



Ministry of Health and  
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

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

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St., 4<sup>th</sup> 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

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

### Copie destinée au public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
22 mai 2014	2014_289550_0016	O-000361-14	Inspection de la qualité au nom des résidents
<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>Inspecteur(s)</b> JOANNE HENRIE (550), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), LINDA HARKINS (126), LYNE DUCHESNE (117)			
<b>Résumé de l'inspection</b>			

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

L'inspection s'est tenue les 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 et 15 mai 2014.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec l'administrateur, la directrice des soins, le diététiste-chef des services alimentaires, la directrice des activités, le directeur des services environnementaux, le superviseur des services alimentaires, plusieurs infirmières autorisées (IA), le coordonnateur de l'évaluation des résidents (RAI), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), plusieurs aides aux activités, plusieurs aides-diététistes, un cuisinier, plusieurs aides à l'entretien ménager, un adjoint administratif, plusieurs résidents et membres de la famille.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur a examiné le dossier de santé des résidents, le procès-verbal de la réunion du Conseil des résidents et plusieurs politiques, notamment « Contrôle et entreposage des stupéfiants (Index 3.3 daté de novembre 2006), « Vérification de la température des réfrigérateurs et congélateurs" (SD-NUT 2524, mis à jour en janvier 2013) et « Résident sous contentions et/ou utilisation d'appareils et dispositifs d'assistance personnel (ADAP) (protocole 6000, révisé juillet 2013) », ainsi que le classeur de données sur la sûreté des matériaux. L'inspecteur a également observé les soins et les services offerts aux résidents.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

services d'hébergement – entretien;  
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
dignité, liberté de choisir et vie privée;  
observation du service de restauration;  
conseil des familles;  
qualité des aliments;  
hospitalisation et changement de l'état du résident;  
prévention et contrôle des infections;  
médicaments;  
recours minimal à la contention;  
nutrition et hydratation;  
douleur;  
services de soutien à la personne;  
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;  
conseil des résidents;  
comportements réactifs;  
foyer sûr et sécuritaire.

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

## NON-RESPECTS

### Définitions

**AE** — Avis écrit  
**PRV** — Plan de redressement volontaire  
**RD** — Renvoi de la question au directeur  
**OC** — Ordres de conformité  
**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 de l'Ontario 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 ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéas 17 (1) a) et g), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale qui réunit les conditions suivantes :

- il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;
- 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.

Dans ce rapport, le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est communément appelé « sonnette d'appel ».

Lors d'un entretien le 13 mai 2014, le superviseur des services environnementaux a expliqué à l'inspecteur 550 que les sonnettes d'appel étaient vérifiées chaque mois dans le cadre de l'inspection de sécurité du foyer. Leur processus n'inclut aucune vérification permettant d'assurer que les sonnettes d'appel sont accessibles aux résidents, aux visiteurs et aux employés.

Chambre 101-B : le boîtier de la sonnette d'appel de cette chambre n'a pas de bouton ni de cordon. Pour activer la sonnette d'appel, il faut pousser latéralement la petite pièce de métal qui est attachée au boîtier. Observation faite par l'inspecteur 545 le 6 mai 2014.

Chambre 107 : le boîtier de la sonnette d'appel de cette chambre n'a pas de bouton ni de cordon. Pour activer la sonnette d'appel, il faut pousser latéralement la petite pièce de métal qui est attachée au boîtier. Observation faite par l'inspecteur 545 le 6 mai 2014.

Le superviseur des services environnementaux a expliqué à l'inspecteur 545 que de nombreuses chambres de résidents de l'unité des personnes atteintes de démence n'ont ni cordon ni bouton attaché au boîtier de la sonnette d'appel parce que le système est si vieux qu'il est devenu impossible d'obtenir les pièces nécessaires pour réparer les cordons cassés. Étant donné que les cordons posent un risque d'étranglement pour de nombreux résidents de l'unité des personnes atteintes de démence et qu'un grand nombre de ces résidents sont incapables d'activer leur sonnette d'appel eux-mêmes, le foyer a décidé d'enlever les cordons de leurs sonnettes d'appel et, pour la plupart, sans les remplacer par un autre dispositif.

Chambre 124 : Le boîtier de la sonnette d'appel est situé au-dessus du lit du résident. L'adaptateur du cordon est branché dans le boîtier mais il n'y a ni cordon ni bouton attaché au boîtier pour activer la sonnette d'appel. Pour être activé, le bout de l'adaptateur doit être débranché du boîtier. L'inspecteur 550 a été incapable d'activer la sonnette d'appel dans la chambre de ce résident. Observation faite par l'inspecteur 550 les 7 et 13 mai 2014.

Salle de bain et de douche du rez-de-chaussée de l'unité des personnes atteintes de démence : la sonnette d'appel du côté gauche de la baignoire ne peut pas être activée parce qu'il manque la pièce de métal. Observation faite par l'inspecteur 545 le 7 mai 2014.

