



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., 4<sup>th</sup> Floor  
Ottawa ON K1S 3J4  
Telephone: 613-569-5602  
Facsimile: 613-569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

### Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
26 novembre 2014	2014_225126_0030	O-001014-14	Inspection de la qualité des services aux résidents

#### Titulaire de permis

Chartwell Master Care LP  
100 Milverton Drive, Suite 700, MISSISSAUGA (Ontario) L5R 4H1

#### Foyer de soins de longue durée

CHATEAU GARDENS LANCASTER LONG TERM CARE CENTRE  
105 MILITARY ROAD NORTH, C.P. 429, LANCASTER (Ontario) K0C 1N0

#### Inspectrice(s)

LINDA HARKINS (126), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), 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 le 10 novembre, du 12 au 14 novembre, ainsi que du 17 au 21 novembre 2014.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, la directrice des soins/coordonnatrice de l'évaluation RAI/directrice des services environnementaux, la coordonnatrice des activités, plusieurs infirmières autorisées, plusieurs préposés aux services de soutien personnel, un responsable du service d'entretien, le président du conseil des résidents, la présidente du conseil des familles, plusieurs résidents et des membres de plusieurs familles.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné plusieurs dossiers de santé et examiné plusieurs politiques : protocole de soins de la peau et des plaies (LTCE-CNS-I-3), soins palliatifs, gestion de la douleur et des symptômes (LTCE-CNS-E-4); elle a examiné la feuille de cheminement pour la gestion de la douleur, le programme d'entretien ménager et les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles.

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

comportements réactifs;  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
dignité, liberté de choisir et vie privée;



**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***

facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
foyer sûr et sécuritaire;  
gestion de la douleur;  
médicaments;  
observation du service de restauration;  
prévention des chutes;  
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;  
prévention et contrôle des infections;  
rapports et plaintes;  
recours minimal à la contention;  
services d'hébergement – entretien ménager;  
services d'hébergement – entretien;  
services de soutien personnel;  
soins de la peau et des plaies;

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



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

## NON-RESPECTS

### Définitions

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

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

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

### **AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, 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; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**  
**b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario, alinéa 8 (1) b), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que soit respecté le programme, le plan, la politique, le protocole, la marche à suivre, la stratégie ou le système établi ou mis en place.

Conformément au Règlement 79/10, alinéa 48 (1) 2, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que le programme interdisciplinaire suivant soit élaboré et mis en œuvre au foyer : un programme de soins de la peau et des plaies pour promouvoir l'intégrité épidermique, prévenir les plaies et les lésions de pression et pratiquer des interventions efficaces en la matière.



**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**

La politique du foyer visant les soins de la peau et des plaies (politique LTCE-CNS-I-3 (mise à jour en avril 2014) a été examinée par l'inspectrice 126 et les exigences suivantes ont été documentées :

Politique : « Les résidents qui présentent une altération de l'intégrité épidermique et qui reçoivent des soins des plaies bénéficieront d'une évaluation hebdomadaire de la douleur et d'une réévaluation hebdomadaire des soins des plaies.

Une évaluation de la peau et des plaies (Ont-Skin and Wound Assessment) sera effectuée si un résident présente une altération de l'intégrité épidermique. Le rapport d'évaluation doit être rempli chaque semaine par le personnel autorisé et sera utilisé pour documenter des renseignements particuliers concernant les lésions de pression et les plaies ainsi que le traitement et la guérison des régions touchées. »

Marche à suivre : « Le personnel autorisé veillera à évaluer, traiter et documenter toutes les régions présentant une altération de l'intégrité de la peau conformément à la directive suivante : 1. Évaluation – Lorsque vous documentez une évaluation des ruptures de l'épiderme, vous devez fournir les données suivantes : la date de l'observation; le stade; la région touchée; la taille en centimètres (cm), notamment la longueur, la largeur et la profondeur; la forme, l'apparence (escarre ou tissus nécrosés mous, type et quantité d'écoulement ou d'exsudat; odeur, inflammation; décollement ou tunnel (si présents); état du tissu cutané environnant ».

