



**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° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
28 avril 2016	2016_286547_0010	008233-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

#### Titulaire de permis

CENTRE D'ACCUEIL ROGER-SÉGUIN  
435, rue Lemay, Clarence Creek ON K0A 1N0

#### Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL ROGER-SÉGUIN  
435, rue Lemay, Clarence Creek ON K0A 1N0

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

LISA KLUKE (547), LINDA HARKINS (126), 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.

Cette inspection s'est tenue les 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 et 14 avril 2016.

Les inspections suivantes ont été menées à la suite d'incidents graves durant cette inspection de la qualité des services aux résidents :

les registres 005932-15 et 004660-16 liés à des chutes ayant nécessité un transport à l'hôpital et provoqué un changement important de l'état de santé.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec des résidents, des familles, le président du conseil des résidents, le personnel infirmier autorisé et non autorisé, des aides-diététistes, le superviseur, le personnel d'entretien, le personnel des services de réadaptation, la diététiste agréée, la directrice des soins et l'administrateur.



**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***

De plus, l'équipe d'inspection a examiné le dossier de santé de certains résidents, les documents concernant la préparation alimentaire, notamment les menus planifiés, les rapports sur les besoins diététiques des résidents, le procès-verbal de la réunion du conseil des résidents, les documents du conseil des familles, des fiches signalétiques, la politique et les procédures concernant : la gestion du poids des résidents, l'enregistrement de la consommation alimentaire des solides et des liquides, les appareils de contention mécaniques, la prévention et le contrôle des infections. L'équipe d'inspection a observé divers aspects des soins aux résidents et l'interaction de ces derniers avec le personnel, ainsi que l'administration de médicaments et le service de plusieurs repas.

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

- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- 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;
- réponse aux incidents graves;
- services de soutien personnel;
- soins de la peau et des plaies.

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

- 8 AE
- 4 PRV
- 0 OC
- 0 RD
- 0 OTA

**NON-RESPECTS****Définitions**

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

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).**

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

**8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :**

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;**  
**b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 8 (1) b), aux termes duquel, lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés. Le foyer n'a pas respecté la politique suivante :

Aux termes de l'alinéa 68 (2) d) du Règl. de l'Ont. susmentionné, le foyer est tenu d'avoir un système pour surveiller et évaluer la prise d'aliments et de liquides des résidents et de déterminer les risques liés à la nutrition et à l'hydratation.

La politique du foyer intitulée « Enregistrement de la consommation alimentaire, des solides et des liquides » (SD-NUT 2519), datée d'août 2005 et mise à jour en novembre 2014, indiquait ce qui suit :

« Objectif : répondre aux exigences du ministère de la Santé en compilant des données aussi exactes que possible sur la consommation alimentaire (solides et liquides) des résidents, pour déterminer si leur consommation alimentaire est adéquate et répond à leurs besoins. »

« Marche à suivre : Le personnel recevra la formation nécessaire pour recueillir les données sur la consommation de solides et de liquides et les documenter dans le registre approprié. »

Le foyer a mis en place une feuille de cheminement destinée au « rapport diététique » pour surveiller et évaluer la prise d'aliments et de fluides des résidents. Les feuilles de cheminement du rapport diététique sont utilisées pour documenter la prise d'aliments et de liquides des résidents et mises à jour après le service de chaque repas et de chaque collation.

Le résident 015 a été admis au foyer en 2001 avec de multiples diagnostics.

Un examen du dossier de santé du résident a révélé qu'entre août 2015 et mars 2016, le résident 015 avait perdu un certain nombre de kilogrammes (kg).

Un examen des feuilles de cheminement constituant le rapport diététique visant une période de 31 jours qui s'étalait de mars à avril 2016 a révélé que l'apport alimentaire du résident 015 n'avait été consigné que 8 fois au petit-déjeuner, 9 fois au déjeuner et 7 fois au dîner.