Salle de bain adaptée aux résidents dans le couloir du rez-de-chaussée : le boîtier de la sonnette d'appel est sur le mur, à environ trois pieds de la toilette, du côté droit. Elle n'a pas de tirette et il est impossible de la rejoindre lorsqu'on est assis sur la toilette. Un appel pour obtenir de l'aide ne peut être fait qu'en glissant la pièce de métal qui est attachée au boîtier sur le mur. Observation faite les 7 et 13 mai par l'inspecteur 550.

Salle de bain et de douche du deuxième étage de l'aile C :

Le 5 mai 2014 à 15 h 39 – Durant un entretien, l'employé 1021 et l'employé 1022 ont affirmé à l'inspecteur 117 qu'ils ne savaient pas s'il y avait une sonnette d'appel dans la salle de bain et de douche car ils n'en avaient vu aucune. Ils ont expliqué que le personnel de jour donnait habituellement les bains et qu'en principe il fallait se mettre à deux pour donner le bain. On a par la suite localisé la sonnette d'appel, qui était fixée au mur à côté d'une étagère. Cette étagère se trouve entre le mur et la baignoire et elle est remplie de linge. La sonnette d'appel n'était ni visible ni accessible en raison du linge qui fait obstruction.

Durant l'observation d'un résident le 7 mai 2014, l'inspecteur 550 a remarqué que le cordon de la sonnette d'appel du résident n° 115 était attaché au cordon de la lampe au-dessus du lit. En raison de l'emplacement du lit, lorsque le résident n° 115 est assis dans son fauteuil roulant comme il ou elle l'était au moment de l'observation, il lui est impossible d'accéder à la sonnette d'appel. Il lui faut utiliser sa canne à quatre pieds et marcher jusqu'à la salle de bain pour activer la sonnette d'appel. Son fauteuil roulant est trop large pour le cadre de la porte de la salle de bain.

Lors de nombreuses observations faites à l'étape 1 de l'inspection, tous les inspecteurs ont remarqué que les sonnettes d'appel ne pouvaient pas être entendues au bout des couloirs lorsqu'elles sont activées. Les haut-parleurs du système de sonnettes d'appel des infirmières sont situés aux postes de soins infirmiers qui se trouvent à l'entrée de chaque couloir. L'unité sécurisée a une entrée dotée de portes qui restent toujours fermées et cette unité fait face au poste de soins infirmiers. Les sonnettes d'appel activées dans l'unité sécurisée ne s'entendent pas lorsqu'on est dans le couloir ou dans la chambre d'un résident, ceci à partir des chambre 104 et 115 et jusqu'au bout du couloir. Les sonnettes d'appel ne s'entendent pas de l'intérieur de la salle de bain et de douche de cette unité.

L'administrateur a indiqué à l'inspecteur 550 que des haut-parleurs supplémentaires seraient installés pour résoudre ce problème. [par. 17. (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 le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale qui réunit les conditions suivantes :

- il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;
- 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. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 37 (Effets personnels et aides personnelles).**

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

**37. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :**

- a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;**
- b) nettoyés au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 37 (1) a), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives : a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Durant l'inspection de la qualité au nom des résidents, les inspecteurs 545, 550, 117 et 126 ont observé des effets personnels non étiquetés dans des chambres de résidents, des salles de bain et des salles de bain communes dans divers secteurs du foyer.

- Salle de bain et de douche du premier étage : un gros coupe-ongles; un déodorant Arrid; un déodorant Tom's Natural.
- Salle de bain et de douche de l'unité des personnes atteintes de démence (rez-de-chaussée) : une lotion après-rasage Adidas; un pain de savon dans un contenant en plastique.

Le 12 mai 2014, durant une observation de 22 fauteuils roulants dans la salle à manger du deuxième étage, l'inspecteur 545 et l'IAA 1010 ont observé 7 résidents sur 22 assis dans des fauteuils roulants qui n'avaient pas été étiquetés avec leurs noms. L'IA 1010 a expliqué que les fauteuils roulants auraient dû être correctement étiquetés pour identifier le matériel personnel des résidents.

Des effets personnels dans les salles de bains communes suivantes n'étaient pas identifiés :

- salle 141 : bâton de déodorant, crème à raser, coupe-ongles, dentifrice, verre à prothèse dentaire;
- salle 212 : une brosse à dents;
- salle 108-8 : une brosse à cheveux;
- salle 126-A : trois brosses à dents, un verre à prothèse dentaire;
- salle 135-A : un verre à prothèse dentaire, dentifrice, une brosse à dents [alinéa 37 (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 le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que les effets personnels de tous les résidents, telles les prothèses dentaires, les lunettes et les aides auditives, soient étiquetés dans les 48 heures suivant l'admission et, dans le cas de nouveaux effets, dans les 48 heures suivant leur acquisition. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 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. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :**
- 3. Le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre.**
  - 4. Le consentement.**
  - 5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.**
  - 6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.**
  - 7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.**
  - 8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 110 (7) 3, 4, 5, 6, 7 et 8, dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser le résident 118 en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, n'a pas veillé à ce que les renseignements suivants soient documentés :
3. le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre;
4. le consentement;
5. le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu;
6. toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident;
7. tout dégagement de l'appareil et tout changement de position;
8. le retrait de l'appareil.