Le résident 008 a subi une déchirure (lacération) de la peau à la hauteur du mollet un jour d'octobre 2014. Depuis cette blessure, le pansement a été changé régulièrement selon les ordres du médecin. En novembre 2014, le résident 008 a toujours besoin d'un pansement fait selon les ordres du médecin car la plaie à la jambe gauche n'a pas guéri.

Un entretien avec l'infirmière autorisée (IA) 113 a eu lieu le 20 novembre 2014. Celle-ci a affirmé avoir enlevé le pansement ce matin-là en présence du médecin. L'infirmière 113 a expliqué à l'inspectrice 126 que le foyer suivait les règlements du protocole de soins des plaies pour le changement des pansements et la coordonnatrice des soins de la peau a appliqué le nouveau pansement selon l'ordre du médecin ce jour-là.

Un entretien avec l'employée 103, coordonnatrice des soins de la peau, a eu lieu le 20 novembre 2014. Celle-ci a expliqué que le résident 008 avait une déchirure de la peau de catégorie 3. L'employée 103 a indiqué qu'en tant que coordonnatrice des soins de la peau, elle devait notamment changer le pansement et remplir le rapport d'évaluation hebdomadaire de la peau ainsi que la documentation concernant la peau et les plaies. L'employée 103 a affirmé à l'inspectrice 126 que les changements de pansements étaient documentés dans les notes d'évolution et que le foyer n'utilisait pas le dossier d'administration des traitements pour le moment. L'employée 103 a affirmé que le foyer suivait les règlements du protocole des soins de la peau comme programme de soins de la peau et des plaies.

Les employées 103 et 113 ne connaissaient pas la politique sur les soins de la peau et des plaies. Les ordres du médecin ont été examinés et il a été noté que le médecin avait ordonné un traitement pour une lésion de pression, non pas pour une déchirure de la peau comme l'avaient indiqué la coordonnatrice des soins de la peau et le directeur des soins.



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*

L'inspectrice 126 a examiné l'évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies pratiquée sur le résident 008 depuis la blessure du 9 octobre 2014. Les évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies ont été effectuées cinq fois au cours de la période de sept semaines.

L'inspectrice 126 a examiné les notes d'évolution pour une période d'octobre et de novembre 2014. Il a été documenté dans les notes d'évolution que le pansement du résident 008 a été changé selon les ordres du médecin. La documentation incluse dans les notes d'évolution indiquait ceci : « Traitement de la lésion de pression à la jambe gauche – utiliser bridine et NaCl 1:1 humide à sec BID » sans documentation de l'évaluation de la plaie.

L'évaluation hebdomadaire de la peau n'est pas effectuée et la documentation de l'évaluation de la plaie n'est pas documentée conformément aux exigences du foyer établies dans la politique sur les soins de la peau et des plaies. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

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

**PRV** – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de la politique décrivant le protocole de soins de la peau et des plaies. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 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; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
  - b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
  - 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 respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 15 (2) c), dans la mesure où le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Lors d'un entretien, le 18 novembre 2014, le résident 002 a affirmé s'être cogné la jambe en allant au lit ou en sortant du lit, ce qui lui avait causé une déchirure et une contusion. À l'observation du lit et du côté de lit du



**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**

résident, l'inspectrice 545 a remarqué les bords tranchants de l'un des trois tubes en métal du quart de côté de lit installé à la tête du lit. Deux des tubes en métal étaient couverts d'un revêtement en plastique alors que le troisième tube en métal n'en avait pas et laissait paraître les bords tranchants du lit du résident.

À l'examen du dossier de santé du résident 002, une note d'évolution prise un jour de novembre 2014 décrivait la blessure à la jambe et indiquait que l'infirmière avait nettoyé cette région et l'avait pansée.