Lors d'un entretien, l'aide-diététiste 111 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle était l'employée chargée d'obtenir et de consigner la consommation alimentaire des résidents d'une salle à manger particulière sur les feuilles de cheminement du rapport diététique. L'aide-diététiste 111 a confirmé que le résident 015 mangeait dans la salle à manger de l'unité concernée et faisait partie du groupe auquel elle était assignée. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que seuls les besoins des résidents identifiés comme étant à haut risque sur le plan nutritionnel étaient consignés sur les feuilles de cheminement du rapport diététique et que les besoins des autres résidents, qui n'étaient pas considérés comme étant à haut risque, n'étaient consignés que si on avait le temps.

Lors d'un entretien, la diététiste du foyer a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 015 avait récemment été diagnostiqué d'un nouveau problème de santé. Elle a également affirmé que, faute de temps dans la salle à manger, seuls les besoins des résidents identifiés comme étant à haut risque sur le plan nutritionnel devaient être consignés sur les feuilles de cheminement du rapport diététique. La diététiste a indiqué à l'inspectrice 592 que les résidents identifiés comme étant à haut risque étaient ceux qui perdaient du poids ou dont le poids était surveillé, qui présentaient un risque de suffocation ou qui avaient plusieurs restrictions alimentaires. La diététiste a indiqué que le personnel devait signaler verbalement tout problème touchant les résidents qui n'étaient pas à haut risque et que cette méthode avait été provisoirement mise en place pour que l'on puisse se concentrer sur les résidents à haut risque au lieu de choisir au hasard, faute de temps, les résidents dont il fallait documenter les besoins. La politique SDNUT 2519 du foyer n'établit pas de distinction entre les résidents à haut risque et ceux à faible risque en ce qui concerne la surveillance de la consommation alimentaire.

Après l'entretien avec la diététiste, les feuilles de cheminement du rapport diététique ont été examinées pour les résidents identifiés sur l'aide-mémoire diététique du foyer, dans la salle à manger de l'unité concernée, comme étant à haut risque. Les résidents 044, 032 et 057 sont identifiés sur cette liste comme étant à haut risque en matière de besoins nutritionnels.

Le rapport diététique du résident 044 visant une période de 32 jours qui s'étalait de mars à avril 2016 indiquait que la documentation de la consommation alimentaire au petit-déjeuner avait été sautée 4 fois, celle du service de la collation du matin 3 fois, celle du déjeuner 1 fois, celle du service de la collation de l'après-midi 3 fois, celle du dîner 25 fois et celle du service de la collation du soir 5 fois.

Selon le rapport diététique du résident 032 visant une période de 32 jours qui s'étalait de mars à avril 2016, la consommation alimentaire au petit-déjeuner avait été sautée 21 fois, celle du service de la collation du matin 4 fois, celle du déjeuner 3 fois, celle du service de la collation de l'après-midi 8 fois, celle du dîner 24 fois et celle du service de la collation du soir 2 fois.

Selon le rapport diététique du résident 057 visant une période de 32 jours qui s'étalait de mars à avril 2016, la documentation de la consommation alimentaire au petit-déjeuner avait été sautée 9 fois, celle du service de la collation du matin 8 fois, celle du déjeuner 5 fois, celle du service de la collation de l'après-midi 10 fois, celle du dîner 26 fois et du service de la collation du soir 5 fois.

Lors d'un entretien le 13 avril 2016, la diététiste a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle ne savait pas que les besoins des résidents identifiés comme étant à haut risque sur le plan nutritionnel n'étaient pas consignés dans le rapport diététique à chaque repas et à chaque service de collation et a confirmé que la politique écrite du foyer concernant la documentation de la prise d'aliments et de liquides par les résidents n'était pas respectée. [alinéas 8 (1) a) et 8 (1) b)]

2. Aux termes de l'alinéa 68 (2) a) du Règl. de l'Ont. susmentionné, le programme de soins nutritionnels et d'hydratation doit inclure l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de procédures liées aux soins nutritionnels, aux services de diététique et à l'hydratation. Le programme de soins nutritionnels doit comprendre un système de surveillance du poids.

