était fait dans les chambres, notamment dans les chambres 126, 127, 128, 130 et 132, il n'y avait pas d'alarme sonore dans le couloir de l'unité D-100 du rez-de-chaussée. De plus, l'inspectrice 550 a affirmé que lorsqu'une sonnette était activée dans les chambres, notamment dans les chambres 210, 227, 228, 229 et 231, il n'y avait pas d'alarme sonore dans le couloir des unités C-200 et D-200 du deuxième étage. Il convient de noter qu'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est requis dans les aires identifiées accessibles aux résidents, conformément à l'alinéa 17 (1) e) du Règl. de l'Ont. 79/10. Le fait qu'il n'y ait peut-être que des résidents dans certaines aires n'exclut pas la nécessité d'une alarme sonore pour tous les membres du personnel, particulièrement le soir et la nuit quand l'effectif est réduit. Le fait que le système de sonnettes d'appel ne produise pas d'alarme sonore dans ces aires pour les résidents, le personnel et les visiteurs crée un risque potentiel pour la santé, la sécurité, le confort et le bien-être des résidents qui ne sont peut-être pas capables d'appeler ou de faire appeler quelqu'un pour avoir l'aide du personnel ou d'un visiteur.

Ce non-respect a fait l'objet d'un plan de redressement volontaire durant l'IQSR de mai 2014. L'administrateur a informé l'inspectrice que, bien que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel ait été examiné par un technicien, il n'avait pas été réparé en raison des coûts. À la date de clôture de cette inspection, il n'y avait pas d'alarme sonore dans le couloir de l'unité sécurisée ni en provenance des chambres énumérées précédemment. (546)

<b>Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :</b>	30 juin 2015
---	--------------

**RÉEXAMEN ET APPELS****AVIS IMPORTANT :**

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au titulaire de permis.

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

**Directeur**

a.s. du commis aux appels  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
TORONTO (Ontario) M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du greffier  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5

**et Directeur**

a.s. du commis aux appels  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
TORONTO (Ontario) M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

**Date de délivrance :**

**Signature de l'inspecteur :** Original signé par  
**Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :** Susan Wendt  
**Bureau régional de services :** Ottawa