Lors d'un entretien, le 18 novembre 2014, la PSSP 102 a affirmé être au courant de la blessure du résident 002 et a indiqué qu'elle avait fait prendre une douche au résident et qu'elle connaissait l'origine de sa blessure.

Lors d'un entretien, le 18 novembre 2014, l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) 103 et le directeur des soins ont dit ne pas savoir qu'il manquait un revêtement en plastique et qu'ils feraient immédiatement remplacer ou réparer le quart de côté de lit pour que le résident 002 ait un côté de lit sûr qui peut être utilisé durant les transferts au lit et hors du lit. [alinéa 15 (2) c)]

2. La source de chaleur de chacune des chambres des résidents est une plinthe chauffante unique de huit pieds de couleur brun clair située sous la fenêtre dans la chambre du résident. Le 10 novembre 2014, pendant qu'elle terminait sa visite du foyer dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 592 a constaté que la plinthe chauffante de la salle de télévision du couloir sud et celle de la salle à manger étaient couvertes d'un bout à l'autre d'égratignures, de peinture-émail écaillée et de rouille.

Le 19 novembre 2014, dans plusieurs chambres, il a été observé par l'inspectrice 592 que les plinthes chauffantes présentaient la même dégradation que celles de la salle à manger et de la salle de télévision du couloir sud.

Le 19 novembre 2014, huit portes de 15 chambres du couloir est ont été notées comme présentant des égratignures et de la peinture écaillée qui laissait paraître une vieille peinture verte à la base de chaque porte.

- Dans l'une de ces chambres, il a été observé que la porte de la chambre présentait des égratignures et de la peinture écaillée qui laissait paraître une vieille peinture verte à la base de la porte et que le contreplaqué de la porte était décollé à la base et maintenu en place au moyen d'un ruban adhésif gris recouvrant en forme de « L » une partie de la porte endommagée.

- Dans une autre chambre, il a été observé que le mur de la salle de bain présentait des égratignures et de la peinture écaillée qui laissait paraître la cloison sèche.

- Dans trois chambres, il a été observé que le cadre de porte de la salle de bain présentait de la peinture écaillée qui laissait paraître le métal.

Le 19 novembre 2014, il a été observé qu'il manquait un carreau et demi autour de la toilette d'une chambre, ceci laissant paraître une matière brune. Dans une autre chambre, il manquait un carreau et demi, ceci laissant paraître la rouille et le ciment.



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*

- Il a été observé qu'il manquait la moitié de deux carreaux de sol et que trois autres carreaux de sol étaient fissurés dans le couloir est précédant les portes menant à l'extérieur du bâtiment, le tout laissant paraître une matière noire et des débris. Les trois carreaux de sol fissurés présentaient trois trous et contenaient des feuilles et des particules de ciment.

- Dans trois chambres, il a été observé que la porte de la salle de bain avait de la peinture écaillée qui laissait paraître une vieille peinture verte et le bois.

Lors d'un entretien, l'employé responsable de l'entretien a indiqué à l'inspectrice 592 que les portes de chambres et de salles de bain avaient constamment besoin d'être réparées. Il a expliqué à l'inspectrice 592 qu'il n'avait pas la liste des chambres et des salles de bain en mauvais état. L'inspectrice 592 a fait remarquer à l'employé chargé de l'entretien les carreaux de sol manquants. L'employé a affirmé être au courant de ce problème et a pris note des autres problèmes signalés.

Lors d'un entretien avec l'administrateur et la directrice des soins/coordonnatrice de l'évaluation RAI/directrice des services environnementaux, l'administrateur a indiqué qu'une vérification avait été faite deux semaines auparavant dans l'ensemble du foyer, qu'il connaissait l'existence de ces dommages et que le foyer était en train d'élaborer un plan pour assurer la sécurité quotidienne et effectuer les réparations nécessaires au foyer. [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 l'ameublement et le matériel tel que les côtés de lits, les murs et le sol dans l'ensemble du foyer sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 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); Règl. de l'Ont. 363/11, par. 6 (1).**



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*

#### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre en réponse aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes.