La politique du foyer SDNUT 2501 intitulée « Prise de la taille et du poids du résident », datée de mars 2008 et mise à jour en novembre 2014, indiquait ceci :

« Le diététiste ou le superviseur du service d'alimentation évaluera chaque mois le poids de chaque résident afin de prendre les mesures nécessaires, au besoin ».

La marche à suivre indiquait ceci :

« L'infirmière responsable consignera chaque mois le poids du résident. S'il y a un écart de plus de 2 kg, le résident doit être pesé de nouveau pour assurer que le poids est exact. Si un écart de 2 kg est maintenu, l'infirmière demandera une consultation avec un diététiste et indiquera l'observation d'un changement considérable dans le poids du résident ».

Le résident 012 a été admis en 2015 avec de multiples diagnostics.

Un examen du dossier de santé du résident 012 indiquait que son poids avait diminué au cours d'une période de trois mois en 2016.

- Un jour de janvier 2016, le poids du résident a été consigné.
- Un jour de mars 2016, le poids du résident a été consigné et indiquait une perte de 4,6 kg par rapport au poids noté en janvier 2016.

Le résident 044 a été admis en 2015 avec de multiples diagnostics.

Un examen du dossier de santé du résident 044 a révélé que son poids avait diminué au cours d'une période de deux mois en 2016.

- Un jour de janvier 2016, le poids du résident 044 a été consigné.
- Un jour de février 2016, le poids de ce résident a été consigné et indiquait une perte de 7,6 kg.

Lors d'un entretien le 12 avril 2016, la PSSP 115 a indiqué à l'inspectrice 592 que le personnel prenait le poids de chaque résident mensuellement et le notait sur une feuille assignée à chaque unité pour que l'infirmière l'examine.

Lors d'un entretien, l'IA 113 a montré à l'inspectrice 592 la feuille de suivi du système de surveillance pondérale et indiqué que les poids devaient être pris mensuellement et consignés par les PSSP sur la feuille de suivi intitulée « poids mensuel ». Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que si un poids consigné n'était pas cohérent et montrait une augmentation ou une baisse approximative de 10 kg, elle demandait au PSSP de peser le résident une seconde fois. L'IA 113 a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'était pas précisé quand aiguiller les résidents subissant une perte de poids vers la diététiste étant donné que celle-ci a son propre système de suivi. Elle a indiqué à l'inspectrice 592 que la perte de poids du résident 012 consignée pour la période de février à mars 2016 ne représentait pas une perte de poids importante et qu'il était donc inutile d'en informer la diététiste.

Lors d'un entretien, l'IA 108 a indiqué à l'inspectrice 592 que la diététiste était la personne chargée de surveiller le poids du résident. Elle a indiqué à l'inspectrice 592 que la perte de poids du résident 044 n'avait pas été portée à l'attention de la diététiste parce que c'était à la diététiste de surveiller le poids des résidents dans le système et que la diététiste demandait au personnel de peser les résidents une seconde fois.

Lors d'un entretien le 12 avril 2016, la diététiste du foyer a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 012 avait été admis avec un poids supérieur à la normale. La diététiste a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle n'avait pas été informée du changement important dans l'état des deux résidents et que, pour cette raison, il n'y avait pas eu d'évaluations ni d'interventions. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que la dernière évaluation du résident 012 et la dernière évaluation du résident 044 avaient été réalisées en janvier 2016 et qu'elle aurait dû être informée par le personnel infirmier que le résident 012 avait subi une perte de poids. [alinéa 8 (1) a) et 8 (1) 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 le foyer respecte sa politique écrite concernant les marches à suivre en matière de soins nutritionnels, de services de diététique et d'hydratation pour la surveillance de la consommation d'aliments et de liquides et la surveillance des changements dans le poids des résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9 (Portes).**

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

**9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :**  
**2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Le Centre D'Accueil Roger-Séguin est un foyer à deux étages abritant au total quatre unités.