Les 7 et 12 mai 2014, l'inspecteur 545 a observé le résident 118 assis dans un fauteuil roulant inclinable avec la ceinture de sécurité à fermoir frontal bouclée. Lorsqu'on lui a demandé s'il pouvait défaire le fermoir frontal de la ceinture de sécurité, le résident 118 a regardé la ceinture mais a été incapable de la défaire.

Le 12 mai 2014, lors d'entretiens avec les PSSP 81013 et 81008, l'IAA 81012 et l'IA 81009, ceux-ci ont indiqué qu'une ceinture à fermoir frontal avait été bouclée tous les jours quand le résident 118 était debout dans son fauteuil roulant inclinable et tous ont affirmé que le résident 118 était incapable d'enlever la ceinture de sécurité à fermoir frontal utilisée pour le maîtriser dans le fauteuil roulant inclinable.

Le 13 mai 2014, la directrice des soins a indiqué qu'en janvier ou février 2013, le foyer avait fourni au résident 118 un fauteuil roulant inclinable doté d'une ceinture de sécurité à fermoir frontal intégré. La directrice des soins a indiqué que le fauteuil roulant inclinable venait de l'armoire de prêts du foyer.

Lors d'un entretien avec elle ou lui, l'IA 81010 a indiqué qu'une ceinture de sécurité à fermoir frontal pour le résident 118 n'avait jamais été commandée; par conséquent, aucune documentation n'a été trouvée dans le dossier de santé du résident 118. Le 12 mai 2014, lors d'un entretien avec elle ou lui, l'IA 81010 a indiqué qu'un consentement à l'utilisation quotidienne de la ceinture de sécurité à fermoir frontal pour maîtriser le résident 118 n'avait jamais été demandé; par conséquent, aucune documentation n'a été trouvée dans le dossier de santé du résident 118.

Le 12 mai 2014, lors d'entretiens avec eux, le PSSP 81008 et le PSSP 1013 ont indiqué qu'ils mettaient la ceinture de sécurité à fermoir frontal au résident 118 chaque fois qu'ils transféraient le résident dans son fauteuil roulant inclinable mais qu'ils n'avaient pas documenté l'application du dispositif ni l'heure de son application.

Lors d'un entretien avec elles ou eux, l'IAA 81012 et l'IA 81009 ont indiqué qu'ils ne documentaient pas l'évaluation, la réévaluation ni la surveillance du résident 118, ni la réaction du résident, parce qu'aucune feuille de surveillance des moyens de contention pour le résident 118 n'avait été ouverte.

Lors d'entretiens avec elles ou eux, les PSSP 81008 et 81013, l'IAA 81012 et l'IA 81009 ont indiqué qu'ils n'avaient pas documenté chaque retrait de la ceinture de sécurité à fermoir frontal ni chaque repositionnement du résident 118.

Lors d'entretiens avec elles ou eux, les PSSP 81008 et 81013, l'IAA 81012 et l'IA 81009 ont indiqué que le retrait de l'appareil, y compris l'heure du retrait de la ceinture de sécurité à fermoir frontal, n'étaient pas documentés. [alinéa 110 (7) 3]

#### **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 le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que, pour les résidents qui portent un appareil mécanique de contention, les renseignements suivants soient documentés :

- le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre;
- le consentement;
- le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu;
- toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident;
- tout dégagement de l'appareil et tout changement de position;
- le retrait de l'appareil. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 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 ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, disposition 129 (1) a) (ii), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sécurisés et verrouillés.

Durant cette inspection de la qualité au nom des résidents, les inspecteurs 550, 117 et 545 ont observé que des médicaments d'ordonnance étaient gardés dans les chambres et les salles de bain des résidents, sans l'autorisation d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure ou d'un autre prescripteur. Les observations particulières qui suivent ont été faites aux dates suivantes par plusieurs inspecteurs :

L'inspecteur 117 a observé ce qui suit les 7 et 8 mai 2014 :

- le résident 090, sur son ambulateur : inhalateurs avec aérochambre Ventolin et Advair sur ordonnance, un pot de Clotrimaderm 1 % sur ordonnance mélangé moitié-moitié avec de l'Hyderm 1 %;
- le résident 155, sur sa table de chevet : inhalateurs sur ordonnance Spiriva 18 ug et Advair 250/50;
- le résident 106, sur sa table de chevet : un pot de Menthol ¼ % sur ordonnance dans une crème Hyderm 1 %;
- le résident 153, dans l'armoire au-dessus du lavabo : deux pots de crème Hyderm 1 % sur ordonnance, un pot de crème Clotrimaderm 1 %;
- le résident 088, dans le tiroir de sa commode : inhalateurs avec aérochambre Ventolin et Atrovent sur ordonnance;
- le résident 121, sur sa table de chevet : un pot de crème Hyderm sur ordonnance 1 %.

