



**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**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
30 novembre 2015	2015_286547_0021	O-002653-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

REVERA LONG TERM CARE INC.  
55 STANDISH COURT, 8TH FLOOR, MISSISSAUGA ON L5R 4B2

**Foyer de soins de longue durée**

MONTFORT  
705, chemin Montreal, OTTAWA ON K1K 0M9

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

LISA KLUKE (547), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), JOANNE HENRIE (550), MELANIE 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 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23 et 26 octobre 2015.

Les incidents graves suivants et une plainte ont été investigués conjointement durant cette inspection : registres n<sup>os</sup> O-002200-15, O-002142-25, O-002729-15 et O-002555-15.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice du foyer, la directrice des soins, le chef du service de documentation/coordonnateur de l'évaluation RAI, le coordonnateur des services aux résidents et aux familles, le directeur des activités, le chef des services environnementaux, un travailleur des services environnementaux, le diététiste agréé, le superviseur du service d'alimentation, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), des préposés à l'entretien ménager, des aides à la buanderie, des aides-diététistes, le président du conseil des résidents, l'ancien président du conseil des familles en poste jusqu'en septembre 2015, des résidents et des membres de leurs familles.

De plus, l'équipe d'inspection a examiné les dossiers de santé des résidents, les documents de la production alimentaire, y compris les menus planifiés, les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, les procès-verbaux des réunions du conseil des familles, les documents liés aux enquêtes du foyer sur les incidents allégués de mauvais traitement ou de négligence et les politiques relatives au recours à la contention, à la prévention des chutes, à la gestion des médicaments et à la prévention des mauvais traitements. L'équipe d'inspection a observé certains aspects des soins aux résidents et les interactions 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 :

- admission et mise en congé;
- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- foyer sûr et sécuritaire;
- gestion de la douleur;
- hospitalisation et changement de l'état;
- médicaments;
- nutrition et hydratation;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- recours minimal à la contention;
- services d'hébergement – buanderie;
- services d'hébergement – entretien;
- services d'hébergement – entretien ménager;
- services de soutien personnel;



**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***

soins de la peau et des plaies.

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

15 AE  
6 PRV  
1 OC  
0 RD  
0 OTA

**NON-RESPECTS****Définitions**

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

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au 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 veillé à ce que le personnel infirmier autorisé du foyer respecte la politique et les marches à suivre de Revera concernant : l'administration de médicaments, la gestion des narcotiques et des médicaments contrôlés et l'auto-administration de médicaments.

Concernant les politiques relatives à l'administration de médicaments et à la gestion des narcotiques et des médicaments désignés :

Le 21 octobre 2015, durant une observation de la distribution des médicaments du matin, l'inspectrice 545 a constaté qu'il manquait les médicaments suivants (narcotiques et médicaments désignés) dans les emballages-coques rangés dans le tiroir verrouillé du chariot à médicaments verrouillé :

- 1) narcotique pour le résident 042 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 2) narcotique pour le résident 043 : il restait 19 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 21;
- 3) narcotique pour le résident 044 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 4) médicament désigné pour le résident 045 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 5) narcotique pour le résident 046 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 6) narcotique pour le résident 047 : il restait 19 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 21.

L'inspectrice 545 a également observé que les narcotiques et les médicaments désignés manquants avaient été versés à l'avance dans des gobelets à médicaments qui se trouvaient dans les bacs non verrouillés de plusieurs résidents, dans le chariot à médicaments non verrouillé à double tour.

Lors d'un entretien, l'IAA 123 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'en sortant la dose prévue pour 8 h ce jour-là, elle avait par mégarde retiré un deuxième comprimé de l'emballage-coque. Elle a ajouté qu'elle avait administré un comprimé avant 8 heures puis versé d'avance un deuxième comprimé dans un gobelet à médicament pour la dose de midi et ensuite placé chaque gobelet dans les bacs des résidents. L'IAA 123 a indiqué que cela ne devait pas créer de problème puisqu'elle était la seule IA à avoir la clé du chariot à médicaments.

Le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice 545, le 21 octobre 2015, que les médicaments devaient rester dans le contenant ou emballage d'origine étiqueté fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques jusqu'à leur administration aux résidents et qu'ils ne devaient en aucun cas être préparés (versés) à l'avance. Le directeur des soins a également indiqué que les narcotiques et les médicaments désignés devaient toujours être gardés dans un endroit verrouillé à double tour et que tout le personnel infirmier autorisé avait été avisé de ne pas laisser les narcotiques en dehors de l'entrepôt des narcotiques verrouillé à double tour.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-20 concernant l'administration des médicaments, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 1 de 3 :

- 3. Les médicaments doivent rester dans le contenant ou emballage d'origine étiqueté fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques ou le service d'approvisionnement du gouvernement jusqu'à leur administration aux résidents.

- 6. Les médicaments ne doivent en aucun cas être préparés (versés) à l'avance.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-80 concernant la gestion des narcotiques et des médicaments désignés, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 1 de 3 :

- 4. Tous les narcotiques et les médicaments désignés seront gardés dans un endroit verrouillé à double tour.

Le 21 octobre 2015, l'inspectrice 545 a vu l'IAA 123 administrer plusieurs médicaments au résident 041 entre 8 h et 8 h 15. Lorsqu'elle a examiné le dossier d'administration des médicaments (DAM) à 8 h 45 le même jour, l'inspectrice 545 n'a pas trouvé de signature pour les médicaments administrés. L'inspectrice 545 a également noté que les médicaments (narcotiques et médicaments désignés) qui n'étaient pas dans leur emballage-coque,

comme il est dit précédemment, il n'y avait pas de signature non plus après l'administration des médicaments du matin.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-20 concernant l'administration des médicaments, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 2 de 3 :

- 15. L'administration, le refus ou l'omission de tout médicament sera documenté immédiatement par l'infirmière chargée de leur administration en inscrivant les codes appropriés au DAMT (dossier d'administration des médicaments et des traitements).

En ce qui concerne la politique relative à l'auto-administration de médicaments :

Les 15 et 21 octobre 2015, un grand pot de crème prescrite a été vu sur le comptoir de la salle de toilette du résident 035 par les inspectrices 545 et 547. Le résident 035 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il s'appliquait lui-même cette crème deux fois par jour.

Lors d'un entretien, la PSSP 124 a indiqué à l'inspectrice 545 que le résident 035 s'appliquait la crème prescrite deux fois par jour et qu'elle était gardée dans la salle de toilette du résident pour qu'elle soit facile d'accès. L'IA 100 a indiqué que le résident 035 avait été admis avec la crème prescrite et qu'il pouvait en faire l'application de manière autonome. Elle a ajouté que la crème prescrite était gardée au chevet du résident pour qu'elle soit facile d'accès étant donné qu'elle doit être appliquée deux fois par jour.

Le directeur des soins a indiqué que tous les médicaments des résidents, y compris les crèmes prescrites qu'ils peuvent s'administrer eux-mêmes, étaient conservés au chevet des résidents, dans un tiroir verrouillé.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-100 concernant l'auto-administration des médicaments, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 2 de 3 :

- 9. Tous les médicaments seront gardés au chevet du résident, dans un tiroir ou une armoire verrouillés dont le résident et l'infirmière auront la clé.

Il est noté que ce non-respect, qui porte sur l'inobservation de la politique et marche à suivre du foyer concernant l'administration des médicaments, avait précédemment fait l'objet d'un PRV dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQR) menée dans ce foyer en 2014. [alinéa 8 (1) b] (545)

***Autres mesures requises :***

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

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).**

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

**6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :**

- a) les soins prévus pour le résident;**
- b) les objectifs que visent les soins;**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**6. (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).**

**6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :**

- a) un objectif du programme est réalisé;**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires sur les soins dentaires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 016.

La dernière évaluation du résident 016 indiquait que celui-ci nécessitait l'assistance totale d'une personne pour l'hygiène personnelle, notamment pour les soins dentaires.

À deux dates particulières d'octobre 2015, le résident 016 a indiqué à l'inspectrice 545 que ses prothèses dentaires étaient trop grandes et pensait avoir une pâte pour aider à les maintenir en place.

Un examen du dernier programme de soins a révélé que le résident portait deux prothèses dentaires et qu'il était autonome pour les soins buccaux.

Lors d'entretiens avec l'inspectrice 545 le 19 octobre 2015, les PSSP 109 et 108 ont indiqué que le résident avait besoin d'aide pour les soins dentaires, que souvent le personnel devait l'aider à enlever ses prothèses parce qu'il ne se souvenait pas comment faire et que c'était les PSSP qui devaient les nettoyer. Ni l'une ni l'autre PSSP ne savait que le résident se plaignait que ses prothèses étaient trop grandes. La PSSP 108 a également indiqué qu'elle ne savait pas très bien où trouver le programme de soins du résident.

L'IAA 107 a examiné le dernier programme de soins accessible à la PSSP, un exemplaire imprimé qui indiquait que le programme de soins n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins dentaires au résident 016. Elle a également dit savoir que le résident nécessitait une aide soutenue pour ses soins. [alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins pour le bain soient fournis au résident 019 avec l'aide de deux PSSP, comme le précise le programme.