Le 4 avril 2016, l'inspectrice 592 a observé deux salles de matériel souillé qui n'étaient pas dotées de verrous et étaient accessibles aux résidents sans supervision du personnel.

L'une des salles de matériel souillé au deuxième étage contenait un savon mousse de luxe pour les mains dans des contenants en plastique rangés dans une armoire, des contenants à déchets, des chargeurs de batterie d'appareil de levage et trois sacs à linge sale blancs étiquetés « souillé ».

L'autre salle de matériel souillé au rez-de-chaussée contenait : 1 gallon de nettoyant sans rinçage pour planchers *Wash'n Walk*, 1 gallon de nettoyant-désinfectant-désodorisant et 1 gallon de détergent rangé par terre, tous reliés à une distributrice centrale.

Comme l'indique la feuille de données sur la sûreté des matériaux (FDSM) fournie par le foyer, l'un des trois produits, le nettoyant sans rinçage pour planchers *Wash'n Walk*, est classé dans la catégorie D2A e dans la catégorie D2B aux fins du Système d'information sur les matériaux dangereux utilisés au travail (SIMDUT). Un produit de catégorie D2A est un matériau très toxique et un produit de catégorie D2B est un matériau toxique.

Lors d'un entretien le 7 avril 2016, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 592 que les deux salles de matériel souillé n'étaient pas des aires résidentielles. Durant cet entretien, l'administrateur a discuté avec un superviseur

du personnel chargé de l'entretien, qui a indiqué à l'inspectrice 592 que ces portes n'étaient pas dotées de verrous. L'administrateur a indiqué à l'inspectrice 592 qu'un verrou serait installé dès que possible sur la porte de chacune des deux salles de matériel souillé. [alinéa 9 (1) 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 toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles, comme les salles de matériel souillé, devaient être équipées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. 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. 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 veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents.

Aux fins du présent rapport, un système de communication bilatérale est un système de sonnette d'appel.

Le foyer compte trois salles à manger au total.

Le 4 avril 2016, l'inspectrice 592 a constaté que les salles à manger de l'unité du rez-de-chaussée réservée aux résidents atteints de démences et les salles à manger du deuxième étage n'étaient pas dotées d'un système de communication bilatérale accessible aux résidents.

Lors d'un entretien, l'aide à la réadaptation 100 et le PSSP 103 ont indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'y avait pas de système de sonnette d'appel dans les deux salles à manger et que, si elles avaient besoin d'aide pour une urgence, elles quittaient la salle à manger et allaient chercher un membre du personnel infirmier autorisé au poste infirmier.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il ne savait pas que les deux salles à manger n'étaient pas dotées d'un système de communication bilatérale. [alinéa 17 (1) e)]

2. L'inspectrice 547 a noté le 11 avril 2016 que les quatre aires de séjour appelées « salons » dans chaque unité du foyer n'étaient pas dotées d'un système de communication bilatérale.

Le 6 avril 2016, l'inspectrice 547 a interrogé un résident assis dans un fauteuil berçant de l'aire de séjour du côté est du rez-de-chaussée et il n'y avait aucun membre du personnel avec le résident, qui était assis là tout seul.

L'inspectrice 547 a interrogé l'administrateur le 12 avril 2016 au sujet de l'absence de système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans ces aires de séjour et a confirmé qu'il n'y avait pas systèmes de sonnette d'appel dans les « salons ». L'administrateur a indiqué que ces salles de séjour devaient être utilisées par les résidents du foyer et que de nouveaux fauteuils berçants avaient été achetés récemment pour le confort des résidents. Il a été noté que l'aire de séjour du côté ouest du deuxième étage était dotée d'un grimpeur d'escalier exerciceur faisant face à la fenêtre et utilisé par les résidents, et un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est en place dans cette aire. L'administrateur a indiqué qu'il ne savait pas que, dans ces aires, on n'avait pas installé de systèmes de sonnette d'appel pour les résidents. [alinéa 17 (1) e)]