Les 10, 12 et 13 novembre 2014, des odeurs persistantes ont été identifiées par les inspectrices 592, 126 et 545 dans trois salles de bain à différentes heures du jour.

Le 18 novembre 2014, une odeur persistante reste présente dans tous les secteurs identifiés.

Le 18 novembre 2014, l'employé 100, responsable de l'entretien, a indiqué à l'inspectrice 592 que les salles de bain des résidents étaient faites quotidiennement et qu'il savait que des odeurs persistantes régnaient dans les secteurs identifiés. L'employé 100 a indiqué que de l'urine était incrustée dans le revêtement de sol et qu'on avait beau nettoyer et désinfecter le sol des salles de bain avec les produits précisés, l'odeur persistante ne s'en allait pas. L'employé 100 a indiqué que des désodorisants étaient installés dans ces salles de bain pour éliminer l'odeur mais que celle-ci persistait. L'employé 100 a indiqué à l'inspectrice 592 que les services environnementaux étaient au courant de la situation et que le foyer comptait changer le revêtement de sol.

La directrice des soins/coordonnatrice de l'évaluation RAI/directrice des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle savait qu'il y avait des odeurs persistantes dans les salles de bain et que le foyer attendait des devis pour le remplacement du revêtement de sol mais que, dans l'intervalle, une rondelle au parfum d'agrumes était à l'essai dans les salles de bain identifiées comme ayant des odeurs persistantes. Elle a affirmé à l'inspectrice 592 que le foyer n'avait pas de politique ni de marche à suivre établies et mises en œuvre pour éliminer les odeurs nauséabondes persistantes, sinon que d'ajouter des désodorisants dans l'aire reconnue comme ayant des odeurs persistantes.

Ainsi, le foyer n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre en réponse aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes. [alinéa 87 (2) d)]

#### Autres mesures requises :

**PRV** – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que des marches à suivre sont élaborées et mises en œuvre en réponse aux incidents d'odeurs persistantes. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 26 (Programme de soins).**

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

**(3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui**





**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***

**suit au sujet du résident :**

**17. Ses médicaments et traitements.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 26 (3) 17, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident soit fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ses médicaments et de ses traitements.

Lors d'un entretien, le 12 novembre 2014, le résident 004 a dit qu'il ressentait une douleur et qu'il ne prenait pas de médicaments pour ce malaise.

Lors de l'examen du dernier programme de soins du résident 004, il a été dit que le personnel était censé surveiller et signaler l'augmentation de la léthargie et le rythme respiratoire, la cyanose, la douleur cardiaque et thoracique du côté gauche, l'ascite ou l'œdème aux extrémités, la faiblesse dans le bras gauche. Un examen du dossier d'administration des médicaments concernant ce résident a révélé qu'un médicament antidouleur lui était administré toutes les 72 heures.

Lors d'un entretien, l'IA 113 a affirmé qu'elle ne savait pas que ce médicament antidouleur avait été prescrit au résident 004 et qu'elle ne savait pas très bien pourquoi le résident avait besoin de ce narcotique. Durant l'examen du dossier de santé du résident 004, l'IA 113 a expliqué que le médicament antidouleur avait été prescrit un jour d'avril 2014, mais elle n'a trouvé, dans le programme de soins du résident, aucune évaluation des médicaments et traitements du résident liée à ce médicament.

Lors d'un entretien, l'IAA 114 a indiqué qu'elle administrait des médicaments et des traitements à 60 résidents et qu'elle n'avait pas le temps de remplir un rapport d'évaluation de la douleur pour tous les résidents. Elle a indiqué que le personnel de soir administrait le médicament antidouleur pour gérer la douleur chronique mais elle ne connaissait pas très bien le type de douleur ni le siège de la douleur; elle a ajouté que le médicament antidouleur avait été prescrit en juin 2012. L'IAA a indiqué que le médicament antidouleur aurait peut-être été prescrit parce que le résident 004 n'observait pas la prise d'autres analgésiques.