L'inspecteur 550 a observé ce qui suit le 8 mai 2014 :

- le résident 145, dans l'armoire au-dessus du lavabo : un pot de HC1 % sur ordonnance dans une crème Clotrimaderm 1 %;
- le résident 086, dans l'armoire au-dessus du lavabo : un pot de Vitarub;
- le résident 092, un flacon de lotion capillaire Ectosone sur ordonnance dans l'armoire au-dessus du lavabo et un deuxième flacon dans son placard, et un tube de pommade A535 dans l'armoire au-dessus du lavabo;
- le résident 131, dans l'armoire au-dessus du lavabo : un pot de crème Clotrimaderm 1 % sur ordonnance.

L'inspecteur 545 observé on May 8, 2014:

- le résident 164, sur sa table de chevet : un pot de crème Clotrimaderm 1 % sur ordonnance et un pot de crème acétate d'hydrocortisone 1 % sur ordonnance mélangée moitié-moitié avec du Clotrimaderm.

Lors d'entretiens avec elles ou eux le 14 mai 2014, les PSSP 1023, 1024 et 1007 ont indiqué que des crèmes sur ordonnance avaient été laissées au chevet des résidents pour qu'ils puissent les appliquer durant les soins quotidiens aux résidents.

Durant une observation de la distribution des médicaments le 13 mai 2014, l'inspecteur 545 a observé le



résident 090 assis devant le poste de soins infirmiers au deuxième étage, avec un sac en plastique transparent contenant un inhalateur Novo-Salbutamol 100 mcg avec aérochambre, attendant que l'IAA 1012 le lui administre.

Lors d'un entretien le 14 mai 2014, la directrice des soins a indiqué que deux ans auparavant, le foyer exigeait que le personnel autorisé conserve tous les inhalateurs sur ordonnance Ventolin et autres inhalateurs avec aérochambres dans un sac en plastique individuel pour chaque résident et qu'il laisse le sac au chevet du résident. Elle a également indiqué que les crèmes sur ordonnance restaient dans les chambres des résidents pour l'usage des PSSP et que c'était la pratique courante employée tous les jours depuis les trois dernières années.

La directrice des soins a indiqué n'avoir reçu aucun ordre du médecin indiquant que ces médicaments devaient être laissés dans les chambres des résidents. [par. 129 (1) a)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 129 (1) b), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que toutes les substances désignées, telles les benzodiazépines, soient 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.

Le 14 mai 2014, la directrice des soins a fourni la politique du foyer sur l'entreposage des substances désignées, intitulée : « Contrôle et entreposage des stupéfiants », Index n° 3.3, datée de novembre 2006. À la page 1 de cette politique, il est indiqué que tous les stupéfiants et les substances désignées doivent être surveillés, entreposés et administrés de façon sécuritaire. Aux pages 1 et 2, deuxième point de la politique, sous la rubrique « Procédure », il est indiqué que lorsque le foyer a reçu les stupéfiants et les substances désignées, ceux-ci seront entreposés dans le bac à stupéfiants verrouillé à double tour.

Le 14 mai 2014, durant une observation du chariot à médicaments au deuxième étage, les benzodiazépines suivantes ont été trouvées dans les bacs verrouillés à un seul tour de cinq résidents :

- 1) le résident 005 : Lorazepam 1 mg par voie orale, au coucher
- 2) le résident 006 : Lorazepam 0,5 mg par voie orale, au coucher
- 3) le résident 007 : Oxazepam 10 mg par voie orale, au coucher
- 4) le résident 008 : Lorazepam 0,5 mg par voie orale, au coucher
- 5) le résident 143 : Lorazepam 0,5 mg par voie orale, au coucher

Durant une observation de l'entreposage des médicaments d'urgence dans l'entrepôt des médicaments verrouillée au deuxième étage, le 14 mai 2014, l'inspecteur 545 a trouvé les médicaments suivants dans le réfrigérateur, non verrouillé : un flacon de 1 ml de Lorazepam 4mg/ml injectable.

Lors d'entretiens, l'IAA 1012 et l'IA 1020 ont dit ignorer que les benzodiazépines étaient considérées comme des substances désignées et qu'elles devaient être gardées dans un lieu verrouillé à double tour.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins le 14 mai 2014, celle-ci a indiqué que le foyer et les pharmacies médicales savaient que les benzodiazépines étaient des substances désignées et qu'elles devaient être gardées dans un lieu verrouillé à double tour avec les stupéfiants, mais qu'en raison de problèmes liés à la charge de travail, ils avaient décidé de ne pas appliquer cette politique.