#### **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 salles à manger et les aires de séjour auxquelles ont accès les résidents soient dotées d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel. 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. 31 (Contention au moyen d'appareils mécaniques).**

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

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

**31. (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**  
**4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention.**

**31. (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**  
**5. Le résident a consenti à être maîtrisé ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement a consenti à ce qu'il le soit.**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer que la contention du résident 016 au moyen d'un appareil mécanique (tablette) est prévue dans le programme de soins, que le programme de soins concernant la contention comprenne un ordre du médecin pour la tablette et les côtés de lit, que le programme de soins concernant la contention comprenne le consentement du mandataire spécial et le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer que, lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique aux termes du paragraphe (1), il s'assure le titulaire de permis veille à ce que : b) le résident est surveillé pendant qu'il est maîtrisé, conformément aux exigences que prévoient les règlements; 2007, chap. 8, alinéa 31 (3).

Le résident 016 a été admis au foyer en 2013 avec de multiples diagnostics.

En avril 2015, le résident 016 a été vu dans un fauteuil roulant avec une ceinture de sécurité attachée à l'avant et une tablette. Le résident 016 était incapable de détacher la ceinture de sécurité et d'enlever la tablette en la poussant. Le résident 016 a été vu de nouveau trois jours plus tard, en après-midi, alors qu'il dormait dans son lit avec les deux côtés de lit en position relevée.

Le dossier de santé du résident 016 a été examiné par l'inspectrice 126 et cet examen n'a révélé aucun ordre du médecin concernant l'application de la tablette et l'utilisation des deux côtés de lit complets lorsque le résident était au lit. La tablette n'était pas prévue dans le programme de soins. Il n'y avait pas de documentation concernant l'obtention du consentement du mandataire spécial pour l'application de la tablette ou l'utilisation des côtés de lit.

Les PSSP et le personnel infirmier autorisé du deuxième étage ont indiqué à l'inspectrice 126 que l'utilisation de la contention était surveillée chaque heure et que cette surveillance devait être documentée dans le classeur des mesures de contention. Le classeur des mesures de contention a été examiné et il a été noté que l'application de la ceinture de sécurité avait été surveillée et documentée pour le résident 016 mais que l'application de la tablette et des deux côtés de lit ne l'avait pas été. L'IA 113 a déterminé que la tablette du résident 016 et les côtés de lit employés pour maîtriser le résident devaient être documentés dans le classeur des mesures de contention.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 126 que tous les moyens de contention utilisés pour les résidents du foyer avaient été examinés récemment et que les renseignements concernant la

contention du résident 016 auraient dû être à jour puisque ce résident était au foyer depuis un moment déjà.  
[par. 31 (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 du résident et toutes les exigences concernant ces moyens de contention sont respectés. 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. 73 (Service de restauration et de collation).**

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

**73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :**  
**8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les repas soient servis un plat après l'autre, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le 11 avril 2016 vers 12 h 10, l'inspectrice 126 a observé que le PSSP 114 a commencé à servir le dessert aux résidents qui n'avaient pas fini leur plat principal.

Les résidents 045 et 046 ont reçu le dessert alors qu'ils n'avaient pas fini leur plat principal. Le résident 047 a été vu en train de prendre le plat principal lorsque le dessert lui a été servi. Il a poussé le plat principal et a commencé à manger le dessert.

L'aide-diététiste 118 a indiqué à l'inspectrice 126 qu'on commençait à servir le dessert à la première table même si les résidents n'ont pas fini leur plat principal. La diététiste agréée a indiqué que les résidents devaient être servis un repas après l'autre et qu'à ce moment-là, au foyer, aucun résident n'avait été reconnu comme ayant besoin de se voir servir le dessert en même temps que son plat principal.

L'inspectrice 126 a examiné le programme de soins des résidents 045, 046 et 047 et n'y a trouvé aucune information documentant que ces résidents avaient besoin de se voir servir simultanément tous les plats.  
[alinéa 73 (1) 8]

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107 (Rapports : incidents graves).**

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

**(3.1) Si un incident qui se produit cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire de permis fait ce qui suit :**

- a) il contacte l'hôpital dans les trois jours civils après que l'incident s'est produit pour établir si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident;**
- b) s'il est établi que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il est toujours incapable d'établir si la lésion a effectivement provoqué un tel changement, il informe le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après que celui-ci s'est produit et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (4). Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (3).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé au plus tard dans les trois jours ouvrables si un incident qui se produit cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital.

Si le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, il contacte l'hôpital dans les trois jours civils après que l'incident s'est produit pour établir si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident et il informe le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après que celui-ci s'est produit.

Un jour de janvier 2016, le résident 041 a été trouvé par terre dans la salle de toilette. Le résident 041 hurlait et se plaignait de douleur lorsqu'il a été mobilisé et sa pression artérielle était élevée. Le résident 041 a été envoyé à l'hôpital pour subir un examen. Le résident 041 est rentré au foyer cinq jours plus tard avec une fracture d'une région du corps.

L'inspectrice 126 a interrogé le directeur des soins, qui a indiqué que le directeur avait été informé sept jours après que le résident a été envoyé à l'hôpital, pas dans le délai requis prévu au présent article. [par. 107 (3.1)]

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 219 (Recyclage).**

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

**219. (4) Le titulaire de permis veille à ce que la formation et le recyclage du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections prévus à la disposition 9 du paragraphe 76 (2) et au paragraphe 76 (4) de la Loi comprennent ce qui suit :**

- a) l'hygiène des mains;**
- b) les modes de transmission des infections;**

- c) les pratiques de nettoyage et de désinfection;**  
**d) l'utilisation d'équipement de protection individuelle. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 219 (4).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation et le recyclage du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections prévus à la disposition 9 du paragraphe 76 (2) et au paragraphe 76 (4) de la Loi comprennent les pratiques de nettoyage et de désinfection.

Le 28 avril 2016, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins du foyer au sujet de la documentation fournie annuellement au personnel pour qu'il puisse se recycler dans le domaine des pratiques de prévention et de contrôle des infections. La directrice des soins a indiqué qu'elle était la personne responsable du programme de prévention et de contrôle des infections au foyer et que le foyer suivait les meilleures pratiques du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Elle a également indiqué qu'elle n'avait pas prévu de recyclage sur l'obligation relative aux pratiques de nettoyage et de désinfection au foyer dans le cadre de la formation sur la prévention et le contrôle des infections offerte au personnel infirmier à l'automne 2015. La directrice des soins est consciente que ceci est une lacune du programme de recyclage offert l'an dernier.

La directrice des soins a également indiqué que l'utilisation du même coupe-ongles pour plusieurs résidents notée dans le non-respect du par. 229 (4) dans le présent rapport aurait éventuellement pu être prévenue car la pratique en vigueur au foyer veut que chaque résident ait son coupe-ongles personnel, étiqueté à son nom et utilisé uniquement pour ce résident. La directrice des soins a compris que si une formation annuelle avait été offerte pour qu'il puisse se recycler comme il se doit, le personnel infirmier aurait su que l'utilisation de la solution nettoyante pour la baignoire n'était pas une méthode conforme aux meilleures pratiques du CCPMI pour stériliser les coupe-ongles entre les utilisations et elle réitéré que, conformément à la pratique en vigueur au foyer, il ne fallait pas utiliser le même coupe-ongles ou d'autres articles personnels pour différents résidents. [alinéa 219 (4) c)]

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).**

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections concernant l'utilisation des coupe-ongles.

L'inspectrice 592 a vu des coupe-ongles non étiquetés au fond de la baignoire dans deux salles de baignoire distinctes le 4 avril 2016.

Dans l'une des salles de baignoire qui avaient été identifiées le 4 avril 2016, l'inspectrice 547 a vu des coupe-ongles non étiquetés au fond de la baignoire trois jours plus tard. Cette baignoire était propre et sèche. Le coupe-ongles non étiqueté ne contenait pas de rognures d'ongles et était mouillé.