Le résident 019 présente plusieurs affections, notamment une maladie mentale, et il a été documenté lors d'une évaluation que le résident avait infligé des mauvais traitements d'ordre verbal et physique une à trois fois au cours des sept derniers jours et qu'il avait affiché un comportement socialement inapproprié ou perturbateur tous les jours avec des sautes d'humeur difficilement modifiables.

L'examen du dernier programme de soins du résident 019 a révélé que celui-ci avait besoin de l'assistance de deux membres du personnel pour le bain et l'habillage en raison de ses comportements réactifs, notamment une tendance à la fabulation.

Un jour particulier d'octobre, le résident 019 a signalé à l'inspectrice 545 que la PSSP 120 l'avait frappé pendant le bain environ un mois auparavant et que maintenant c'était d'autres PSSP qui l'aidaient à prendre son bain.

L'inspectrice 545 a examiné le cahier de communications du personnel de l'unité et noté que la directrice des soins avait écrit une note de rappel au personnel un jour particulier de septembre 2015 : « en raison de comportements réactifs, le bain sera donné au résident 019 par deux membres du personnel, conformément à son programme de soins ».

Lors d'un entretien, la PSSP 120 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle se souvenait de l'incident lors duquel elle avait fait prendre un bain au résident 019 sans l'aide de qui que ce soit. La PSSP 120 a indiqué que le résident 019 était devenu agité et l'avait frappée au visage et à l'œil lorsqu'elle avait refusé de lui faire un quatrième shampoing. Elle a ajouté que lorsqu'elle avait informé le résident 019 qu'elle signalerait ce geste à la direction, le résident lui avait fait une réponse qui correspondait au type de comportement pour lequel le résident était connu et qui le poussait à dire à tout le monde que la PSSP 120 l'avait frappé en premier et que c'était la raison pour laquelle il l'avait frappée.

L'IA 132 a indiqué à l'inspectrice 545 que la PSSP 120 et le résident 019 étaient en train de se disputer lorsqu'elle est entrée dans la salle de bain et a ajouté qu'elle avait déjà prévenu le personnel de jour qu'un autre PSSP devait être désigné pour faire prendre le bain à ce résident étant donné que ceux-ci ne s'entendaient plus. L'IA 132 a confirmé qu'un seul membre du personnel avait aidé le résident 019 durant ce bain.

La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle savait que, contrairement au programme de soins, les PSSP ne se mettaient pas toujours en équipe de deux personnes pour fournir des soins au résident 019. Elle a dit avoir rappelé au personnel, après cet incident, de veiller à suivre le programme de soins du résident étant donné ses comportements réactifs. [par. 6 (7)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 050, le résident 030 et le résident 035 soient réévalués et à ce que leurs programmes de soins soient réexaminés et révisés lorsque leurs besoins en matière de soins ont évolué.

Le résident 050 avait des rougeurs et des excoriations, ainsi que l'IA 122 l'avait indiqué à l'inspectrice 550 le 23 octobre 2015. Les notes d'évolution du résident indiquaient qu'un jour de septembre, au début du quart de travail, la PSSP 118 l'avait trouvé couvert de fèces, notamment le long de l'abdomen, et qu'elle avait ensuite remarqué qu'il n'avait pas sa prothèse externe en place.

L'inspectrice 550, qui a examiné le programme de soins écrit du résident 050 au moment de l'incident, a noté que le programme de soins n'avait pas été mis à jour de façon à refléter la nouvelle altération de l'intégrité épidermique du résident.

La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que le programme de soins du résident 050 aurait dû être révisé et mis à jour lorsque le résident a eu un nouveau problème d'altération de son intégrité épidermique. [alinéa 6 (10) b)]

4. Le résident 030 a été admis avec un trouble cognitif et avait été identifié comme présentant un risque élevé de chutes. Une ceinture de sécurité a été ordonnée à titre de moyen de contention pour le résident 030 et par mesure de sécurité en raison des nombreuses chutes qu'il avait faites malgré les autres mesures en place pour le protéger.

Le 23 octobre 2015, l'inspectrice 547 a examiné le dossier de santé du résident 030 et noté que le programme de soins du résident n'indiquait pas l'ordre donné pour la contention du résident au moyen d'une ceinture de sécurité à fermeture frontale lorsqu'assis dans un fauteuil roulant. La dernière mise à jour du programme de soins du résident 030 remonte à un jour particulier de septembre 2015.

Le 23 octobre 2015, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle n'était pas au courant de ce nouvel ordre de contention pour le résident 030 et qu'il aurait fallu mettre à jour le programme de soins du résident le jour où la contention au moyen d'une ceinture de sécurité à fermeture frontale a été ordonnée. [alinéa 6 (10) b)]

5. Le résident 035 a fait une chute dans sa chambre en se levant d'un fauteuil sans aide pour aller à la salle de toilette un jour particulier d'août 2015, comme il a été dit lors d'un entretien avec l'IA 100. Le résident 035 est rentré de l'hôpital avec un plâtre après avoir subi une fracture.

Le programme de soins du résident 035 a été créé après son admission au foyer. Son programme de soins indiquait qu'il avait fait des chutes mais ne prévoyait pas d'interventions liées à ce risque.

Le 20 octobre 2015, en examinant le programme de soins du résident 035 avec l'inspectrice 547, l'IA 100 a noté que la copie papier du programme de soins du résident préparé après l'admission n'avait pas été mise à jour avant un jour particulier d'octobre 2015. Le résident 035 a porté un plâtre pour cette fracture à partir d'un jour particulier du mois d'août jusqu'à un jour particulier de septembre 2015 et il n'y avait pas d'interventions clairement documentées dans le programme de soins du résident. L'IA 100 a indiqué qu'aucune intervention n'avait été identifiée pour les soins du plâtre du résident, les mesures de confort, les changements de position et les transferts avec fracture ou l'évaluation de la douleur.

Le 21 octobre 2015, l'inspectrice 547 a examiné les notes d'évolution du résident 035, qui indiquaient également que le résident avait reçu une attelle pneumatique en septembre après que le plâtre a été enlevé et les directives données étaient de maintenir l'attelle pneumatique en place mais de l'enlever pour le bain. Un jour particulier de septembre 2015, huit jours après que l'attelle pneumatique a commencé à être utilisée, il avait été noté que la peau sur la jambe droite du résident était à vif en raison de la friction de l'attelle pneumatique. Deux jours plus tard, le physiothérapeute a demandé à l'infirmière d'évaluer la jambe du résident pour voir s'il y avait une plaie et celle-ci a consigné le problème de peau à vif car cette affection n'avait pas été indiquée précédemment dans le programme de soins. Les directives figurant dans les notes d'évolution indiquaient ensuite qu'il faudrait enlever l'attelle pneumatique au résident tous les soirs au moment d'aller au lit mais qu'il faudrait la lui remettre chaque fois qu'il doit se lever pour aller à la salle de toilette et qu'il aurait besoin d'aide pour cela.

La mise à jour du programme de soins du résident 035 n'a pas été faite avant un jour particulier d'octobre 2015, soit 25 jours après que l'infirmière a déterminé qu'il avait la peau à vif en raison de son attelle pneumatique.

L'inspectrice 547 a noté que le programme de soins résident 035, mis à jour en octobre 2015, indiquait des complications d'une fracture et une plaie cutanée nécessitant des changements de pansements depuis un jour particulier de septembre 2015. Ces changements apportés aux soins du résident 035 n'ont pas été consignés dans le programme de soins avant octobre 2015, soit 28 jours plus tard.

L'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 547 que le programme de soins du résident 035 aurait dû être mis à jour manuellement sur la copie papier dans le classeur à l'intention des PSSP et par voie électronique dans le système Mede-care pour indiquer tous les changements dans les besoins du résident en matière de soins. [alinéa 6 (10) 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 les résidents sont réévalués et que le programme de soins est réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Services d'hébergement).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

Les aires suivantes du foyer n'étaient pas propres durant l'inspection :

Le 14 octobre 2015 durant la première visite du foyer, l'inspectrice 545 a noté que la salle de toilette publique du deuxième étage près de l'unité la Pommeraie était souillée de matière jaune et brune autour de la base de la cuvette, que le revêtement de sol était taché en face de la toilette et qu'une odeur d'urine persistante était présente. Elle a également noté la présence d'odeurs dans la salle de toilette publique du rez-de-chaussée, près de l'unité Allée des Tulipes, où la base des cuvettes était souillée de matière jaune et brune.

Les 15 et 16 octobre 2015, l'inspectrice 547 a observé ce qui suit dans les chambres à coucher :

Chambre d'un résident – la salle de toilette du résident avait de la matière jaune et orange autour de la base de la cuvette et sur le sol.

Chambre d'un résident – les côtés de lit du résident, le comptoir de la salle de toilette et les plaques d'interrupteurs étaient souillés de matière alimentaire séchée, de poussière et de débris.

Chambre d'un résident – les côtés de lit du résident étaient collants et souillés de matière alimentaire séchée, le mur près du lit du résident était souillé de matière brune séchée, la salle de toilette commune du résident avait de la matière jaune et brune séchée sur la plaque de la sonnette d'appel près de la toilette.