Le 21 novembre 2014, lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué que ce médicament antidouleur avait été prescrit au résident 004 en juin 2012 et que la dose avait augmenté un jour d'avril 2014, mais elle n'a pas pu expliquer le type de douleur ni préciser le siège de la douleur. La directrice des soins a ajouté que le programme de soins n'était pas fondé sur une évaluation interdisciplinaire en ce qui concerne la prescription de cet antidouleur au résident 004. La directrice des soins a indiqué qu'une évaluation de la douleur, notamment une feuille de cheminement concernant la gestion de la douleur, aurait dû être effectuée pour évaluer la douleur du résident ainsi que le dernier programme de soins. [alinéa 26 (3) 17]



**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***

**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. 60 (Pouvoirs du conseil des familles).**

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

**60. (2) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 et 9 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. 60 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 60 (2), dans la mesure où le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit dans un délai de 10 jours après que le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Le procès-verbal de la réunion du conseil des familles a été examiné pour la période du 13 novembre 2013 au 12 novembre 2014 et les sujets de préoccupation et les recommandations suivants ont été documentés :

- les membres de la famille trouvent peu pratique de devoir réchauffer les aliments au micro-ondes à côté de la buanderie depuis que le micro-ondes de la salle à manger a été enlevé;
- l'impossibilité d'utiliser des sacs de haricots réchauffés pour les résidents étant donné qu'il n'y a pas de micro-ondes prévu à cette fin; les changements de médication non communiqués aux membres de la famille participant aux soins des résidents;
- le problème continu de la disponibilité des services de transport non urgent pour les résidents;
- une demande a été faite pour que la nouvelle salle de soins palliatifs reste verrouillée lorsqu'elle n'est pas utilisée, ceci pour empêcher l'accès non autorisé ou le vol et se protéger contre les résidents errants.

Lors d'un entretien, le 19 novembre 2014, la présidente du conseil des familles a indiqué que le titulaire de permis ne répondait pas dans un délai de 10 jours lorsqu'il était informé par le conseil des familles de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Lors d'un entretien, le 19 novembre 2014, l'administratrice a examiné le classeur du conseil des familles du précédent administrateur et a indiqué qu'elle ne pouvait pas fournir de documentation montrant que le titulaire de permis répondait par écrit dans un délai de 10 jours lorsque le conseil des familles l'informait de sujets de préoccupation ou de recommandations. Le 20 novembre 2014, la directrice des soins a confirmé que le titulaire de permis n'avait pas répondu par écrit dans un délai de 10 jours après avoir été informé par le conseil des familles de sujets de préoccupation ou de recommandations. [alinéa 60 (2)]

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).**

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



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*

**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 la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 85 (4), dans la mesure où il n'a pas documenté ni mis à la disposition du conseil des familles les résultats du sondage sur la satisfaction pour lui demander conseil à la suite de ce sondage.

Lors d'un entretien, le 19 novembre 2014, la présidente du conseil des familles a indiqué que le titulaire de permis n'avait pas mis les résultats du sondage sur la satisfaction de 2013 à la disposition du conseil des familles pour lui demander conseil à la suite de ce sondage. Elle a ajouté que le sondage sur la satisfaction de 2014 avait été réalisé en août 2014 et que les résultats n'étaient pas encore connus.

Le 21 novembre 2014, lors d'un entretien, la coordonnatrice des activités nommée adjointe au conseil des familles a indiqué que le sondage sur la satisfaction avait été communiqué aux résidents et aux familles en août 2014 et que les résultats n'avaient pas encore été reçus.

Elle a ajouté qu'en 2013, l'administrateur n'avait pas mis les résultats du sondage sur la satisfaction à la disposition du conseil des familles pour lui demander conseil à la suite du sondage. [alinéa 85 (4) a)]

Date de délivrance : 10 décembre 2014

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices