



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

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

Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

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

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

Copie destinée au public modifiée

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
04 mars 2016	2015_381592_0028 (A1)	O-002869-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

Chartwell Master Care LP
100 Milverton Drive Suite 700 Mississauga ON L5R 4H1

Foyer de soins de longue durée

CHATEAU GARDENS LANCASTER LONG TERM CARE CENTRE
105 MILITARY ROAD NORTH P.O. BOX 429 LANCASTER ON K0C 1N0

Inspectrice(s)

MELANIE SARRAZIN (592) – (A1)

Résumé de l'inspection modifié



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

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

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

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

Le titulaire de permis à demandé une extension de 3 mois reliée à l'ordre de conformité le 02 mars 2016. La date d'échéance de l'ordre de conformité du 31 mars 2016 à été modifiée. La nouvelle date de conformité est le 30 juin 2016.

Date de délivrance : 04 mars 2016 (A1)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices



**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^e 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
4 mars 2016	2015_381592_0028 (A1)	O-002869-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

Chartwell Master Care LP
100 Milverton Drive, bureau 700, MISSISSAUGA ON L5R 4H1

Foyer de soins de longue durée

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

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

MÉLANIE SARRAZIN (592) - (A1)

Résumé de l'inspection - Modification

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

Cette inspection s'est tenue les 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25 et 26 novembre 2015.

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont également examiné quatre incidents graves :
registres n^{os} O-002456-15, O-002911-15, O-002146-15 et O-002258-15.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec des membres du conseil des résidents, le président du conseil des résidents, un membre du conseil des familles, des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), un travailleur du Programme ontarien de soutien aux troubles comportementaux (POSTC), des aides à l'entretien ménager, du personnel fournissant des soins de réadaptation et de rétablissement, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), un préposé à l'entretien, la directrice des soins et coordonnatrice de l'évaluation des résidents (RAI) et l'administratrice.

De plus, les inspectrices ont examiné le dossier de santé de certains résidents, y compris leur programme de soins, les données concernant les évaluations et la surveillance et les tendances en matière de dotation en personnel, ainsi que des programmes offerts au foyer tels que la prévention des chutes, la gestion des médicaments, la prévention des mauvais traitements, la gestion des plaintes et les soins de la peau. Les inspectrices ont également observé le service de restauration, les soins aux résidents, l'interaction entre le personnel et les résidents, ainsi que la propreté et l'état des aires résidentielles. »

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

- comportements réactifs;
- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- dotation en personnel;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- foyer sûr et sécuritaire;
- hospitalisation et évolution de l'état;
- médicaments;
- nutrition et hydratation;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- recours minimal à la contention;
- services d'hébergement – entretien;
- services d'hébergement – entretien ménager;
- services de soutien personnel;
- soins de la peau et des plaies.

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

- 8 AE
- 1 PRV
- 3 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. 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 :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation, les surfaces de contact et les murs,

(ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs;

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).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

Le 18 novembre 2015, des odeurs nauséabondes persistantes ont été identifiées par l'inspectrice 550 dans les salles de toilette de deux résidents.

Le 20 novembre 2015, une odeur nauséabonde persistante a été identifiée par l'inspectrice 549 dans l'une des salles de toilette de ces mêmes résidents et dans la salle de toilette d'un autre résident.

Les 23, 24 et 25 novembre 2015, des odeurs nauséabondes persistantes ont été notées à différentes heures de la journée par l'inspectrice 549 dans toutes les salles de toilette des résidents identifiés.

Lors d'un entretien, le préposé à l'entretien ménager 107 a indiqué à l'inspectrice 549 que les salles de toilette des résidents identifiés étaient nettoyées plus souvent en raison des odeurs et qu'un produit appelé « Urine Off » était utilisé dans ces salles de toilette mais que son action ne durait que quelques heures et que les odeurs nauséabondes revenaient par la suite. Le préposé à l'entretien ménager 107 a indiqué que les planchers des salles de toilette des résidents identifiés avaient besoin d'être remplacés parce que des odeurs s'étaient imprégnées dans le revêtement de sol.

Lors d'un entretien, le préposé à l'entretien 102 a identifié l'administratrice du foyer comme étant la personne responsable des services environnementaux et de l'entretien ménager.

Lors d'un entretien le 23 novembre 2015, l'administratrice a dit être consciente des odeurs nauséabondes persistantes dans les salles de toilette des résidents identifiés et que les odeurs s'étaient imprégnées dans le revêtement de sol. L'administratrice a fourni à l'inspectrice 549 une note qui est affichée dans la salle du service d'entretien. L'affiche indiquait que, si des salles de toilette répandaient des odeurs après avoir été nettoyées ou signalées par d'autres membres du personnel ou des familles, il fallait suivre ces directives : « Utiliser le produit « Urine Off » en suivant les directives du fabricant dans la salle répandant une odeur désagréable. Indiquer, sur la liste du « nettoyage en profondeur », dans quelles salles de toilette vous avez dû utiliser le produit. Veuillez prévenir votre superviseur si le produit n'est pas efficace dans le secteur où vous l'avez utilisé. » La note n'était ni datée ni signée. L'administratrice a confirmé avec l'inspectrice 549 que le produit « Urine Off » ne permettait pas de gérer les odeurs nauséabondes persistantes dans les salles de toilette des résidents identifiés.

Lors d'un entretien le 25 novembre 2015, l'administratrice a confirmé avec l'inspectrice 549 que le foyer n'avait pas de marche à suivre pour gérer les odeurs nauséabondes persistantes, sauf la note affichée dans la salle du service d'entretien, qui vise particulièrement les salles de toilette. L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 549 qu'elle demanderait au bureau principal s'il existe une politique ou une marche à suivre interne liée à la gestion des odeurs nauséabondes persistantes.

Le 26 novembre 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 549 que le bureau administratif n'avait pas de politique de gestion des odeurs nauséabondes persistantes et qu'il incombait à chaque foyer d'élaborer et de mettre en œuvre sa propre marche à suivre pour la gestion de ces odeurs.

Ainsi, le foyer n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre pour éliminer les odeurs nauséabondes persistantes.

L'administratrice a également reconnu que le foyer avait des antécédents de non-respect liés à des odeurs persistantes. Un plan de redressement volontaire a été établi durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (inspection n° 2014_225126_0030) le 26 novembre 2014. [alinéa 87 (2) d)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'ordre suivant a été modifié : OC n° 001.

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;**
- 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 entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Une salle de toilette réservée aux résidents a été observée le 17 novembre 2015; il manquait des morceaux de carreaux de sol d'environ un pouce de large autour de la base avant de la cuvette, ce qui laissait voir le sous-plancher de béton. Le béton exposé était souillé de taches brunes.

Une deuxième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 18 et 20 novembre 2015; celle-ci avait deux accoudoirs fixés en permanence à la toilette. Les bras des accoudoirs étaient gris et faits d'une sorte de matériau qui semblait légèrement rembourré. Le côté droit de l'accoudoir était déchiré et laissait voir un matériau poreux. Autour de l'accoudoir déchiré, il y avait un ruban gris qui était lui-même déchiré et effiloché et noirci par ce qui semblait être de la saleté.

Une troisième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 17 et 20 novembre 2015; celle-ci avait un morceau de stratifié d'environ cinq pouces de long qui manquait autour du comptoir du lavabo, ce qui laissait voir le matériau poreux sous-jacent. Le lavabo de la salle de toilette était souillé de taches brunes autour du drain.

Une quatrième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 18 et 20 novembre 2015; celle-ci avait la plinthe en vinyle à côté de la toilette fendue sur environ 12 pouces et des débris foncés dans la fente. Le revêtement de sol en vinyle autour de la toilette était souillé de taches brun foncé. Le revêtement de sol en vinyle de couleur claire était souillé de matière foncée que l'inspectrice a été incapable d'enlever en frottant.

Une cinquième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 17 et 20 novembre 2015; dans le mur qui reçoit le drain du lavabo, celle-ci avait un trou d'environ quatre pouces de diamètre de chaque côté du drain. Les carreaux de sol étaient souillés de taches brunes à la base de la toilette.

Une sixième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 19 et 20 novembre 2015; celle-ci avait un carreau manquant autour de la base avant de la toilette, ce qui laissait voir le sous-plancher de béton sur une longueur d'environ trois pouces. Le sous-plancher de béton était souillé de taches jaunes et brunes. Le siège de toilette blanc avait une grande entaille sur la charnière gauche qui relie le siège à la toilette; la partie cassée était de couleur brune. La plinthe en vinyle noir à côté de la toilette était détachée du mur, ce qui créait un espace d'environ deux pouces de large et trois pieds de long entre la plinthe et le mur et laissait voir le plâtre.

L'applique murale au-dessus du lavabo fait environ trois pieds de long. L'applique murale n'est pas recouverte et laisse voir deux ampoules fluorescentes.

Une septième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 17 et 20 novembre 2015; celle-ci avait des carreaux manquants à la base de la toilette, ce qui laissait voir environ trois pouces du sous-plancher en béton. Le sous-plancher en béton exposé était souillé de taches jaunes et brunes.

Une huitième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 18 et 20 novembre 2015; celle-ci avait des taches brunes sur une longueur d'environ trois pouces sur le revêtement de sol autour de la base de la toilette.

À l'entrée d'une chambre à coucher, il y avait deux endroits où les carreaux de sol étaient cassés. Chaque endroit faisait environ quatre pouces de long, trois quarts de pouce de large et un quart de pouce de profond, laissant voir le sous-plancher en béton.

Au bout du couloir de l'aire résidentielle, après la salle d'activités à la sortie, il y avait six carreaux cassés et trois endroits où le béton était exposé. Voici les dimensions des parties de béton exposées :

1. environ cinq pouces de long, un demi-pouce de large et un pouce de profond;
2. environ six pouces de long, un demi-pouce de large et un pouce de profond;
3. environ un pied de long, un demi-pouce de large et un pouce de profond.

Tous les endroits notés contenaient de la saleté, des feuilles, des cristaux de roche et des pierres.

À l'entrée d'une autre chambre à coucher, il manque un morceau de carreau de sol d'environ un pouce carré.

La grande fenêtre à la sortie à côté de la buanderie avait une fente qui allait du bas de la fenêtre au haut de celle-ci et faisait environ trois pieds de long.

Les deux portes de la buanderie ont des carreaux manquants le long de l'entrée sur environ un demi-pouce de large, ce qui laisse voir le sous-plancher en béton.

Trois chambres à coucher ont été observées avec de grands trous dans le filet de la partie supérieure des rideaux de séparation.

Lors d'un entretien le 20 novembre 2015, le préposé à l'entretien 102 a indiqué que le foyer avait une procédure pour les demandes de réparation liées à l'entretien. L'employé 102 a indiqué que tous les membres du personnel devaient placer les demandes de réparation dans le classeur des réparations liées à l'entretien, qui est conservé au poste infirmier. L'employé 102 a également indiqué qu'il vérifiait ce classeur tous les jours. L'inspectrice 549 a examiné les demandes de réparation liées à l'entretien pour la période de janvier 2015 au 25 novembre 2015 et n'a pas trouvé de demandes pour les réparations nécessaires susmentionnées.

Lors du même entretien le 20 novembre 2015, le préposé à l'entretien 102 a dit qu'il savait quelles réparations étaient nécessaires dans les chambres à coucher et que l'administratrice était tenue d'effectuer les réparations. Il a également indiqué à l'inspectrice 549 qu'il ne connaissait pas le plan établi pour les réparations à effectuer au foyer, qu'il s'agisse des salles de toilette réservées aux résidents, du revêtement de sol, des rideaux de séparation ou de la fenêtre cassée.

Lors d'un entretien avec l'administratrice le 23 novembre 2015, l'inspectrice 549 s'est vu remettre un document intitulé « Operations Plan Submission, Renovation of Resident Washrooms », présenté au bureau principal du foyer le 19 novembre 2015. Le dossier est une demande visant la rénovation de certaines salles de toilette réservées aux résidents mentionnées précédemment. Le dossier n'indique pas la date de début des travaux ni la date de fin des travaux. L'administratrice a fourni à l'inspectrice 549 un courriel daté du 26 novembre 2015 provenant du directeur des opérations régionales et indiquant que la rénovation des salles de toilette identifiées avait été approuvée par le bureau administratif et que l'entrepreneur avait confirmé que la date de début des travaux avait été fixée au 7 décembre 2015.

Le directeur des opérations régionales a également indiqué que la date de début des travaux dépendait de l'approbation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a été présentée. Le document « Operations Plan Submission, Renovation of Resident Washrooms » présenté par l'administratrice ne précise pas les réparations identifiées comme nécessaires pour le revêtement de sol, la fenêtre cassée et les rideaux de séparation.

L'administratrice a également reconnu que le foyer avait des antécédents de non-respect concernant la sécurité et l'état de l'ameublement et du matériel. Un plan de redressement volontaire a été établi lors de l'inspection de la qualité des services aux résidents (inspection n° 2014_225126_0030) le 26 novembre 2014. [alinéa 15 (2) c)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».

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. 8 (Services infirmiers et services de soutien personnel).

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

8. (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Chateau Gardens est un foyer de soins de longue durée abritant 60 lits et situé à Lancaster. L'inspectrice 148 a examiné l'horaire du personnel infirmier autorisé pour la période du 15 juillet 2015 au 7 novembre 2015 et s'est entretenue avec la directrice des soins du foyer. Il a été démontré qu'il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service et présente au foyer pendant les 13 quarts suivants :

15 juillet, 18 h – 22 h;
4 août, 18 h – 6 h;
5 septembre 5, 6 h – 18 h;
22 septembre, 18 h – 4 h;
28 septembre, 18 h – 6 h;
29 septembre, 18 h – 22 h;
5 octobre, 18 h – 6 h;
6 octobre, 18 h – 22 h;
10 octobre, 18 h – 22 h;
11 octobre, 18 h – 22 h;
19 octobre, 18 h – 6 h;
20 octobre, 18 h – 6 h;
6 novembre, 18 h – 6 h.

Le 23 novembre 2015, la directrice des soins du foyer a confirmé à l'inspectrice 148 qu'il y avait en place un plan de dotation en personnel qui prévoit un plan de secours pour les situations où le personnel infirmier autorisé ne peut pas venir au travail. La directrice des soins a expliqué que, lorsqu'une infirmière autorisée ne peut pas venir au travail, le foyer essaie de contacter toutes les IA disponibles membres du personnel pour pourvoir le quart de travail vacant. Si le foyer n'y parvient pas de cette façon, il contacte les IAA membres du personnel pour remplacer l'IA qu'il manque pour ce quart de travail par la directrice des soins ou par une IA de garde. Chacun des quarts de travail susmentionnés était couvert par une IAA au foyer et la directrice des soins a indiqué qu'il y aurait eu elle-même et une IA disponibles par téléphone. Lors d'un autre entretien avec la directrice des soins, il a été constaté qu'aucun des quarts de travail susmentionnés ne faisait partie des exceptions prévues au par. 45 (1) du Règl. 79/10 car le foyer compte moins de 65 lits.

Des entretiens avec la directrice des soins et avec l'administratrice du foyer ont révélé que le foyer avait eu du mal à avoir un effectif suffisant d'IA au cours de 2015. Des circonstances telles que la perte de deux IA à temps plein, un congé et des modifications de contrat liées aux heures supplémentaires ont rendu difficile l'affectation

d'IA aux quarts de travail vacants. Comme l'a indiqué l'administratrice du foyer, l'établissement a fait des tentatives pour recruter des IA en affichant au moins trois offres d'emploi au cours de la dernière année : en janvier, en septembre et en octobre 2015.

L'étendue et la gravité du problème créé par l'absence d'une infirmière autorisée sur les lieux ont entraîné un risque de préjudice réel pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé soit de service et présent au foyer. [par. 8 (3)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 003 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».

AE n° 4 : 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 respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 17 (1) g), soit l'obligation de veiller à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui, dans le cas où ce système est doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.



Dans le présent rapport, le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est communément appelé système de sonnettes d'appel.

Durant l'observation des chambres à coucher et des aires communes les 16, 17 et 18 novembre 2015, toutes les inspectrices ont noté que les sonnettes d'appel des couloirs de l'unité de soins aux résidents avaient une faible tonalité.

Les haut-parleurs du système de sonnettes d'appel sont situés au poste infirmier qui se trouve à l'entrée de chaque couloir.

Le 17 novembre 2015, l'inspectrice 550 a activé la sonnette d'appel d'une chambre à coucher du couloir de l'aile nord, mais elle n'a pas entendu la sonnette parce qu'il y avait deux employés à proximité qui discutaient ensemble. Lorsque les employés ont cessé de parler, l'inspectrice a entendu la sonnette. L'inspectrice est allée au bout du couloir, où la tonalité de la sonnette était très faible.

Le 18 novembre 2015, l'inspectrice 550 a activé la sonnette d'appel dans une chambre à coucher du couloir de l'aile est, mais elle n'a pas entendu la sonnette d'appel dans le couloir parce qu'il y avait un ventilateur en marche au bout du couloir.

Le 18 novembre 2015, l'inspectrice 592 a activé la sonnette d'appel d'une chambre à coucher du couloir de l'aile nord, mais elle n'entendait pas la sonnette d'appel lorsque la porte de la chambre était fermée. La directrice des soins, qui était présente dans la chambre à ce moment-là, a indiqué qu'elle n'avait pas entendu la sonnette d'appel. Elle a également indiqué, en allant au poste infirmier, qu'il n'était pas possible d'augmenter le volume du système de communication car il était déjà au niveau maximum.

Le 18 novembre 2015, l'inspectrice 592 a activé la sonnette d'appel dans trois chambres à coucher situées au bout du couloir de l'aile est, mais elle n'entendait pas la sonnette d'appel lorsque les portes des chambres étaient fermées.

L'inspectrice 592 a également activé la sonnette d'appel dans deux chambres à coucher situées au bout du couloir de l'aile nord, mais elle n'entendait pas la sonnette d'appel quand les portes des chambres étaient fermées.

Lors d'un entretien le 18 novembre 2015, le PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 592 que les sonnettes d'appel n'étaient pas audibles quand le personnel était dans la chambre d'un résident et que la porte était fermée. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 que la tonalité de la sonnette d'appel diminuait d'intensité à partir du centre des couloirs de l'aile est et de l'aile nord jusqu'à leur extrémité. De plus, elle a mentionné à l'inspectrice 592 que cela avait été signalé à la direction mais qu'aucune modification n'avait été apportée au système de sonnettes d'appel.

Lors d'un entretien le 18 novembre 2015, le préposé à l'entretien 102 a indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer planifiait depuis plusieurs années de modifier son système de sonnettes d'appel. Il a ajouté que le personnel se fiait souvent à la coupole lumineuse à l'extérieur des chambres à coucher au lieu du son de la cloche pour répondre aux besoins des résidents, particulièrement à partir du centre des couloirs des ailes est et nord.

Le 18 novembre 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel était vieux et que le foyer s'attendait à avoir un nouveau système de sonnettes d'appel avec téléavertisseurs en place d'ici la fin de l'année. [alinéa 17 (1) g)]

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 est doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui est calibré correctement. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Le résident 028 a une déficience cognitive et requiert un appareil de levage pour tous les transferts. Le résident vit dans une salle commune à quatre lits dotée d'un appareil de levage accroché au plafond au-dessus de son lit.

Le rideau de séparation entre le mur et la glissière de l'appareil de levage ne rejoint pas le rideau de séparation qui se trouve de l'autre côté de la glissière fixée au plafond à cause d'une vis dans la glissière du rideau qui empêche de tirer le rideau complètement et laisse un espace d'environ quatre pouces du côté gauche du lit du résident. Quand le rideau de séparation de l'autre côté de la glissière qui se trouve au-dessus du lit du résident est tiré, il y a un espace d'environ trois pieds où les rideaux de séparation ne se rejoignent pas.

Le 20 novembre 2015, la directrice des soins a constaté et confirmé à l'inspectrice 549 que, lorsque les rideaux de séparation autour du lit du résident 028 sont complètement tirés, ils n'assurent pas l'intimité complète du résident. [art. 13.]

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. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).

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

20. (2) Au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :

- a) prévoit que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés;**
- b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;**
- c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements;**
- d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;**
- e) comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre;**
- f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents;**
- g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f);**
- h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents contienne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24.

L'administratrice du foyer a identifié la politique LTC-CA-ALL-100-05-02, intitulée *Resident Abuse- Abuse Prevention Program – Whistle-Blowing Protection* comme étant la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Un examen de cette politique révèle des éléments de rapports faits au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (c.-à-d. au directeur). Cependant, les explications concernant l'obligation de faire rapport en cas de mauvais traitement et de négligence envers les résidents ne précisent pas que le rapport doit être fait immédiatement. Les explications fournies n'indiquent pas clairement qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'un incident de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'est produit ou peut se produire doit en faire immédiatement rapport au directeur.

De plus, cette politique ne précise pas l'obligation de faire rapport pour ce qui concerne l'administration de soins de façon inappropriée ou incompétente, un acte illégal et la mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident ou d'autres fonds.

La politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement ou de négligence envers les résidents ne contient pas d'explication claire de l'obligation prévue à l'article 24 de la Loi.

Conformément à la LFSLD 2007, chap. 8, alinéa 20 (2) h), et au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 97 (1) b), la politique du foyer doit traiter de toute question supplémentaire que prévoient les règlements, notamment de la nécessité d'aviser le mandataire spécial du résident.

La politique du foyer décrit l'obligation d'informer immédiatement le mandataire spécial des incidents allégués de mauvais traitement ou de négligence qui ont causé une lésion physique, de la douleur ou des souffrances au résident, mais ne précise pas l'obligation d'informer le mandataire spécial des autres incidents allégués de mauvais traitement ou de négligence dans un délai de 12 heures. [par. 20 (2)]

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. 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 qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés (registre O-002911-15) :

- 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 Loi.**

Un jour particulier d'octobre 2015, l'IAA 103 a envoyé un courriel à la directrice des soins et à l'administratrice au sujet d'un incident qui s'était produit. Le courriel indique que l'IAA 103 et sa collègue ont entendu un cri

provenant de l'aile est. Le courriel indique également qu'en répondant au cri, les deux IAA ont remarqué que le résident 020 semblait essayer de se libérer du PSSP 118. Le courriel indique également qu'il semblait que le PSSP 118 avait lâché le résident 020 aussitôt que les deux IAA étaient arrivées dans le couloir. Le courriel précisait en outre que le résident 020 était d'humeur agitée comme il lui arrivait parfois de l'être mais qu'il se plaignait que son bras lui faisait mal. Le courriel indiquait aussi que, lorsque les deux IAA ont retroussé la manche du résident 020 et l'ont examiné, il y avait une marque rouge très fraîche juste au-dessus de son coude et l'IAA 103 a jugé qu'elle devait signaler cet incident car elle craignait que le PSSP 118 eût peut-être été un peu trop brusque envers le résident 020.

Lors d'un entretien le 25 novembre 2015, l'IAA 103 a dit à l'inspectrice 592 qu'elle était la personne responsable un jour particulier d'octobre 2015. Elle a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle avait entendu un cri dans le couloir et qu'elle et sa collègue avaient remonté le couloir de l'aile est. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle avait observé l'un des résidents de cette chambre assis dans son fauteuil roulant dans l'entrée de la chambre. En s'approchant, elle a vu le PSSP 118 s'étirer, attraper et tirer brusquement les mains du résident 020, ce qui, pensa-t-elle, était inapproprié pour tenter d'enlever les mains du résident 020 du fauteuil roulant. Elle a ajouté que le résident 020 l'avait suivie en direction du bureau des infirmières, s'était plaint de douleur et avait des marques fraîches sur son bras. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle n'avait pas immédiatement signalé l'incident au directeur parce qu'elle n'estimait pas qu'il s'agissait d'un mauvais traitement d'ordre physique et que le résident 020 n'était pas en danger. L'IAA 103 a également dit à l'inspectrice 592 que le foyer n'avait pas mis à la disposition du personnel une liste indiquant le type d'incidents à signaler au ministère et quand les lui signaler, avec les numéros à appeler en dehors des heures normales. L'IAA 103 a ajouté qu'elle n'estimait pas que cette affaire devait être signalée immédiatement au directeur car elle n'a pas jugé qu'il s'agissait d'un mauvais traitement d'ordre physique. L'IAA 103 a également dit à l'inspectrice 592 qu'elle avait décidé, dans ce cas, d'envoyer un courriel à l'administratrice et à la directrice des soins pour les informer de l'incident.

Comme l'indique le rapport n° 2680-000012-15 rédigé par le foyer, un rapport d'incident grave a été présenté au directeur deux jours après l'incident et non pas immédiatement.

Lors d'un entretien le 25 novembre 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que l'IAA 103, qui était la personne responsable un jour particulier d'octobre 2015, avait envoyé un courriel à l'attention d'elle-même et de la directrice des soins. Elle a indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle n'avait pas consulté son courriel étant donné qu'elle n'était pas de service à ce moment-là. Elle a ajouté que la directrice des soins avait été la première personne à recevoir le courriel le mardi matin, à son retour au foyer après un week-end férié. L'administratrice a indiqué qu'une révision de l'incident et du courriel avait été faite avec elle, la directrice des soins et leur directeur le même jour. Elle a expliqué à l'inspectrice 592 que la description donnée dans le courriel correspondait à la définition de ce qui constitue un mauvais traitement dans la législation, ce qui aurait dû être signalé immédiatement. Par conséquent, il a été convenu d'envoyer un rapport d'incident grave ce jour-là.
[par. 24 (1)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 31 (Services infirmiers et services de soutien personnel).

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

31. (3) Le plan de dotation en personnel doit :

- a) prévoir une dotation en personnel variée qui soit compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfasse aux exigences de la Loi et du présent règlement;**
- b) énoncer l'organisation et l'horaire des quarts du personnel;**
- c) promouvoir la continuité des soins en réduisant le nombre de membres du personnel différents qui fournissent des services infirmiers et des services de soutien personnel à chaque résident;**
- d) comprendre un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;**
- e) 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. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 31 (3).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de dotation en personnel soit 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.

Chateau Gardens est un foyer de soins de longue durée abritant 60 lits et situé à Lancaster. L'inspectrice 148 a examiné l'horaire du personnel infirmier autorisé pour la période du 15 juillet 2015 au 7 novembre 2015 et il a été démontré qu'il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service et présente au foyer durant 13 quarts de travail. Un avis écrit a été indiqué dans le présent rapport pour le paragraphe 8 (2) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

L'inspectrice 148 a demandé à la directrice des soins du foyer de fournir la dernière évaluation du plan de dotation en personnel. La dernière évaluation de la dotation en personnel pour les soins infirmiers et les soins personnels a été réalisée en mars 2014. L'évaluation écrite indique que trois quarts de travail ont été identifiés comme des quarts au cours desquels il n'y avait pas d'IA au foyer. Un entretien avec la directrice des soins a révélé que, depuis cette évaluation, il y avait eu des changements dans la capacité du foyer à assurer la présence d'IA en tout temps. Des circonstances telles que la perte de deux IA à temps plein, un congé et des modifications de contrat liées aux heures supplémentaires ont rendu difficile l'affectation d'IA aux quarts de travail vacants.



**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***

Le titulaire de permis n'a pas évalué ni mis à jour le plan de dotation en personnel, particulièrement en matière d'infirmières autorisées, depuis mars 2014. [par. 1 (3)]

Date de délivrance : 4 mars 2016 (A1)

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 – Modification

Nom des inspecteurs ou inspectrices : MÉLANIE SARRAZIN (592) - (A1)

N° du rapport d'inspection : 2015_381592_0028 (A1)

N° du registre : O-002869-15 (A1)

Type d'inspection : Inspection de la qualité des services aux résidents

Date du rapport : 4 mars 2016; (A1)

Titulaire de permis : Chartwell Master Care LP
100 Milverton Drive, Suite 700, MISSISSAUGA, ON,
L5R-4H1

Foyer de soins de longue durée : CHATEAU GARDENS LANCASTER LONG TERM
CARE CENTRE
105 MILITARY ROAD NORTH, P.O. BOX 429,
LANCASTER, ON, K0C 1N0

Nom de l'administratrice : Shoma Maraj

Aux termes du présent document, Chartwell Master Care LP 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. 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 oeuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

- (i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation, les surfaces de contact et les murs,
- (ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs;

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

- (i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,
- (ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position,
- (iii) les surfaces de contact;

c) l'enlèvement et l'élimination sécuritaire des déchets secs et mouillés;

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).

Ordre :

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en oeuvre un plan qui prévoit :

1. des interventions en réponse aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes, particulièrement dans les chambres identifiées;
2. l'élaboration d'un processus de surveillance afin d'assurer l'efficacité des marches à suivre mises en oeuvre pour éliminer les incidents d'odeurs nauséabondes persistantes;
3. et, lorsque ces marches à suivre ne sont pas efficaces, la mise en place d'un processus permettant de réévaluer et d'examiner d'autres marches à suivre pour éliminer les odeurs persistantes.

Ce plan doit être soumis à l'attention de Rena Bowen, inspectrice de foyers de soins de longue durée, au 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario), K1S 3J4, par télécopieur au 1 613 569-9670 ou par courriel à OttawaSAO.MOH@ontario.ca, au plus tard le 23 décembre 2015.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

Le 18 novembre 2015, des odeurs nauséabondes persistantes ont été identifiées par l'inspectrice 550 dans les salles de toilette de deux résidents.

Le 20 novembre 2015, une odeur nauséabonde persistante a été identifiée par l'inspectrice 549 dans l'une des salles de toilette de ces mêmes résidents et dans la salle de toilette d'un autre résident.

Les 23, 24 et 25 novembre 2015, des odeurs nauséabondes persistantes ont été notées à différentes heures de la journée par l'inspectrice 549 dans toutes les salles de toilette des résidents identifiés.

Lors d'un entretien, le préposé à l'entretien ménager 107 a indiqué à l'inspectrice 549 que les salles de toilette des résidents identifiés étaient nettoyées plus souvent en raison des odeurs et qu'un produit appelé « Urine Off » était utilisé dans ces salles de toilette mais que son action ne durait que quelques heures et que les odeurs nauséabondes revenaient par la suite. Le préposé à l'entretien ménager 107 a indiqué que les planchers des salles de toilette des résidents identifiés avaient besoin d'être remplacés parce que des odeurs s'étaient imprégnées dans le revêtement de sol.

Lors d'un entretien, le préposé à l'entretien 102 a identifié l'administratrice du foyer comme étant la personne responsable des services environnementaux et de l'entretien ménager.

Lors d'un entretien le 23 novembre 2015, l'administratrice a dit être consciente des odeurs nauséabondes persistantes dans les salles de toilette des résidents identifiés et que les odeurs s'étaient imprégnées dans le revêtement de sol. L'administratrice a fourni à l'inspectrice 549 une note qui est affichée dans la salle du service d'entretien. L'affiche indiquait que, si des salles de toilette répandaient des odeurs après avoir été nettoyées ou signalées par d'autres membres du personnel ou des familles, il fallait suivre ces directives : « Utiliser le produit « Urine Off » en suivant les directives du fabricant dans la salle répandant une odeur désagréable. Indiquer, sur la liste du « nettoyage en profondeur », dans quelles salles de toilette vous avez dû utiliser le produit. Veuillez prévenir votre superviseur si le produit n'est pas efficace dans le secteur où vous l'avez utilisé. » La note n'était ni datée ni signée. L'administratrice a confirmé avec l'inspectrice 549 que le produit « Urine Off » ne permettait pas de gérer les odeurs nauséabondes persistantes dans les salles de toilette des résidents identifiés.

Lors d'un entretien le 25 novembre 2015, l'administratrice a confirmé avec l'inspectrice 549 que le foyer n'avait pas de marche à suivre pour gérer les odeurs nauséabondes persistantes, sauf la note affichée dans la salle du service d'entretien, qui vise particulièrement les salles de toilette. L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 549 qu'elle demanderait au bureau principal s'il existe une politique ou une marche à suivre interne liée à la gestion des odeurs nauséabondes persistantes.

Le 26 novembre 2015, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 549 que le bureau administratif n'avait pas de politique de gestion des odeurs nauséabondes persistantes et qu'il incombait à chaque foyer d'élaborer et de mettre en œuvre sa propre marche à suivre pour la gestion de ces odeurs.

Ainsi, le foyer n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre pour éliminer les odeurs nauséabondes persistantes.

L'administratrice a également reconnu que le foyer avait des antécédents de non-respect liés à des odeurs persistantes. Un plan de redressement volontaire a été établi durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (inspection n° 2014_225126_0030) le 26 novembre 2014. [alinéa 87 (2) d)] (549)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 juin 2016 (A1)

N° de l'ordre : 002

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

Aux termes du/de la :

Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, par. 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).

Ordre :

Le titulaire de permis est tenu de préparer, présenter et mettre en oeuvre un plan visant à assurer que le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état et. En particulier, il doit :

1. veiller à ce que les rénovations prévues dans les salles de toilette des résidents identifiés aient des dates clairement établies de début et de fin des travaux;
2. réparer la fenêtre cassée à la sortie de la buanderie;
3. réparer le revêtement de sol dans les secteurs identifiés comme ayant des carreaux de sol cassés et du béton exposé;
4. réparer les rideaux de séparation des résidents identifiés;
5. prévoir des marches à suivre pour que, lorsque les réparations à effectuer sont identifiées, des mesures soient prises pour assurer que le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Ce plan doit être soumis à l'attention de Rena Bowen, inspectrice de foyers de soins de longue durée, au 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario), K1S 3J4, par télécopieur au 1 613 569-9670 ou par courriel à OttawaSAO.MOH@ontario.ca, au plus tard le 23 décembre 2015.

Motifs :

1. 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.

Une salle de toilette réservée aux résidents a été observée le 17 novembre 2015; il manquait des morceaux de carreaux de sol d'environ un pouce de large autour de la base avant de la cuvette, ce qui laissait voir le sous-plancher de béton. Le béton exposé était souillé de taches brunes.

Une deuxième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 18 et 20 novembre 2015; celle-ci avait deux accoudoirs fixés en permanence à la toilette. Les bras des accoudoirs étaient gris et faits d'une sorte de matériau qui semblait légèrement rembourré. Le côté droit de l'accoudoir était déchiré et laissait voir un matériau poreux. Autour de

l'accoudoir déchiré, il y avait un ruban gris qui était lui-même déchiré et effiloché et noirci par ce qui semblait être de la saleté.

Une troisième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 17 et 20 novembre 2015; celle-ci avait un morceau de stratifié d'environ cinq pouces de long qui manquait autour du comptoir du lavabo, ce qui laissait voir le matériau poreux sous-jacent. Le lavabo de la salle de toilette était souillé de taches brunes autour du drain.

Une quatrième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 18 et 20 novembre 2015; celle-ci avait la plinthe en vinyle à côté de la toilette fendue sur environ 12 pouces et des débris foncés dans la fente. Le revêtement de sol en vinyle autour de la toilette était souillé de taches brun foncé. Le revêtement de sol en vinyle de couleur claire était souillé de matière foncée que l'inspectrice a été incapable d'enlever en frottant.

Une cinquième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 17 et 20 novembre 2015; dans le mur qui reçoit le drain du lavabo, celle-ci avait un trou d'environ quatre pouces de diamètre de chaque côté du drain. Les carreaux de sol étaient souillés de taches brunes à la base de la toilette.

Une sixième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 19 et 20 novembre 2015; celle-ci avait un carreau manquant autour de la base avant de la toilette, ce qui laissait voir le sous-plancher de béton sur une longueur d'environ trois pouces. Le sous-plancher de béton était souillé de taches jaunes et brunes. Le siège de toilette blanc avait une grande entaille sur la charnière gauche qui relie le siège à la toilette; la partie cassée était de couleur brune. La plinthe en vinyle noir à côté de la toilette était détachée du mur, ce qui créait un espace d'environ deux pouces de large et trois pieds de long entre la plinthe et le mur et laissait voir le plâtre.

L'applique murale au-dessus du lavabo fait environ trois pieds de long. L'applique murale n'est pas recouverte et laisse voir deux ampoules fluorescentes.

Une septième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 17 et 20 novembre 2015; celle-ci avait des carreaux manquants à la base de la toilette, ce qui laissait voir environ trois pouces du sous-plancher en béton. Le sous-plancher en béton exposé était souillé de taches jaunes et brunes.

Une huitième salle de toilette réservée aux résidents a été observée les 18 et 20 novembre 2015; celle-ci avait des taches brunes sur une longueur d'environ trois pouces sur le revêtement de sol autour de la base de la toilette.

À l'entrée d'une chambre à coucher, il y avait deux endroits où les carreaux de sol étaient cassés. Chaque endroit faisait environ quatre pouces de long, trois quarts de pouce de large et un quart de pouce de profond, laissant voir le sous-plancher en béton.

Au bout du couloir de l'aire résidentielle, après la salle d'activités à la sortie, il y avait six carreaux cassés et trois endroits où le béton était exposé. Voici les dimensions des parties de béton exposées :

1. environ cinq pouces de long, un demi-pouce de large et un pouce de profond;
2. environ six pouces de long, un demi-pouce de large et un pouce de profond;
3. environ un pied de long, un demi-pouce de large et un pouce de profond.

Tous les endroits notés contenaient de la saleté, des feuilles, des cristaux de roche et des pierres.

À l'entrée d'une autre chambre à coucher, il manque un morceau de carreau de sol d'environ un pouce carré.

La grande fenêtre à la sortie à côté de la buanderie avait une fente qui allait du bas de la fenêtre au haut de celle-ci et faisait environ trois pieds de long.

Les deux portes de la buanderie ont des carreaux manquants le long de l'entrée sur environ un demi-pouce de large, ce qui laisse voir le sous-plancher en béton.

Trois chambres à coucher ont été observées avec de grands trous dans le filet de la partie supérieure des rideaux de séparation.

Lors d'un entretien le 20 novembre 2015, le préposé à l'entretien 102 a indiqué que le foyer avait une procédure pour les demandes de réparation liées à l'entretien. L'employé 102 a indiqué que tous les membres du personnel devaient placer les demandes de réparation dans le classeur des réparations liées à l'entretien, qui est conservé au poste infirmier. L'employé 102 a également indiqué qu'il vérifiait ce classeur tous les jours. L'inspectrice 549 a examiné les demandes de réparation liées à l'entretien pour la période de janvier 2015 au 25 novembre 2015 et n'a pas trouvé de demandes pour les réparations nécessaires susmentionnées.

Lors du même entretien le 20 novembre 2015, le préposé à l'entretien 102 a dit qu'il savait quelles réparations étaient nécessaires dans les chambres à coucher et que l'administratrice était tenue d'effectuer les réparations. Il a également indiqué à l'inspectrice 549 qu'il ne connaissait pas le plan établi pour les réparations à effectuer au foyer, qu'il s'agisse des salles de toilette réservées aux résidents, du revêtement de sol, des rideaux de séparation ou de la fenêtre cassée.

Lors d'un entretien avec l'administratrice le 23 novembre 2015, l'inspectrice 549 s'est vu remettre un document intitulé « Operations Plan Submission, Renovation of Resident Washrooms », présenté au bureau principal du foyer le 19 novembre 2015. Le dossier est une demande visant la rénovation de certaines salles de toilette réservées aux résidents mentionnées précédemment. Le dossier n'indique pas la date de début des travaux ni la date de fin des travaux. L'administratrice a fourni à l'inspectrice 549 un courriel daté du 26 novembre 2015 provenant du directeur des opérations régionales et indiquant que la rénovation des salles de toilette identifiées avait été approuvée par le bureau administratif et

que l'entrepreneur avait confirmé que la date de début des travaux avait été fixée au 7 décembre 2015.

Le directeur des opérations régionales a également indiqué que la date de début des travaux dépendait de l'approbation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a été présentée. Le document « Operations Plan Submission, Renovation of Resident Washrooms » présenté par l'administratrice ne précise pas les réparations identifiées comme nécessaires pour le revêtement de sol, la fenêtre cassée et les rideaux de séparation.

L'administratrice a également reconnu que le foyer avait des antécédents de non-respect concernant la sécurité et l'état de l'ameublement et du matériel. Un plan de redressement volontaire a été établi lors de l'inspection de la qualité des services aux résidents (inspection n° 2014_225126_0030) le 26 novembre 2014. [alinéa 15 (2) c)] (549)

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

N° de l'ordre : 003

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

Aux termes du/de la :

Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, par. 8 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3)

Ordre :

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan incluant des stratégies pour assurer la conformité à l'obligation de veiller à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. Le plan doit également préciser toutes les stratégies de recrutement et de rétention.

Ce plan doit être soumis à l'attention d'Amanda Nixon, inspectrice de foyers de soins de longue durée, au 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario), K1S 3J4, par télécopieur au 1 613 569-9670 ou par courriel à OttawaSAO.MOH@ontario.ca, au plus tard le 23 décembre 2015.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Chateau Gardens est un foyer de soins de longue durée abritant 60 lits et situé à Lancaster. L'inspectrice 148 a examiné l'horaire du personnel infirmier autorisé pour la période du 15 juillet 2015 au 7 novembre 2015 et s'est entretenue avec la directrice des soins du foyer. Il a été démontré qu'il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service et présente au foyer pendant les 13 quarts suivants :

15 juillet, 18 h – 22 h;
4 août, 18 h – 6 h;
5 septembre 5, 6 h – 18 h;
22 septembre, 18 h – 4 h;
28 septembre, 18 h – 6 h;
29 septembre, 18 h – 22 h;
5 octobre, 18 h – 6 h;
6 octobre, 18 h – 22 h;
10 octobre, 18 h – 22 h;
11 octobre, 18 h – 22 h;
19 octobre, 18 h – 6 h;

20 octobre, 18 h – 6 h;
6 novembre, 18 h – 6 h.

Le 23 novembre 2015, la directrice des soins du foyer a confirmé à l'inspectrice 148 qu'il y avait en place un plan de dotation en personnel qui prévoit un plan de secours pour les situations où le personnel infirmier autorisé ne peut pas venir au travail. La directrice des soins a expliqué que, lorsqu'une infirmière autorisée ne peut pas venir au travail, le foyer essaie de contacter toutes les IA disponibles membres du personnel pour pourvoir le quart de travail vacant. Si le foyer n'y parvient pas de cette façon, il contacte les IAA membres du personnel pour remplacer l'IA qu'il manque pour ce quart de travail par la directrice des soins ou par une IA de garde. Chacun des quarts de travail susmentionnés était couvert par une IAA au foyer et la directrice des soins a indiqué qu'il y aurait eu elle-même et une IA disponibles par téléphone. Lors d'un autre entretien avec la directrice des soins, il a été constaté qu'aucun des quarts de travail susmentionnés ne faisait partie des exceptions prévues au par. 45 (1) du Règl. 79/10 car le foyer compte moins de 65 lits.

Des entretiens avec la directrice des soins et avec l'administratrice du foyer ont révélé que le foyer avait eu du mal à avoir un effectif suffisant d'IA au cours de 2015. Des circonstances telles que la perte de deux IA à temps plein, un congé et des modifications de contrat liées aux heures supplémentaires ont rendu difficile l'affectation d'IA aux quarts de travail vacants. Comme l'a indiqué l'administratrice du foyer, l'établissement a fait des tentatives pour recruter des IA en affichant au moins trois offres d'emploi au cours de la dernière année : en janvier, en septembre et en octobre 2015.

L'étendue et la gravité du problème créé par l'absence d'une infirmière autorisée sur les lieux ont entraîné un risque de préjudice réel pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé soit de service et présent au foyer. [par. 8 (3)] (148)

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^e 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 registraire
151, rue Bloor Ouest, 9^e 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^e 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.

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.

Date de délivrance : 4 mars 2016 (A1)

Signature de l'inspecteur :

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Bureau régional de services :

Original signé par
MÉLANIE SARRAZIN – (A1)
Ottawa