Chambre d'un résident – les côtés de lit du résident étaient couverts d'une épaisse quantité de matière alimentaire séchée et de débris, le fauteuil inclinable du résident avait des traînées de matière blanche et la table de chevet en verre du résident était couverte d'une épaisse accumulation de poussière et de matière alimentaire séchée.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le chef des services environnementaux, qui a indiqué que les préposés à l'entretien ménager des chambres devaient ranger et nettoyer les chambres tous les jours, y compris les toilettes, le comptoir et les surfaces. Les côtés de lit des résidents et les surfaces telles que les interrupteurs, les murs et les meubles sont lavés au besoin pour en dégager les débris alimentaires ou la matière séchée. Il faut passer le balai et la vadrouille sur les planchers et ramasser les débris sur les tapis au besoin.

Le foyer a un calendrier de nettoyage en profondeur prévu dans chaque unité pour l'entretien ménager des salles thérapeutiques toutes les fins de semaine. Lors de l'observation des salles thérapeutiques de La Pinneraie et de la Pommeraie le 19 octobre 2015, le chef des services environnementaux a indiqué qu'il était évident que, contrairement au calendrier établi, le nettoyage en profondeur de ces salles thérapeutiques n'avait pas été fait au cours de la fin de semaine. Il y avait une épaisse accumulation de traînées de savon orange séchées sur les murs près du distributeur de savon liquide, une épaisse accumulation de matière séchée

derrière les éviers et une odeur de moisissure persistante dans les douches, où il y avait une accumulation de matière grise et orange sur les bandes antidérapantes du sol. Dans la salle thérapeutique de l'unité de la Pinneraie, des timbres médicamenteux ont été trouvés collés à la porte, à l'intérieur de l'aire aménagée pour la baignoire, ainsi que sur le côté du mur de la douche. Le chef des services environnementaux a indiqué que ceci était inacceptable, tant de la part d'un service de soins infirmiers que de celle d'un service d'entretien ménager.

Le 20 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins au sujet des problèmes d'entretien ménager des surfaces souvent touchées identifiées ci-dessus dans les aires résidentielles. La directrice des soins a indiqué qu'il incombait à tous les membres du personnel de nettoyer les zones comme celles-ci, que des serviettes antibactériennes étaient fournies et accessibles à tout le personnel et que ces surfaces devaient être essuyées par les personnes qui les voient, comme toute matière répandue par terre. Durant notre entretien au poste infirmier de l'unité de la Pommeraie, sous le bureau situé en face du couloir principal et de la salle à manger de cette unité, nous avons remarqué de la matière brune séchée sur une grande surface du mur arrière du bureau. La directrice des soins a indiqué que ceci était inacceptable. La directrice des soins a également été informée des timbres médicamenteux qui ont été trouvés dans la salle thérapeutique de la Pinneraie, comme il est indiqué précédemment, et que le personnel infirmier n'a pas éliminés de façon appropriée.

Les meubles suivants n'étaient pas propres durant cette inspection :

L'inspectrice 547 a noté, durant cette inspection, que deux fauteuils recouverts d'un tissu rose situés dans une alcôve de l'unité la Pommeraie et utilisés par les résidents et les visiteurs étaient souillés de matière blanche sur le siège, les accoudoirs et leur base en bois. Le 19 octobre 2015, le chef des services environnementaux a été informé de la situation.

Le matériel suivant, destiné aux résidents, n'était pas propre durant cette inspection :

- Le 16 octobre 2015, l'inspectrice 545 a noté que le fauteuil roulant manuel du résident 016 n'était pas propre car la housse du siège était très souillée de débris blancs et de matière séchée.

- Le 16 octobre 2015, l'inspectrice 592 a noté que le cadre et le coussin du siège de l'ambulateur du résident 013 étaient excessivement poussiéreux.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le PSSP 106, qui a indiqué que le matériel d'aide à la marche du résident tel que les ambulateurs, les cannes et les fauteuils roulants était nettoyé par les PSSP durant le quart de soir, par rotation selon un calendrier précis.

Le 21 octobre 2015, l'inspectrice 547 a vu le résident 021 dans l'entrée principale du foyer. Le moyen de contention du résident était couvert d'une importante accumulation de taches et de matière blanche. Le fauteuil roulant du résident était couvert d'une importante accumulation de poussière, de débris et de matière alimentaire sur le cadre. L'inspectrice a également vu le résident 019 dans l'entrée principale du foyer et a remarqué que son fauteuil roulant était, lui aussi, couvert d'une épaisse accumulation de poussière, de débris et de matière alimentaire séchée. La directrice des soins a été informée de l'état de ces fauteuils roulants.

Le 22 octobre 2015, l'inspectrice 547 a de nouveau observé les résidents 019 et 021, qui continuaient à utiliser du matériel couvert de poussière, de débris, de matière alimentaire séchée et de taches. Selon le calendrier de nettoyage établi, le fauteuil roulant du résident 019 était censé être nettoyé le 21 octobre 2015. Le fauteuil roulant du résident 021 était censé être nettoyé tous les jours. L'ambulateur du résident 013 restait couvert de poussière et de débris, comme indiqué à l'origine.

L'inspectrice 547 a ensuite interrogé la directrice des soins au sujet du calendrier de nettoyage du matériel du foyer et a indiqué que chaque unité résidentielle avait un calendrier de nettoyage établi pour le nettoyage, par les PSSP, du matériel destiné aux résidents durant le quart de soir. La directrice des soins a noté que les fauteuils de ces résidents continuaient à être couverts d'une épaisse accumulation de poussière, de débris et de matière alimentaire séchée ou de taches, comme il avait été indiqué le jour précédent et la semaine précédente, et qu'ils n'avaient pas été nettoyés. Un examen plus méticuleux des listes de nettoyage du matériel a révélé que le résident 013 n'était même plus sur une liste de nettoyage par rotation pour cet ambulateur. [alinéa 15 (2) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de façon à être sûrs et en bon état.

Le 16 octobre 2015, l'inspectrice 592 a observé, dans la chambre d'un résident, un siège de toilette surélevé posé sur la cuvette et pour lequel aucun moyen n'était prévu pour le maintenir en place. Quand l'inspectrice 592 a touché le siège surélevé de la toilette, le siège s'est déplacé facilement et, ainsi, l'ajustement inadéquat du siège de toilette posait un risque pour la sécurité du résident.

Quand le siège de toilette surélevé lui a été montré, l'IA 104 a indiqué à l'inspectrice 592 que le siège de toilette surélevé était sûr et sécuritaire pour le résident. Lors de l'entretien avec l'IA 104, la préposée à l'entretien ménager 103 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle était chargée de signaler toute zone ou tout matériel en mauvais état au personnel infirmier autorisé. La préposée à l'entretien ménager 103 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle avait signalé plusieurs fois à des membres du personnel infirmier autorisé de l'unité le fait que le siège de toilette surélevé était mal ajusté sur la toilette et qu'il n'était pas sécuritaire pour le résident de cette chambre. Aucune documentation de ces rapports n'a été trouvée.

Le 16 octobre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé le chef des services environnementaux, qui a indiqué qu'il n'y avait pas de marche à suivre en place pour la surveillance du siège de toilette surélevé, mis à part le contrôle régulier effectué par le personnel de l'entretien ménager qui signale le matériel en mauvais état au personnel infirmier autorisé ou directement au service de l'entretien lorsqu'il fait le nettoyage quotidien. Le chef des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'avait pas été informé que le siège de toilette surélevé dans la chambre de ce résident n'était pas sécuritaire et qu'il allait faire un suivi.

Le 19 octobre 2015, le chef des services environnementaux a signalé à l'inspectrice 592 que le siège de toilette surélevé dans la chambre de ce résident avait été remplacé le jour où ce problème avait été signalé par l'inspectrice 592 car il n'avait pas été entretenu de façon à être sûr et risquait de causer une blessure à un résident. [alinéa 15 (2) c)]

3. Les 16 et 23 octobre 2015, les inspectrices 547 et 545 ont observé deux demi-côtés de lit sur le lit du résident 028. Il a été noté que le côté de lit le plus proche de la salle de toilette était lâche et que, si on l'éloignait de la structure de lit, on obtenait un espace de quatre pouces jusqu'au matelas. À droite aussi, le côté de lit est lâche et il a été noté qu'au pied du lit, on n'avait aucune difficulté à glisser le matelas de gauche à droite et vice versa et l'espace encore plus grand ainsi obtenu était de sept pouces entre le côté de lit et le matelas.

Selon le dossier de santé du résident 028, le résident a besoin de demi-côtés de lit ainsi que de l'aide de deux personnes pour ses transferts et sa mobilité au lit. Le dernier programme de soins, qui a été examiné, indiquait que le personnel devait encourager le résident 028 à s'agripper aux côtés de lit lors de ses changements de position, toutes les deux heures, quand il est au lit.

Lors d'un entretien, la PSSP 133 a indiqué que le résident 028 utilisait les côtés de lit pour se changer de position lorsqu'il est au lit et qu'elle ne savait pas que les côtés de lit étaient lâches.

L'IAA 134 a indiqué que, lorsque du matériel est en mauvais état, le personnel doit communiquer par téléphone avec le chef des services environnementaux pour l'évaluation et les réparations nécessaires. L'IAA 134 a signalé à l'inspectrice 545 que les deux côtés de lit avaient besoin de réparations et qu'elle contacterait le chef des services environnementaux pour demander la réparation immédiate des côtés de lit du résident.