Ainsi, le foyer n'a pas veillé à ce que toutes les substances désignées soient 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. [par. 129 (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 le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que tous les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sûr et verrouillé et à ce que toutes les substances désignées, telles les benzodiazépines, soient 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. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 130 (Sécurité de la réserve de médicaments).**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :**

- 1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.**
- 2. Seuls ont accès à ces endroits :**
  - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,**
  - ii. l'administrateur du foyer.**
- 3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 130. 2, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que l'accès à la salle où sont entreposés les médicaments soit réservé aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer.

Le 14 mai 2014, les inspecteurs 126 et 545 étaient dans l'entrepôt des médicaments au deuxième étage. À ce moment-là, les membres du personnel autorisé 1012 et 1020 discutaient dans la pièce à côté de l'entrepôt des médicaments. Une PSSP a demandé à l'employé 1012 si elle pouvait aller chercher un flacon de savon Pericare dans l'entrepôt des médicaments. L'employé 1012 a accepté et la PSSP est venue seule dans l'entrepôt des médicaments chercher le produit, sans être observée par le membre du personnel autorisé. Lors d'un entretien, l'IAA a déclaré que les PSSP doivent demander la permission d'aller chercher un produit et que si le personnel infirmier autorisé est à proximité, le PSSP peut aller chercher le produit.

Lors d'une discussion sur l'entrepôt des médicaments, le chef du service de l'entretien a affirmé qu'il connaissait le code numérique pour en déverrouiller la porte et que seules les infirmières avaient le code d'accès à cette porte. Il a été capable de déverrouiller l'entrepôt des médicaments au moyen du code.

Lors d'un entretien entre l'inspecteur 545 et la directrice des soins le 14 mai 2014, la directrice des soins a indiqué que l'adjoint administratif avait accès aux stupéfiants qui sont entreposés pour destruction, dans le coffre-fort verrouillé qui est gardé dans la chambre forte verrouillée du foyer. [par. 130. 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

le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que l'accès à l'entrepôt des médicaments où sont entreposés les médicaments soit réservé aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 3 (Déclaration des droits des résidents).**

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

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

**1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité.**

**Constatations :**

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, alinéa 3 (1) 1, dans la mesure où il n'a pas respecté le droit des résidents d'être traités avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité lorsque des résidents n'ont pas reçu de couteau pour faciliter la prise du repas.

Les 5, 6 et 7 mai 2014, durant l'étape 1 de l'inspection de la qualité au nom des résidents, l'inspecteur 117 a observé que durant le service du déjeuner, dans la salle à manger du deuxième étage, les résidents n'avaient que des fourchettes et des cuillers pour prendre leur repas. On n'a vu aucun couteau sur la table dressée pour les résidents. Le personnel infirmier a été observé en train de couper les aliments des résidents au comptoir de service, avant de servir le repas aux résidents, qu'ils soient capables ou non de couper eux-mêmes leurs aliments.

Les employés 1005, 1006, 1007 et 1026 ont expliqué à l'inspecteur 1017, le 6 mai, que des couteaux n'avaient pas été fournis aux résidents de la salle à manger du deuxième étage depuis plus de quatre ans en raison d'anciennes préoccupations touchant la sécurité de certains résidents ayant des comportements réactifs.

Depuis, le foyer n'a pas offert de couteaux aux résidents de la salle à manger du deuxième étage. Un examen des deux salles à manger du rez-de-chaussée réalisé par les inspecteurs 550 et 545 a révélé que les résidents qui étaient capables d'utiliser un couvert et de manger de façon autonome avaient des fourchettes, des cuillers et des couteaux dans leur couvert.

La salle à manger du deuxième étage accueille 35 résidents, dont 17 sont capables de manger de façon autonome, sans l'aide du personnel. Le 7 mai 2014, 11 résidents sur 18 qui étaient capables de manger de façon autonome ont expliqué à l'inspecteur 117 qu'ils aimeraient avoir des couteaux pour pouvoir manger de façon aussi autonome que possible. Le résident 153 a affirmé que jusqu'à quelques mois auparavant, il ou elle et son conjoint ou sa conjointe, qui est également un résident du foyer, mangeaient dans l'une des salles à manger du rez-de-chaussée, où ils ont des fourchettes, des cuillers et des couteaux pour manger. Le résident 153 a affirmé que lorsqu'il ou elle et son conjoint ou sa conjointe ont commencé à prendre leurs repas dans la salle à manger du deuxième étage, on ne leur donnait pas de couteaux. Lorsqu'il ou elle a demandé des couteaux au personnel, on lui a dit qu'on ne donnait pas de couteaux aux résidents de la salle à manger du deuxième étage, même s'il ou elle et son conjoint ou sa conjointe étaient capables de manger de façon autonome. Le conjoint ou la conjointe du résident 003 lui rend visite tous les jours et l'aide à prendre

son déjeuner. Il ou elle a affirmé que le personnel ne lui avaient jamais fourni de couteaux pour elle-même ou lui-même ni pour le résident 003. Il ou elle a affirmé qu'il ou elle devait régulièrement demander un couteau pour aider son conjoint ou sa conjointe à prendre son repas.

Le 8 mai 2014, l'inspecteur 550 s'est entretenu avec la directrice des soins et l'administrateur du foyer au sujet des résidents qui ne recevaient pas de couteaux pour les aider à prendre leurs repas dans la salle à manger du deuxième étage. La directrice des soins a expliqué à l'inspecteur 550 que plusieurs années auparavant, dans la salle à manger du deuxième étage, il y avait eu un problème de comportements réactifs chez certains résidents à cause du couvert. Cependant, elle ne savait pas qu'on ne donnait pas de couteaux aux résidents qui pouvaient manger de façon autonome et utiliser des couteaux en toute sécurité pour prendre leurs repas. La directrice des soins et l'administrateur ont réglé ce problème et désormais des couteaux sont offerts aux résidents qui en demandent pour prendre leurs repas et qui sont capables de les utiliser. [par. 3. (1) 1.]

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 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 ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 8 (1) b), qui 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, dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à assurer la conformité à la politique suivante :

- « Vérification de la température des réfrigérateurs et congélateurs », SD-NUT 2524, mise à jour en janvier 2013.

Conformément à l'art. 30 du Règlement de l'Ontario 79/10 et à l'art. 11 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le foyer est tenu d'avoir un programme de services diététiques et une description écrite de ce programme, y compris les politiques et les marches à suivre pertinentes.

La politique du foyer intitulée « Vérification de la température des réfrigérateurs et congélateurs » indiquait que la température des réfrigérateurs des cuisinettes devait être prise quotidiennement et documentée sur la feuille de suivi désignée et que lorsque la lecture de la température du réfrigérateur était supérieure à 4° C (39° F), le personnel est tenu d'en informer le superviseur des services alimentaires.

Lors d'un entretien, le 8 mai 2014, le chef des services alimentaires a expliqué que pour empêcher la contamination des aliments dans le réfrigérateur, le personnel prenait la température des réfrigérateurs dans

les trois salles à manger du foyer et que les températures relevées étaient documentées sur une feuille de suivi intitulée : « Température des réfrigérateurs ». Le chef des services alimentaires a fourni les températures relevées dans les réfrigérateurs pour le mois de mai 2014.

En examinant la température du réfrigérateur de la salle à manger de l'unité des personnes atteintes de démence pendant la période du 1<sup>er</sup> au 8 mai 2014, les températures supérieures à 4° C ont été documentées pour les dates et les heures suivantes :

le 1<sup>er</sup> mai à 18 h 30 : 5° C

le 2 mai à 6 h : 5° C; à 18 h 30 : 6° C

le 3 mai à 6 h : 5° C; à 18 h 30 : 6° C

le 4 mai à 18 h 30 : 5° C

le 5 mai à 6 h : 5° C

le 6 mai à 6 h : 4,5° C

le 7 mai à 6 h : 5° C; à 18 h 30 : 6° C

Le 9 mai 2014, durant une observation du réfrigérateur de la salle à manger de l'unité des personnes atteintes de démence, les denrées périssables suivantes ont été observées : 14 yogourts individuels, 6 cartons de lait (de 2 L), un grand contenant de beurre et un grand contenant en plastique de sandwiches préparés (aux œufs et à la viande) et coupés en quartiers.

Durant un entretien, le 9 mai 2014, le chef des services alimentaires et le superviseur des services alimentaires ont dit ne pas être au courant de relevés de températures supérieures à 4° C parce que le personnel ne les en avait pas informés. Le chef des services alimentaires a indiqué que le thermomètre du réfrigérateur de la salle à manger de l'unité des personnes atteintes de démence aurait dû être placé au fond du réfrigérateur pour fournir un relevé plus exact; cependant, il était accroché à l'étagère de la porte du réfrigérateur.

Le chef des services alimentaires a fourni à l'inspecteur 545 la politique du foyer sur la température des réfrigérateurs. Il ou elle a indiqué que le personnel ne suivait pas la politique du foyer puisqu'ils n'avaient pas communiqué avec le superviseur des services alimentaires ni avec le chef des services alimentaires entre le 1<sup>er</sup> et le 7 mai 2014 lorsque la température du réfrigérateur de la salle à manger de l'unité des personnes atteintes de démence a dépassé les 4° C.

Ainsi, le foyer n'a pas respecté sa politique intitulée « Vérification de la température des réfrigérateurs et congélateurs » SO-NUT 2524, dans la mesure où, lorsque la température du réfrigérateur de la cuisinette de la salle à manger de l'unité des personnes atteintes de démence a dépassé les 4° C, ce renseignement n'a pas été communiqué au superviseur ou au chef des services alimentaires. [so 8. (1) (b)]

**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. 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 ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 57 (2), dans la mesure où le titulaire ne répond pas par écrit dans un délai de 10 jours lorsqu'il reçoit les sujets de préoccupation ou les recommandations du conseil des résidents.

Lors d'un entretien, l'administrateur et la directrice des activités ont indiqué à l'inspecteur 550 que le titulaire de permis ne répondait pas au conseil des résidents par écrit dans les 10 jours lorsqu'on lui communique des sujets de préoccupation ou des recommandations.

La directrice des activités a montré à l'inspecteur 550 que la dernière réponse reçue par écrit datait du 15 octobre pour la réunion qui s'est tenue le 11 septembre 2013. La dernière réunion s'est tenue le 2 avril 2014. La directrice des activités a expliqué à l'inspecteur 550 qu'en date du 2 mai 2014, elle n'avait toujours pas reçu de réponse du titulaire de permis. [par. 57 (2)]

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 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 :**

**f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 71 (1) f), dans la mesure où le titulaire de permis ne veille pas à ce que le cycle de menus du foyer soit examiné par le conseil des résidents.

Lors d'un entretien, le résident 001, qui est un membre actif et un représentant du conseil des résidents, a expliqué à l'inspecteur 550 que le cycle de menus du foyer n'avait jamais été examiné par le conseil des résidents; on n'aborde que les problèmes qui sont portés à l'attention du conseil par les résidents une fois que le menu est en en place.

La directrice des activités a indiqué à l'inspecteur 550 que le cycle de menus du foyer n'était jamais examiné par le conseil des résidents. Elle a dit que le cycle de menus de l'été était censé être examiné lors de la prochaine réunion du conseil des résidents. Elle a été incapable de montrer à l'inspecteur de la documentation indiquant que le cycle de menus de l'automne avait été examiné par le conseil des résidents.

Le superviseur des services alimentaires a expliqué à l'inspecteur 550 que, bien que le cycle de menus de l'hiver (qui était leur menu le plus récent) ait été revu de façon à tenir compte des plaintes portées à son attention par les résidents, il n'avait pas été examiné par le conseil des résidents.

L'administrateur a confirmé à l'inspecteur 550 que le cycle de menus n'avait jamais été examiné par le conseil des résidents. [alinéa 71 (1) f)]

**AE n° 10 : 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. 78 (Préposés au service d'alimentation : formation et qualités).**

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

**78. (2) La trousse de renseignements comprend ce qui suit au minimum :**

- a) la déclaration des droits des résidents;**
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée;**
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;**
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis;**
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes;**
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;**
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis;**
- i) une indication du montant maximal qui peut être demandé au résident en vertu de la disposition 1 ou 2 du paragraphe 91 (1) pour chaque genre d'hébergement offert au foyer de soins de longue durée;**
- j) une indication des réductions, disponibles aux termes des règlements, du montant qui peut être demandé aux résidents admissibles pour chaque genre d'hébergement offert au foyer de soins de longue durée;**
- k) des renseignements sur ce qui est payé au moyen du financement octroyé aux termes de la présente loi ou de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local ou sur les paiements que font les résidents au titre de l'hébergement et au titre desquels ils n'ont pas à payer de frais supplémentaires;**
- l) la liste des services offerts pour un supplément dans un foyer de soins de longue durée et le montant de ce supplément;**
- m) une déclaration portant que les résidents ne sont pas tenus d'acheter des soins, des services, des programmes ou des biens du titulaire de permis et peuvent les acheter auprès d'autres fournisseurs, sous réserve des restrictions qu'impose le titulaire de permis, aux termes des règlements, à l'égard de la fourniture des médicaments;**
- n) la divulgation des liens de dépendance qui existent entre le titulaire de permis et d'autres fournisseurs qui peuvent offrir des soins, des services, des programmes ou des biens aux résidents;**
- o) des renseignements sur le conseil des résidents, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse;**
- p) des renseignements sur le conseil des familles, s'il y en a un, y compris ceux que fournit celui-ci pour inclusion dans la trousse ou, en l'absence d'un tel conseil, ceux que prévoient les règlements;**
- q) une explication des protections qu'offre l'article 26;**
- r) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 78 (2) et 195 (9).**

**Constatations :**

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, alinéas 78 (2) a), g), k), m) et q), dans la mesure où la trousse d'information n'inclut pas au minimum :

- la déclaration des droits des résidents;
- un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;

- des renseignements sur ce qui est payé au moyen du financement octroyé aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou sur les paiements que font les résidents au titre de l'hébergement et au titre desquels ils n'ont pas à payer de frais supplémentaires;
- une déclaration portant que les résidents ne sont pas tenus d'acheter des soins, des services, des programmes ou des biens du titulaire de permis et peuvent les acheter auprès d'autres fournisseurs, sous réserve des restrictions qu'impose le titulaire de permis, aux termes des règlements, à l'égard de la fourniture des médicaments;
- une explication des protections qu'offre l'article 26.

La directrice des soins a indiqué, sur la liste de vérification des éléments à confirmer par le titulaire de permis du foyer de soins de longue durée concernant le processus d'admission, qui lui a été remise le premier jour de l'inspection de la qualité au nom des résidents (IQR), et lors d'un entretien avec l'inspecteur 550, que la trousse de renseignements remise à chaque résident et à son mandataire spécial au moment de l'admission du résident ne contenait pas les renseignements suivants :

- la déclaration des droits des résidents;
- un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;
- des renseignements sur ce qui est payé au moyen du financement octroyé aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou sur les paiements que font les résidents au titre de l'hébergement et au titre desquels ils n'ont pas à payer de frais supplémentaires;
- une déclaration portant que les résidents ne sont pas tenus d'acheter des soins, des services, des programmes ou des biens du titulaire de permis et peuvent les acheter auprès d'autres fournisseurs, sous réserve des restrictions qu'impose le titulaire de permis, aux termes des règlements, à l'égard de la fourniture des médicaments;
- une explication des protections qu'offre l'article 26. [par. 78 (2)]

**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. 79 (Affichage des renseignements).**

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

**79. (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :**

- a) la déclaration des droits des résidents;
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée;
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis;
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes;
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;
- g.1) une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services au sens de l'article 21 de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé conclue entre le titulaire de permis et un réseau local d'intégration des services de santé*;
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis;
- i) une explication des mesures à prendre en cas d'incendie;
- j) une explication du plan d'évacuation;



- k) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée;**  
**l) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années;**  
**m) les décisions que la Commission d'appel ou la Cour divisionnaire a rendues au cours des deux dernières années aux termes de la présente loi à l'égard du foyer de soins de longue durée;**  
**n) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des résidents, avec le consentement de celui-ci;**  
**o) le plus récent procès-verbal des réunions, s'il y en a, du conseil des familles, avec le consentement de celui-ci;**  
**p) une explication des protections qu'offre l'article 26;**  
**q) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (3) et 195 (10).**

**Constatations :**

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, alinéas 79 (3) g) et k), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements. Les renseignements à afficher obligatoirement sont :

- un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;
- des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée.

Lors de la première visite du foyer le 2 mai 2014, l'inspecteur 117 a observé qu'une copie du dernier rapport d'inspection concernant une inspection menée les 26, 27 et 28 novembre 2013 était affichée à l'entrée du foyer. Les autres rapports concernant les inspections menées au cours des deux dernières années n'étaient pas affichés. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie n'était pas non plus affichée.

Lors d'une autre observation faite le 7 mai 2014, l'inspecteur 550 a observé que le rapport de l'inspection qui a eu lieu les 26, 27 et 28 novembre 2013 n'était plus affiché et avait été remplacé par des rapports concernant des inspections tenues le 9 août 2013 et le 4 juillet 2013.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a signalé à l'inspecteur 550 que les renseignements suivants n'étaient pas affichés dans le foyer :

- un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie;
- des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée. [par. 79. (3)]

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 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 ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 91, dans la mesure où le

titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses soient gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le 14 mai 2014, l'inspecteur 126 a observé, dans la salle de bain et de douche non verrouillée du couloir (chambres 220 à 237) du deuxième étage, une armoire qui, elle non plus, n'était pas verrouillée et contenait deux bouteilles de désinfectant « nettoyant IV », un produit toxique et corrosif.

Lors d'une discussion avec lui, le chef du service de l'entretien a indiqué que ces bouteilles devaient être gardées sous clé en tout temps. Le chef du service de l'entretien a enlevé les deux bouteilles et les a mises sous clé dans l'armoire de l'entretien ménager. [art. 91.]

**AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 114 (Système de gestion des médicaments).**

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

**114. (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 114 (2), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer la destruction et l'élimination rigoureuses de tous les médicaments utilisés au foyer.

Lors d'un entretien, le 14 mai 2014, la directrice des soins a indiqué que, bien que le foyer ait en place un processus qui prévoit la destruction et l'élimination de tous les médicaments utilisés au foyer, celui-ci n'a jamais élaboré de politiques ou de protocoles écrits pour assurer la destruction et l'élimination rigoureuses de tous les médicaments utilisés au foyer. [par. 114 (2)]

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 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. (10) Le titulaire de permis veille à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :**

**1. Chaque résident admis au foyer doit participer à un programme de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours de son admission à moins qu'il n'ait déjà participé à un tel programme dans les 90 jours précédant son admission et que le titulaire de permis n'ait accès aux résultats documentés de ce dépistage.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 229 (10) 1, dans la

mesure où il n'a pas veillé à ce que le résident admis au foyer participe à un programme de dépistage de la tuberculose dans les 14 jours suivant son admission.

Les trois résidents suivants n'ont pas participé à un programme de dépistage de la tuberculose dans un délai de 14 jours :

le résident 009 a été admis au foyer un jour de mars 2014 et il n'a pas fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose en date d'aujourd'hui, 9 mai 2014;

le résident 010 a été admis au foyer un jour de novembre 2013 et a fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose un jour de décembre 2013, plus de 14 jours plus tard;

le résident 011 a été admis au foyer un jour de mars 2014 et n'a pas fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose en date d'aujourd'hui, 9 mai 2014. [alinéa 229 (10) 1]

Date de délivrance : 23 mai 2014

**Signature des inspecteurs**