Deux autres coupe-ongles non étiquetés ont été vus sur la baignoire, ouverts et, eux aussi, sans rognures d'ongles et mouillés. L'autre salle de baignoire identifiée le 4 avril 2016 a également été observée et il y avait des coupe-ongles non étiquetés dans l'armoire à côté de cette baignoire.

L'inspectrice 547 a interrogé le PSSP 119 qui travaillait à l'étage où se trouvaient ces deux salles de baignoire et a indiqué que tous les résidents avaient leur propre coupe-ongles étiqueté à leur nom et qu'ils l'apportaient à la salle de baignoire le jour de leur bain. Le foyer a également d'autres coupe-ongles qui ne sont pas étiquetés, car quelques résidents n'ont pas leur coupe-ongles personnel. Le PSSP 119 a également indiqué qu'une fois le bain terminé, les PSSP lavaient tous les articles à usage commun comme les peignes et les coupe-ongles avec la solution nettoyante de la baignoire, les séchaient et les remettaient dans la corbeille pour le prochain résident. L'inspectrice 547 a noté que la solution nettoyante utilisée pour les baignoires et les douches n'était pas une solution désinfectante à forte concentration.

L'inspectrice 547 a interrogé le PSSP 106 à un autre étage du foyer, indiqué que tous les résidents du foyer avaient leur coupe-ongles personnel portant leur nom et que le foyer ne gardait pas d'autres coupe-ongles dans les salles de baignoire. Si un résident n'a pas son coupe-ongles, les PSSP doivent aller en chercher un neuf au poste infirmier et inscrire le nom du résident dessus.

L'inspectrice 547 a interrogé l'IA responsable 108 affectée à cet étage pour connaître les exigences du foyer concernant la coupe des ongles des résidents et savoir à quoi servaient les autres coupe-ongles non étiquetés dans les salles de baignoire. L'IA responsable 108 a indiqué qu'aucun autre coupe-ongles ne devait être gardé dans les salles de baignoire car, si un résident a besoin d'un coupe-ongles, chaque étage garde une provision de coupe-ongles neufs qui doivent être étiquetés et que les résidents peuvent garder dans leur bac personnel dans leur chambre. L'IA responsable 108 a indiqué qu'il n'y avait pas de marche à suivre pour nettoyer des coupe-ongles non étiquetés avec la solution nettoyante pour la baignoire puisque les coupe-ongles ne doivent jamais être partagés.

L'inspectrice 547 a interrogé l'IA 113 de l'étage où des coupe-ongles non étiquetés ont été trouvés dans les salles de baignoire, pour savoir quelles étaient les exigences du foyer concernant les coupe-ongles des résidents, et elle a indiqué que chaque résident avait son coupe-ongles personnel étiqueté à son nom. L'IA responsable 113 a indiqué que, par mesure de sécurité, certains résidents ne gardaient pas leur coupe-ongles dans leur chambre mais que les coupe-ongles devaient quand même être étiquetés et gardés dans les salles de baignoire pour ces résidents. Aucun coupe-ongles non étiqueté ne doit être utilisé ou nettoyé après son utilisation puisque les coupe-ongles ne doivent pas être partagés.

Lors d'un entretien au sujet de l'utilisation de coupe-ongles non étiquetés à usage commun à cet étage du foyer, la directrice des soins a indiqué que le foyer n'avait pas de politique ni de marche à suivre concernant le nettoyage et la désinfection des coupe-ongles des résidents; cependant, conformément aux meilleures



**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***

pratiques du CCPMI, chaque résident doit avoir un coupe-ongles étiqueté pour son propre usage et aucun coupe-ongles à usage commun ne doit être utilisé au foyer.

Il n'y a pas de mesures en place pour le nettoyage, la désinfection ou la stérilisation du matériel réutilisable ou partagé par plusieurs résidents qui crée un risque potentiel d'infection par contamination croisée pour les résidents. [par. 229 (4)]

---

Date de délivrance : 18 mai 2016

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.