Le 23 octobre 2015, le chef des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice 592 que l'évaluation du lit avait été faite par une entreprise indépendante un jour particulier de l'été dernier et que le lit du résident 028 avait réussi l'épreuve. Le chef des services environnementaux a évalué les côtés de lit du résident 028 et indiqué qu'ils avaient tous deux besoin d'une réparation immédiate pour accroître la sécurité du résident et que n'importe qui pouvait signaler les objets en mauvais état au service de l'entretien. [alinéa 15 (2) c)]

#### **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, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et qu'ils sont entretenus de façon qu'ils soient sûrs et en bon état. 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. 23 (Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir).**

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

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

**a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :**

**(i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,**

- (ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,  
(iii) tout autre acte que prévoient les règlements;  
b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;  
c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que fasse l'objet d'une enquête immédiate tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'ordre physique du résident 019 de la part de qui que ce soit dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport.

Dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, un mauvais traitement d'ordre physique désigne « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident ».

L'inspectrice 545 a examiné la politique du foyer concernant les mauvais traitements intitulée « Resident Non-abuse – Ontario, LP-C-20-ON, qui a été mise à jour en septembre 2014 et qui, comme l'a indiqué la directrice des soins, constitue la plus récente politique du foyer. Selon cette politique : « Une enquête immédiate et approfondie sur un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence sera menée par le chef des services environnementaux du foyer ou par la personne qu'il désigne. Lors de la tenue d'une enquête, il pourra être fait référence au document « Resource Tool Kit for Conducting an Alleged Abuse Investigation, au document « Tips for Handling a Third Party Investigation » ou à ces deux documents à la fois ».

Le résident 019 a signalé à l'inspectrice 545 qu'une PSSP l'avait frappé durant le bain, environ un mois auparavant, et que maintenant c'était d'autres PSSP qui l'aidaient à prendre son bain.

Lors d'un examen du dossier de santé du résident, une note d'évolution consignée un jour de septembre 2015 indiquait que le résident avait dit avoir été frappé par la PSSP durant le bain. Après avoir mené une enquête, la directrice des soins a conclu qu'il n'y avait pas eu de mauvais traitement du résident 019 de la part de la PSSP 120.

Lors d'un entretien, la PSSP 120 a dit se souvenir de cet incident lors duquel elle avait fait prendre un bain au résident 019. La PSSP a indiqué que le résident était devenu agité et l'avait frappée au visage et à l'œil quand elle avait refusé de lui faire un quatrième shampoing. Elle a ajouté que lorsqu'elle avait informé le résident 019 qu'elle signifierait ce geste à la direction, le résident lui avait répondu qu'il dirait à tout le monde que la PSSP l'avait frappé en premier et que c'était la raison pour laquelle il l'avait frappée à son tour. La PSSP 120 a ajouté qu'elle avait alors demandé une assistance et immédiatement signalé l'incident au personnel infirmier autorisé.

L'IA 132 a indiqué à l'inspectrice 545 que la PSSP 120 et le résident 019 étaient en train de se disputer lorsqu'elle est entrée dans la salle de bain et a ajouté qu'elle avait déjà prévenu le personnel de jour qu'un autre PSSP devait être désigné pour faire prendre le bain à ce résident étant donné que ceux-ci ne s'entendaient

plus. L'IA 132 a ajouté qu'elle avait signalé l'incident à l'infirmière de jour et que la directrice des soins était au courant car elle avait ajouté une note dans le cahier de communications après l'incident.

Lors d'un entretien le 22 octobre 2015, la directrice des soins a indiqué qu'elle avait eu connaissance de l'incident ce jour particulier de septembre mais qu'elle n'avait pas mené d'enquête immédiatement et n'avait enquêté sur le mauvais traitement allégué que le lendemain, quand la PSSP 120 a pu se libérer pour un entretien. [alinéa 23 (1) a)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit fait l'objet d'une enquête immédiate lorsqu'il en est fait mention au titulaire de permis. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 5 : 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. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).**

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

**24. (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :**

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier qui a eu des motifs raisonnables de soupçonner l'administration, au résident 050, d'un traitement ou de soins de façon inappropriée ou incompétente ayant causé un préjudice fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons de mauvais traitement et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Pour la définition du terme « négligence », il convient de se référer au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 5. :



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*

« négligence » S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Un jour particulier de septembre 2015, au début du quart de jour, la PSSP 118 a remarqué une forte odeur de fèces provenant de la chambre du résident 050. Quand la PSSP 118 a amorcé les soins du matin, elle a remarqué que la prothèse externe n'était pas en place et que le résident avait une croûte de fèces séchées sur la poitrine et sur l'abdomen. La PSSP 118 a également remarqué que le produit pour incontinence du résident était saturé d'urine et de fèces. Quand la PSSP 118 a lavé le résident, elle a vu qu'il avait la peau rouge et excoriée; le résident avait les larmes aux yeux durant la procédure et se plaignait de douleurs. La PSSP 118 a informé l'IA 137 de l'incident soupçonné de négligence de la part du PSSP de nuit. L'inspectrice 545 a examiné une copie de la politique et marche à suivre actuelle du foyer intitulée « Resident Non-Abuse – Ontario », LP-C-20-ON, dont la dernière mise à jour date de septembre 2014. Sous la rubrique « Mandatory Reporting, en page 4 de 14, il est indiqué ce qui suit :

- Les membres du personnel ou les personnes qui apprennent ou ont des motifs raisonnables de soupçonner qu'il y a eu un mauvais traitement ou une négligence envers un résident doivent faire immédiatement rapport de leurs soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés au directeur général du foyer ou, si celui-ci n'est pas disponible, au superviseur le plus haut placé qui est de service à ce moment-là.

Lors d'un entretien, la PSSP 118 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle avait immédiatement informé l'IA 137 de l'incident soupçonné de négligence du résident 050; cependant, l'IA 137 n'était pas la superviseure la plus haut placée qui était de service à ce moment-là. Les deux membres du personnel infirmier ont indiqué qu'ils n'avaient pas fait rapport de leurs soupçons au directeur. Sur la même page, cette politique indique également ce qui suit :

Obligation de faire rapport aux termes de la LFSLD (Ontario) : Le paragraphe 24 (1) de la LFSLD exige qu'une personne fasse immédiatement rapport au directeur lorsqu'un doute raisonnable laisse penser que certains incidents se sont produits ou risquent de se produire. La LFSLD prévoit que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner l'administration, à un résident, d'un traitement ou de soins de manière inappropriée ou incompétente ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident doit immédiatement faire rapport de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

La PSSP 118 et l'IA 137 n'ont pas immédiatement fait rapport au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de leurs soupçons concernant le traitement ou la négligence dont le résident 050 a été l'objet de la part d'un autre membre du personnel et qui lui a causé un préjudice. [par. 24 (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 qu'une personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'il y a eu négligence***

***d'un résident fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50 (Soins de la peau et des plaies).**

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

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

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

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

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

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

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

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 017 et le résident 050, qui présentaient une altération de l'intégrité épidermique ou des ruptures de l'épiderme, se fassent évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le résident 017 a été diagnostiqué de plusieurs affections, notamment d'un trouble sanguin et d'une déficience visuelle et, selon les ordres du médecin, le résident se voit administrer quotidiennement un salicylique.

Les 16 et 20 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé deux ecchymoses violet foncé d'environ 3,5 cm de diamètre sur un membre du résident 017. Le résident a indiqué qu'au cours des derniers mois, il avait remarqué qu'il avait été particulièrement prédisposé aux ecchymoses. Le résident 017 a indiqué que ces ecchymoses auraient pu se former après qu'il s'est cogné un membre contre le pied du lit la nuit en replaçant son édredon.

L'inspectrice 545 a examiné le dossier de santé du résident 017 et vu les notes d'évolution datées de deux jours particuliers de septembre 2015 indiquant que le résident s'était plaint d'avoir été particulièrement prédisposé aux ecchymoses et d'en avoir eu souvent au cours du dernier mois. L'inspectrice n'a trouvé aucune documentation de l'évaluation de la peau.

L'inspectrice 545 a examiné les feuilles de cheminement quotidiennes remplies par les PSSP et noté que les ecchymoses avaient été documentées un jour particulier d'août 2015 et un jour particulier de septembre 2015.

Le 20 octobre 2015, la PSSP 120 et la PSSP 112 ont indiqué à l'inspectrice 545 qu'une observation de l'épiderme avait été faite durant le bain et qu'il était de leur devoir de signaler toute altération de l'intégrité épidermique, notamment les ecchymoses, au personnel infirmier autorisé. Elles ont indiqué que le résident 017 se faisait donner un bain deux fois par semaine, le lundi et le jeudi, et qu'elles n'avaient pas remarqué ses ecchymoses. La PSSP 112 a ajouté qu'après avoir regardé le membre touché du résident, les ecchymoses étaient évidentes mais elle ne les avait pas vues. L'IAA 111 a indiqué à l'inspectrice 545 que le personnel infirmier autorisé était chargé d'évaluer toutes les ecchymoses et de consigner dans les notes d'évolution leur emplacement, leurs dimensions et, le cas échéant, leur cause, puis d'en informer le médecin et la famille. Elle a indiqué que les ecchymoses observées par le personnel les deux jours de septembre en question n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation de la peau par le personnel ni d'une notification à la famille. Elle a ajouté qu'elle administrait des médicaments au résident 017 tous les jours et qu'elle n'avait pas remarqué ses ecchymoses.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué que, selon le programme du foyer pour les soins de la peau et des plaies, l'altération de l'intégrité épidermique désigne la dégradation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique, laquelle englobe toute rupture épidermique, y compris mais sans s'y limiter, les ecchymoses, les déchirures de la peau, les éruptions cutanées, les plaies ou ulcères, les brûlures et les lésions. Elle a indiqué que lorsque le résident 017 a présenté des ecchymoses les jours de septembre et octobre en question, sa peau aurait dû être évaluée par un membre du personnel infirmier autorisé.  
[sous-alinéa 50 (2) b) (i)]

2. Un jour de septembre 2015, le foyer a présenté au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée un rapport d'incident grave concernant le résident 050, qui avait des parties de l'abdomen rouges et excoriées en raison du manque de soins. Un jour de septembre 2015, au début du quart de jour, la PSSP 118 a trouvé le résident 050 au lit, couvert de fèces de la poitrine à l'abdomen parce qu'il n'avait pas de prothèse externe en place à ce moment-là.

L'inspectrice 550 a examiné le dossier de santé du résident 050 et a trouvé une évaluation de la peau faite par un membre du personnel infirmier autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies, mis à part les notes d'évolution indiquant qu'une rougeur avait été observée sur le bas-ventre et autour de l'abdomen du résident.

La directrice des soins a indiqué que, selon les exigences du foyer, le personnel infirmier autorisé aurait dû faire une évaluation de la peau du résident 050 au moyen du formulaire « Évaluation complète de l'épiderme » étant donné que l'intégrité de la peau était compromise. La directrice des soins a également indiqué à l'inspectrice 550 que si l'évaluation de la peau ne se trouvait pas au dossier de santé du résident, c'est qu'elle n'avait pas été faite et que le personnel avait peut-être oublié de la faire. [sous-alinéa 50 (2) b) (i)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique ou des***

*ruptures de la peau au foyer se fait évaluer la peau au moyen du formulaire « Évaluation complète de l'épiderme ». Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.*

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).**

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

**85. (3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).**

**85. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

- a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3);**
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;**
- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;**
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé un membre du conseil des résidents, qui a indiqué qu'on lui avait remis un exemplaire du sondage, cependant les membres du conseil des résidents n'ont pas eu l'occasion de fournir des conseils sur le sondage ou la manière de le réaliser au sein du foyer.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé l'adjointe du conseil des résidents et la directrice des soins, qui ont indiqué que le sondage sur la satisfaction était organisé par Revera, et ni l'une ni l'autre ne savait que le foyer devait demander conseil au conseil des résidents pour la mise au point du sondage sur la satisfaction et la manière de le réaliser au sein du foyer.

Ce non-respect a été cité précédemment dans un avis écrit délivré dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) de 2014.  
[par. 85 (3)]

2. Le titulaire de permis n'a pas documenté ni mis à la disposition du conseil des résidents les résultats du sondage sur la satisfaction des résidents pour demander conseil au conseil à propos du sondage.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé deux membres du conseil des résidents qui ont tous deux indiqué qu'après la tenue du sondage sur la satisfaction cet été, les résultats n'avaient pas été consignés ni mis à leur disposition pour qu'ils les examinent.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé l'adjointe du conseil des résidents, qui a affirmé ne pas savoir qu'elle devait demander conseil au conseil pour la mise au point du sondage sur la satisfaction ni qu'elle devait communiquer les résultats de celui-ci au conseil des résidents. [alinéa 85 (4) a)]

---

**AE n° 8 : 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 qu'il y ait en place un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Le résident 019 présente plusieurs affections qui nécessitent une aide soutenue pour la plupart des activités de la vie quotidienne.

Les 16, 20 et 21 octobre 2015, une grande sonnette grise à l'apparence d'une bulle a été vue dans la chambre du résident, enroulée autour du côté de lit qui était en position abaissée, et un édredon cachait la sonnette et son cordon. Le lit du résident était placé contre le mur. Le résident 019 a indiqué qu'il lui serait impossible d'atteindre la sonnette car il ne pouvait pas y accéder s'il était assis dans un fauteuil roulant.

L'examen du dernier programme de soins du résident a révélé, d'une part, que le résident 019 était à haut risque pour les chutes et avait besoin d'aide pour les transferts et, d'autre part, que le personnel avait reçu l'ordre de veiller à ce que la sonnette d'appel soit accessible en tout temps et à encourager le résident à appeler pour obtenir de l'aide.

Lors d'un entretien, la PSSP 128 a indiqué à l'inspectrice 545 que tous les résidents devaient avoir une sonnette qui est aisément accessible en tout temps. Dans la chambre du résident 019, la PSSP 128 a indiqué à l'inspectrice 545 que ce résident ne pourrait pas accéder à la sonnette d'appel puis a quitté la pièce.

Le chef du service de documentation a indiqué que le résident 019 ne pourrait pas accéder à la sonnette d'appel en raison de l'amplitude de mouvement limitée du résident et qu'une évaluation de la sonnette d'appel était nécessaire pour fournir au résident un système de communication bilatérale avec le personnel qui est aisément visible, accessible et utilisable par le résident, le personnel et les visiteurs en tout temps.  
[alinéa 17 (1) a)]

2. Les 15, 20 et 21 octobre 2015, le cordon de la sonnette d'appel dans la chambre du résident 038 a été vu enroulé derrière la table de chevet du résident. Le résident a indiqué qu'il n'avait pas de sonnette d'appel.

L'examen du dernier programme de soins du résident a révélé que le résident 038 se déplaçait avec une canne et souffrait d'épisodes fréquents d'étourdissements; par conséquent, le personnel a reçu l'ordre de veiller à ce que la sonnette d'appel du résident soit aisément accessible et de rappeler au résident 038 d'utiliser la sonnette au besoin.

Lors d'un entretien, la PSSP 124 a indiqué à l'inspectrice 545 que tous les résidents devaient avoir une sonnette d'appel qui est aisément accessible en tout temps. Dans la chambre du résident 038, la PSSP 124 a indiqué à l'inspectrice 545 que le résident serait incapable de voir le cordon de la sonnette d'appel ou d'y accéder étant donné l'emplacement actuel du cordon.

Le chef du service de documentation a indiqué que le foyer exigeait que tout le personnel veille à ce que le cordon d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (sonnette d'appel) soit aisément visible et accessible de sorte que les résidents, le personnel et les visiteurs puissent l'utiliser en tout temps lorsqu'ils en ont besoin. Elle a indiqué que les résidents 038 et 019 n'avaient pas de cordon de sonnette d'appel aisément visible ou accessible. [alinéa 17 (1) a)]

---

**AE n° 9 : 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. 29 (Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer intitulée « Least Restraints » soit respectée pour le résident 030.

Le résident 030 a été admis au foyer avec un trouble cognitif particulier et a été identifié comme étant à haut risque pour les chutes. Une ceinture de sécurité à fermeture frontale a été commandée pour le résident 030 un jour particulier d'octobre 2015 par mesure de sécurité vu que le résident a fait plusieurs chutes, ceci malgré toutes les autres mesures en place pour le protéger.

L'inspectrice 547 a examiné la politique du foyer Revera LTC-K-10, intitulée « Resident Safety » et mise à jour en mars 2013, indiquait ceci en page 2 de 3 :

5 – le programme de soins du résident doit être actuel de façon à illustrer le recours à la contention, les interventions et les risques potentiels.

6 – le foyer aura en place un processus d'observation, de changement de position et de dégagement ainsi qu'un processus de documentation pour tous les résidents maîtrisés par un moyen de contention.

Le 23 octobre 2015, l'inspectrice 547 a examiné le dossier de santé du résident et noté que son programme de soins ne reflétait pas son besoin de porter une ceinture de sécurité à fermeture frontale comme moyen de contention lorsqu'assis dans un fauteuil roulant. Le programme de soins du résident a été mis à jour en septembre 2015.

Le dossier que tient le foyer sur l'observation du recours à la contention pour le résident 030 – le « Formulaire d'observation des contentions » – a été examiné par l'inspectrice 547 et l'IAA 134. Cette dernière a indiqué qu'en ce qui concerne ce formulaire de documentation des contentions, le foyer s'attendait à ce que le personnel infirmier autorisé vérifie que le résident porte le moyen de contention et que celui-ci est appliqué de façon sécuritaire. L'IAA 134 a ajouté que le personnel infirmier autorisé ne changeait pas les résidents de position toutes les deux heures car ce sont les PSSP qui le font. Les PSSP appliquent le moyen de contention lorsqu'ils installent le résident dans un fauteuil roulant et l'enlèvent lorsqu'ils l'en sortent. Le personnel infirmier autorisé est chargé de remplir ces documents. Les PSSP n'ont pas de documentation concernant les moyens de contention employés au foyer.

L'IAA 134 a signé dans la case prévue pour le parafe des PSSP un jour d'octobre 2015, ne se rendant pas compte que les PSSP étaient censés signer ce formulaire.

Le dossier d'observation des contentions du résident 030 n'indiquait aucun retrait, changement de position ou évaluation requis toutes les deux heures pour la ceinture de sécurité employée comme moyen de contention de ce résident depuis le début de son utilisation, un jour particulier d'octobre 2015. Un jour particulier d'octobre 2015, le moyen de contention du résident 030 a été appliqué et consigné par l'IAA 134 toutes les heures, de 7 h 30 à 13 h 30, quand il était retiré. L'IAA 134 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle savait qu'il fallait parafier pour confirmer le retrait à cette heure car le résident allait au lit chaque après-midi à 13 h 30. L'IAA 134 a indiqué qu'elle n'appliquait pas le moyen de contention au résident toutes les heures durant cette période puisque les PSSP le font mais elle consigne au dossier que cela est fait.

Pour trois quarts de travail sur six, le dossier du mois d'octobre 2015 n'indiquait pas le nom des PSSP qui avaient appliqué ou retiré le moyen de contention. De plus, le dossier n'indiquait pas d'évaluation par le

personnel infirmier autorisé concernant la réponse du résident ni de réévaluation du nouveau moyen de contention appliqué au résident quand il était dans un fauteuil roulant. [art. 29]

---

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

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

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

**1. Doit être consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.**

**2. Si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne un résident, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides sont appropriés pour le résident compte tenu de son état.**

**3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.**

**4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, conformément au programme d'entretien structuré exigé à l'alinéa 15 (1) c) de la Loi, il y ait une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents concernant l'entretien du système de chauffage actuel au foyer.

Le 15 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le membre de la famille du résident 032, qui est également bénévole au foyer. Le résident 032 se plaint souvent au membre de sa famille qu'il fait trop chaud dans sa chambre. Le membre de la famille du résident a dit avoir également remarqué que, lorsque les températures extérieures baissent, il fait souvent très chaud à l'intérieur du foyer.

L'équipe d'inspection a également noté, les 14, 5, 16 et 19 octobre 2015, que le couloir des résidents de l'unité de la Pommeraie était très chaud. Pendant ce temps, il a été noté que les fenêtres de plusieurs chambres à coucher étaient ouvertes et que le résident 032 avait souvent été vu assis dans sa chambre près de la fenêtre ouverte l'après-midi.

Le 20 octobre 2015, les PSSP 101 et 102 ont demandé à l'inspectrice 547 de vérifier les températures dans les chambres à coucher, particulièrement dans celle du résident 052, où il faisait très chaud à ce moment-là.

Le résident 052 préfère garder la porte de sa chambre fermée et ne veut pas ouvrir la fenêtre. En entrant dans la chambre de ce résident, l'air était très chaud.

Sur sa table de chevet, le résident 052 avait un thermostat portable qui indiquait 32 degrés Celsius. Ce résident avait les joues rouges et a indiqué que sa chambre était très chaude, car les PSSP avaient oublié d'allumer le ventilateur vertical près de la porte pour faire circuler l'air dans la pièce. Le PSSP 101 a indiqué que seules quelques chambres de cette aile étaient ainsi mais que les résidents y étaient très inconfortables.

L'inspectrice 547 a appelé l'employé 119 des services environnementaux pour vérifier la température dans la chambre du résident 052, où il n'y avait pas de thermostat mural. L'employé 119 a indiqué que la température des chambres à coucher était contrôlée par un même thermostat pour quatre chambres. Le thermostat contrôlant le chauffage de cette chambre était situé deux portes plus loin dans le couloir. Ce thermostat mural était réglé à la température maximale de 32 degrés Celsius. L'employé 119 des Services environnementaux a indiqué que ce serait la raison pour laquelle ces chambres étaient très chaudes. Les PSSP 101 et 102 dans ce couloir ont indiqué qu'il faisait trop chaud dans l'établissement et que c'était ainsi depuis longtemps.

L'employé 119 des services environnementaux a indiqué que selon les exigences du foyer pour l'entretien du système de chauffage, les responsables des services environnementaux doivent vérifier tous les thermostats muraux le matin quand ils arrivent, pour assurer qu'ils sont réglés à 22 degrés, puis sont censés les ajuster à la fin de leur quart de travail si la nuit s'annonce froide et mettre le système de chauffage en marche. L'employé 119 des services environnementaux a indiqué qu'il était difficile à cette période de l'année de gérer la chaleur et que pour cette raison chaque thermostat était vérifié manuellement tous les jours. Les thermostats sont gardés derrière un boîtier de verrouillage, accessible aux services environnementaux au moyen d'une clé. L'employé 119 des services environnementaux a indiqué que ce matin-là il n'avait pas vérifié le thermostat de la chambre en question, dont le réglage a une incidence sur ces résidents, car la porte du résident concerné était fermée et il ne voulait pas le déranger. L'inspectrice 547 et l'employé 119 des services environnementaux ont également observé une autre chambre à coucher de l'unité de l'Allée des Tulipes, qui avait le thermostat mural réglé à 28 degrés Celsius. La température de la petite salle à manger de cette unité était également réglée à 26 degrés Celsius.

Le 23 octobre 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le chef des services environnementaux au sujet du processus concernant le chauffage et les thermostats dans les aires résidentielles du foyer. Le chef des services environnementaux a indiqué que les thermostats devaient être vérifiés chaque matin par le personnel des services environnementaux et réglés en fonction des températures extérieures. Le jour, quand il fait plus chaud, les thermostats sont réglés à une température plus basse. Les thermostats doivent ensuite être vérifiés de nouveau à la fin de la journée par le personnel des services environnementaux, qui s'assure qu'ils sont bien réglés sur le chauffage pour la nuit. Le chef des services environnementaux a indiqué que, quand il commence à faire froid dehors, les thermostats avaient besoin d'être mis en surcharge en mettant la broche sur le thermostat à la chaleur maximale. Le système de chauffage est désuet et cette mesure permet l'allumage du système. La broche sur le thermostat doit rester au maximum pendant cinq minutes; le personnel des services

environnementaux doit ensuite retourner voir le thermostat et baisser manuellement la broche à 22 degrés de façon à avoir la température minimale requise par les règlements.

Le chef des services environnementaux a noté que le foyer n'avait pas de politique ou de procédure concernant les besoins particuliers de l'établissement en matière de système de chauffage en ce moment. Il a ajouté que le système de chauffage avait été mis en marche au foyer quand il a commencé à faire froid dehors et ne savait pas quelle date mais pensait que c'était peut-être à la fin de la première semaine d'octobre 2015. Il a également indiqué qu'il avait de la difficulté avec les clés des thermostats au foyer étant donné que plusieurs membres du personnel les ont et, en conséquence, chacun fait ses réglages manuellement. Il a peu de contrôle sur la situation sauf le matin et la nuit quand le personnel des services environnementaux est présent au foyer. Il a indiqué que le personnel des services environnementaux savait que cela devait être fait, mais à l'heure actuelle il n'y a pas de procédé, de documentation ni de surveillance de ce système en place pour savoir quand les thermostats sont mis en marche, puis réglés manuellement à 22 degrés, ou quand ils sont éteints.

Lors d'un entretien le 26 octobre 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle ne connaissait pas ce procédé informel concernant le chauffage au foyer et qu'il n'y avait pas de politique et marche à suivre précise pour le système de chauffage actuel. [alinéa 30 (1) 1]

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 57 (Pouvoirs du conseil des résidents).**

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

**57. (2) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 57 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours lorsque celui-ci l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 592 a examiné les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents pour la période du 20 janvier au 15 septembre 2015.

Le 14 juillet 2015, le conseil des résidents a relevé des préoccupations concernant du personnel qui criait et perturbait le sommeil des résidents.

Le 19 août 2015, le conseil des résidents a demandé à afficher une note invitant les membres du personnel de nuit à chuchoter entre eux et à baisser le volume de la radio dans les salons.

Le 15 septembre 2015, le conseil des résidents a recommandé que des feutres soient placés sous les pattes des chaises pour garder le plancher en bon état et pour faciliter le mouvement des chaises sur le plancher. De

plus, des préoccupations ont été soulevées de nouveau au sujet du personnel qui crie et perturbe le sommeil des résidents.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé l'adjoint du conseil des résidents, qui a indiqué que les préoccupations soulevées par le conseil des résidents étaient communiquées verbalement le même jour et résolues rapidement par les chefs des services concernés.

Elle a également dit à l'inspectrice 592 qu'aucune réponse liée à ces préoccupations n'avait été fournie au conseil des résidents car elle ne savait pas qu'il fallait lui répondre par écrit.

Le 19 octobre 2015, l'inspectrice 592 a interrogé la directrice des soins, qui a indiqué que les préoccupations étaient résolues dès qu'elles étaient soulevées mais elle ne savait pas que le foyer devait répondre par écrit dans un délai de 10 jours lorsque le conseil des résidents l'a informé des sujets de préoccupation ou de recommandations. [par. 57 (2)]

---

**AE n° 12 : 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 (Renseignements à l'intention des résidents).**

**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 n'a pas veillé à ce que la trousse de renseignements comprenne la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le 22 octobre 2015, l'inspectrice 545 a examiné la trousse de renseignements pour obtenir la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence et a noté que la trousse de renseignements ne contenait pas cette politique actuelle.

L'inspectrice 545 a alors interrogé la directrice des soins, qui a indiqué que le foyer avait fourni un résumé de la politique du foyer intitulée « La Politique de la Prévention et de l'Élimination de l'abus » au lieu d'ajouter la politique de Revera à la trousse. [alinéa 78 (2) c)]

---

**AE n° 13 : 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 :**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille 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. 2007, chap. 8, par. 79 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des copies des rapports d'inspection des deux dernières années concernant le foyer de soins de longue durée soient affichées dans un endroit bien en vue et facile d'accès.

Le 14 octobre 2015, l'inspectrice 545 a tenu la visite initiale au foyer et noté qu'un classeur se trouvait à l'entrée principale du foyer et contenait des copies de rapports d'inspection; cependant, les rapports d'inspection les plus récents n'y étaient pas.

Le 21 octobre 2015, l'inspectrice 547 a noté que les derniers rapports d'inspection se trouvaient derrière une vitrine verrouillée près de l'entrée principale du foyer. Cette vitrine verrouillée n'est pas considérée comme un endroit facile d'accès permettant aux résidents, aux familles et aux amis d'y accéder en tout temps.

L'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins au sujet des rapports d'inspection affichés au foyer. La directrice des soins a indiqué que le foyer affichait, dans l'armoire murale verrouillée, les rapports les plus récents pour qu'ils soient plus visibles des résidents et des familles mais n'a pas déterminé si cette vitrine était facile d'accès le soir, la nuit ou le week-end quand le personnel de la réception n'était pas disponible.

[par. 79 (1)]

---

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 87 (Entretien ménager).**

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

**87. (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :**

**d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des copies de rapports d'inspection des deux dernières années concernant le foyer de soins de longue durée soient affichées dans un endroit bien en vue et facile d'accès.

Le 14 octobre 2015, l'inspectrice 545 a effectué la visite initiale du foyer et noté qu'un classeur situé à l'entrée principale contenait des copies de rapports d'inspection; cependant, les rapports d'inspection les plus récents n'y étaient pas.

Le 21 octobre 2015, l'inspectrice 547 a noté que les rapports d'inspection les plus récents étaient dans une vitrine verrouillée près de l'entrée principale du foyer. Cette vitrine verrouillée n'est pas considérée comme un endroit facile d'accès en tout temps pour les résidents, les familles et les amis.

L'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins concernant les rapports d'inspection affichés au foyer. La directrice des soins a indiqué que le foyer affichait les rapports les plus récents dans l'armoire murale verrouillée pour qu'ils soient plus visibles des résidents et des familles mais n'a pas vérifié si cette vitrine était facile d'accès le soir, la nuit et la fin de semaine quand le personnel de la réception n'est pas disponible.

[par. 79 (1)]

**AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 89 (Services de buanderie).**

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

**81. (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 15 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**

**a) sont élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :**

**(i) le linge de maison des résidents est changé au moins une fois par semaine ou plus souvent, au besoin,**

**(ii) les objets personnels et les vêtements des résidents sont étiquetés avec considération dans les 48 heures de leur admission ou de l'acquisition des vêtements, s'il s'agit de vêtements neufs,**

**(iii) les vêtements souillés des résidents sont recueillis, triés, nettoyés et leur sont livrés,**

**(iv) est prévu un processus qui permet de signaler et de retrouver les vêtements et objets personnels perdus des résidents;**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les objets personnels et les vêtements du résident 014 soient étiquetés avec considération dans les 48 heures de son admission ou de l'acquisition des vêtements, s'il s'agit de vêtements neufs.

Le résident 014 a été admis au foyer avec une grande quantité de vêtements et de couvertures dans de grands sacs.

Le résident 014 a indiqué à l'inspectrice 545 que plusieurs vêtements personnels étaient placés dans de grands sacs à ordures noirs pour l'étiquetage et que deux des six sacs ne lui ont jamais été rapportés.

À l'examen du dossier de santé du résident, la liste d'objets personnels qui doit être dressée aux termes de la politique du foyer sur l'inventaire et l'étiquetage (D-20-10) n'a pas été trouvée.

Lors d'un entretien le 23 octobre 2015, l'aide à la buanderie 136 a indiqué que six grands sacs à ordures remplis de vêtements appartenant au résident 014 avaient été livrés à la buanderie pour étiquetage. Elle a indiqué qu'elle avait étiqueté près de 70 % de ces objets et qu'après s'être rendu compte que les objets restants étaient similaires, elle a communiqué avec le coordonnateur des services aux résidents et aux familles pour lui demander conseil. Il a été décidé que les autres objets devaient être laissés non étiquetés dans deux sacs à ordures noirs, dans un autre endroit du sous-sol du foyer, jusqu'à ce que le résident en ait besoin. L'aide à la buanderie a également indiqué que les deux sacs à ordures noirs avaient été égarés au printemps et on pensait qu'ils avaient été envoyés en don avec le reste des vêtements non étiquetés trouvés au foyer.

Lors d'un entretien, le coordonnateur des services aux résidents et aux familles a indiqué que les vêtements du résident 014 n'avaient pas tous été étiquetés au moment de l'admission vu le grand nombre d'articles avec lesquels le résident est entré au foyer. Il a indiqué que deux sacs sur six avaient été laissés non étiquetés dans

la buanderie en raison de l'espace restreint dans la chambre du résident. Le coordonnateur des services aux résidents et aux familles a également indiqué qu'en mars 2015, durant le nettoyage du printemps, les articles non étiquetés des résidents qui se trouvaient au poste d'objets perdus avaient été envoyés en don et pense que les deux sacs du résident 014 ont peut-être été envoyés en don en même temps. Le coordonnateur des services aux résidents et aux familles a ajouté qu'il n'y avait pas actuellement de procédure pour la mise à jour de la liste des vêtements reçus au moment de l'admission et que, dans bien des cas, les vêtements apportés par les résidents ou les familles après l'admission n'étaient pas étiquetés et étaient égarés. [alinéa 89 (1) a) (ii)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit mis en œuvre, dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 15 (1) b) de la Loi, un processus qui permet de signaler et de retrouver les vêtements et objets personnels perdus des résidents.

Lors d'entretiens avec les résidents suivants, les objets perdus ont été signalés aux inspectrices 545 et 547 :

- un résident particulier : un pantalon de pyjama bleu clair, il y a environ un mois;
- un résident particulier : trois soutiens-gorge (un blanc, un rose et un brun), deux pantalons (un noir et un gris), il y a environ trois semaines;
- un résident particulier : six couvertures, trois manteaux d'hiver, six soutiens-gorge neufs, plusieurs chemises de nuit, robes et jupes, l'hiver dernier.

Les trois résidents ont indiqué qu'ils avaient signalé au personnel les objets personnels perdus et que le personnel les avait cherchés mais qu'aucun des objets n'avait été retrouvé.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer « Marquise Hospitality: Personal Clothing Procedures Storage of Lost/Unclaimed Personal Clothing » (I.D. ES D-20-30), mise à jour le 21 janvier 2015. En page 1 de la marche à suivre :

- n° 5 : il est documenté que « Toutes les préoccupations des familles ou des visiteurs concernant les vêtements perdus sont portées à l'attention du coordonnateur des services aux résidents ou à la personne qu'il désigne;
- n° 6 : Le coordonnateur des services aux résidents doit remplir, soit un formulaire Réponse de Service aux Résidents, soit la page 2 de la liste de vérification de vêtements manquants, et transmettre le document au service de soins infirmiers et au service de buanderie.
- n° 7 : Le service de soins infirmiers cherchera les vêtements manquants dans l'ensemble du foyer et dans le service de buanderie et communiquera les résultats de sa recherche au coordonnateur des services aux résidents.

Lors d'entretiens, le PSSP 129 et l'IAA 139 ont indiqué à l'inspectrice 545 qu'une liste des vêtements devait être dressée au moment de l'admission, envoyée avec les vêtements du résident au service de buanderie pour l'étiquetage et conservée au dossier du résident; cependant la liste des vêtements de deux des résidents susmentionnés n'a pas été trouvée. Le PSSP 129 et l'IAA 139 ont également indiqué qu'ils ne savaient pas que des vêtements appartenant à ces trois résidents avaient été perdus. L'IAA 139 a indiqué que si un résident signalait un objet manquant, elle remplissait un formulaire de déclaration de perte mais elle n'a pas trouvé ce formulaire dans le classeur de l'unité.



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

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

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

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

Lors d'un entretien, l'aide à la buanderie 136 a indiqué que, lorsque des vêtements non étiquetés étaient retrouvés, ils étaient automatiquement placés dans la section des objets perdus. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas reçu de déclaration de perte pour ces trois résidents. Elle a également indiqué que lorsqu'un objet perdu était signalé au personnel, celui-ci était censé remplir une notification de vêtement égaré mais qu'elle n'avait pas reçu de formulaires de ce type dernièrement.

Le chef du service de documentation a fourni à l'inspectrice un formulaire « Réponse de Service aux Résidents », indiquant que c'était le document que le personnel était censé remplir quand les résidents signalent des objets manquants, y compris des vêtements perdus. Elle a également indiqué que le formulaire vert (Notification de vêtement égaré) n'était plus utilisé.

Lors d'un entretien, le coordonnateur des services aux résidents et aux familles a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il était du devoir du personnel infirmier de remplir un formulaire de déclaration de perte et que celui-ci devait être envoyé au service de buanderie pour être traité par le chef des services environnementaux. Il a indiqué que la plupart des vêtements perdus étaient égarés durant leur déplacement, soit parce qu'ils ont été rangés dans la mauvaise pièce, soit parce qu'ils n'ont pas été étiquetés. Il a dit savoir que deux des trois résidents mentionnés avaient signalé la perte d'articles destinés à la buanderie. Il a ajouté qu'aucun formulaire de déclaration de perte n'avait été rempli pour les objets perdus appartenant à ces trois résidents.

Le coordonnateur des services aux résidents et aux familles a indiqué que le personnel était censé remplir un formulaire de déclaration de perte mais qu'il n'avait pas reçu de formulaire de ce type depuis longtemps pour des vêtements perdus. Après avoir examiné son manuel de politiques et marches à suivre, il a indiqué qu'il existait une liste de vérification de vêtements manquants mais que celle-ci n'avait pas encore été traduite en français et que, pour cette raison, elle n'était pas encore en usage. [sous-alinéa 89 (1) a) (iv)]

---

Date de délivrance : 8 janvier 2016

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

## Copie destinée au public

---

<b>Nom des inspecteurs ou inspectrices :</b>	LISA KLUKE (547), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), JOANNE HENRIE (550), MELANIE SARRAZIN (592)
<b>N° de registre :</b>	O-002653-15
<b>N° du rapport d'inspection :</b>	2015_286547_0021
<b>Type d'inspection :</b>	Inspection de la qualité des services aux résidents
<b>Date du rapport :</b>	30 novembre 2015
<b>Titulaire de permis :</b>	REVERA LONG TERM CARE INC. 55 STANDISH COURT, 8TH FLOOR, MISSISSAUGA ON L5R 4B2
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	MONTFORT 705, chemin Montreal, OTTAWA ON K1K 0M9
<b>Nom de l'administratrice :</b>	Kelly Boisclair

---

Aux termes du présent document, REVERA LONG TERM CARE INC. est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

---

N° de l'ordre : 001

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont., par. 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).

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que tous les membres du personnel infirmier autorisé participant à l'administration de médicaments emploient des pratiques sécuritaires d'administration de médicaments conformément aux politiques et procédures du foyer. Le titulaire de permis est tenu de préparer, présenter et mettre en œuvre un plan visant à assurer la conformité à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, alinéa 8 (1) b), en prenant les mesures suivantes :

1. Offrir un recyclage à l'ensemble du personnel infirmier autorisé sur les politiques et procédures les plus récentes du foyer pour l'administration de médicaments, afin d'assurer que des mesures sont prises pour protéger les résidents, en examinant les points suivants :
  - gestion de l'administration de médicaments;
  - gestion de l'administration de narcotiques et de médicaments désignés;
  - gestion de l'auto-administration de médicaments par les résidents;
  - norme de pratiques de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario concernant l'administration de médicaments.
2. Élaborer et mettre en œuvre un processus visant à assurer la surveillance continue des méthodes retenues pour la gestion de l'administration de médicaments, de l'entreposage des médicaments et de l'auto-administration de médicaments par les résidents, en partenariat avec le pharmacien du foyer.

Ce plan doit être présenté par écrit à Angèle Albert Ritchie, inspectrice de foyers de soins de longue durée, par courrier postal au 347, rue Preston, bureau 420, Ottawa ON K1S 3J4, ou par télécopieur au 613 569-9670, au plus tard le 7 décembre 2015.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier autorisé du foyer respecte la politique et les marches à suivre de Revera concernant : l'administration de médicaments, la gestion des narcotiques et des médicaments contrôlés et l'auto-administration de médicaments.

Concernant les politiques relatives à l'administration de médicaments et à la gestion des narcotiques et des médicaments désignés :

Le 21 octobre 2015, durant une observation de la distribution des médicaments du matin, l'inspectrice 545 a constaté qu'il manquait les médicaments suivants (narcotiques et médicaments désignés) dans les emballages-coques rangés dans le tiroir verrouillé du chariot à médicaments verrouillé :

- 1) narcotique pour le résident 042 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 2) narcotique pour le résident 043 : il restait 19 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 21;
- 3) narcotique pour le résident 044 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 4) médicament désigné pour le résident 045 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 5) narcotique pour le résident 046 : il restait 26 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 28;
- 6) narcotique pour le résident 047 : il restait 19 comprimés dans l'emballage-coque – la feuille de narcotiques en indiquait 21.

L'inspectrice 545 a également observé que les narcotiques et les médicaments désignés manquants avaient été versés à l'avance dans des gobelets à médicaments qui se trouvaient dans les bacs non verrouillés de plusieurs résidents, dans le chariot à médicaments non verrouillé à double tour.

Lors d'un entretien, l'IAA 123 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'en sortant la dose prévue pour 8 h ce jour-là, elle avait par mégarde retiré un deuxième comprimé de l'emballage-coque. Elle a ajouté qu'elle avait administré un comprimé avant 8 heures puis versé d'avance un deuxième comprimé dans un gobelet à médicament pour la dose de midi et ensuite placé chaque gobelet dans les bacs des résidents. L'IAA 123 a indiqué que cela ne devait pas créer de problème puisqu'elle était la seule IA à avoir la clé du chariot à médicaments.

Le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice 545, le 21 octobre 2015, que les médicaments devaient rester dans le contenant ou emballage d'origine étiqueté fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques jusqu'à leur administration aux résidents et qu'ils ne devaient en aucun cas être préparés (versés) à l'avance. Le directeur des soins a également indiqué que les narcotiques et les médicaments désignés devaient toujours être gardés dans un endroit verrouillé à double tour et que tout le personnel infirmier autorisé avait été avisé de ne pas laisser les narcotiques en dehors de l'entrepôt des narcotiques verrouillé à double tour.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-20 concernant l'administration des médicaments, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 1 de 3 :

- 3. Les médicaments doivent rester dans le contenant ou emballage d'origine étiqueté fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques ou le service d'approvisionnement du gouvernement jusqu'à leur administration aux résidents.
- 6. Les médicaments ne doivent en aucun cas être préparés (versés) à l'avance.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-80 concernant la gestion des narcotiques et des médicaments désignés, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 1 de 3 :

- 4. Tous les narcotiques et les médicaments désignés seront gardés dans un endroit verrouillé à double tour.

Le 21 octobre 2015, l'inspectrice 545 a vu l'IAA 123 administrer plusieurs médicaments au résident 041 entre 8 h et 8 h 15. Lorsqu'elle a examiné le dossier d'administration des médicaments (DAM) à 8 h 45 le même jour, l'inspectrice 545 n'a pas trouvé de signature pour les médicaments administrés. L'inspectrice 545 a également noté que les médicaments (narcotiques et médicaments désignés) qui n'étaient pas dans leur emballage-coque, comme il est dit précédemment, il n'y avait pas de signature non plus après l'administration des médicaments du matin.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-20 concernant l'administration des médicaments, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 2 de 3 :

- 15. L'administration, le refus ou l'omission de tout médicament sera documenté immédiatement par l'infirmière chargée de leur administration en inscrivant les codes appropriés au DAMT (dossier d'administration des médicaments et des traitements).

En ce qui concerne la politique relative à l'auto-administration de médicaments :

Les 15 et 21 octobre 2015, un grand pot de crème prescrite a été vu sur le comptoir de la salle de toilette du résident 035 par les inspectrices 545 et 547. Le résident 035 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il s'appliquait lui-même cette crème deux fois par jour.

Lors d'un entretien, la PSSP 124 a indiqué à l'inspectrice 545 que le résident 035 s'appliquait la crème prescrite deux fois par jour et qu'elle était gardée dans la salle de toilette du résident pour qu'elle soit facile d'accès. L'IA 100 a indiqué que le résident 035 avait été admis avec la crème prescrite et qu'il pouvait en faire l'application de manière autonome. Elle a ajouté que la crème prescrite était gardée au chevet du résident pour qu'elle soit facile d'accès étant donné qu'elle doit être appliquée deux fois par jour.

Le directeur des soins a indiqué que tous les médicaments des résidents, y compris les crèmes prescrites qu'ils peuvent s'administrer eux-mêmes, étaient conservés au chevet des résidents, dans un tiroir verrouillé.

La politique et marche à suivre de Revera LTC-F-100 concernant l'auto-administration des médicaments, mise à jour en août 2012 et examinée lors de l'inspection, indiquait ceci en page 2 de 3 :

- 9. Tous les médicaments seront gardés au chevet du résident, dans un tiroir ou une armoire verrouillés dont le résident et l'infirmière auront la clé.

Il est noté que ce non-respect, qui porte sur l'inobservation de la politique et marche à suivre du foyer concernant l'administration des médicaments, avait précédemment fait l'objet d'un PRV



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) menée dans ce foyer en 2014. [alinéa 8 (1) b] (545) (547)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 mars 2016**

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

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

**Directeur**

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

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

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

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

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

**et Directeur**

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

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

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

**Date de délivrance : 30 novembre 2015****Signature de l'inspecteur :****Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :****Bureau régional de services :**

Original signé par

LISA KLUKE

Ottawa