



**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 sous 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**

Hamilton Service Area Office
119 King Street West 11th Floor
HAMILTON ON L8P 4Y7
Telephone: (905) 546-8294
Facsimile: (905) 546-8255

Bureau régional de services de
Hamilton
119 rue King Ouest 11^{ième} étage
HAMILTON ON L8P 4Y7
Téléphone: (905) 546-8294
Télécopieur: (905) 546-8255

Public Copy/Copie du public

Report Date(s) / Date(s) du apport	Inspection N° / N° de l'inspection	Log # / Registre n°	Type of Inspection / Genre d'inspection
Nov 9, 2015	2015_248214_0021	H-003276-15	Resident Quality Inspection

Licensee/Titulaire de permis

FOYER RICHELIEU WELLAND
655 Tanguay Ave WELLAND ON L3B 6A1

Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée

FOYER RICHELIEU WELLAND
655 TANGUAY AVENUE WELLAND ON L3B 6A1

Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs

CATHY FEDIASH (214), KELLY CHUCKRY (611)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Cette inspection visait à faire une inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR).

Elle a été menée à la date ou aux dates suivantes : les 22, 23, 24, 25, 28, 29 et 30 septembre, et les 1^{er}, 2, 6 et 7 octobre 2015.

Remarque : Les inspections suivantes ont été menées en même temps que l'IQSR : inspections des plaintes H-001738-14, H-002267-15, H-002136-15, H-002229-15 et H-003358-15; inspection du Système de rapport d'incidents critiques H-001732-14.

Au cours de l'inspection, les inspecteurs ont parlé avec le directeur général de l'administration, le directeur des soins, le directeur des finances, le superviseur de cuisine, le superviseur du service d'entretien, le coordonnateur de l'outil RAI, le coordonnateur de la Fondation et des bénévoles, l'assistant administratif du directeur des finances, le personnel infirmier autorisé, les préposés aux services de soutien à la personne et le cuisinier de même qu'avec les résidents et les membres de leur famille. Dans le cadre de cette inspection, les inspecteurs ont visité le foyer, étudié le dossier de santé des résidents, revu le procès-verbal des réunions et les notes de l'enquête interne, analysé les politiques et les procédures et observé les aires de repas et de soins des résidents.

Les protocoles d'inspection ci-dessous ont été suivis pendant cette inspection : Services d'hébergement – Entretien ménager

Services d'hébergement – Services d'entretien

Observation du service de restauration

**Conseil des familles sur la
prévention des chutes**

**Hospitalisation et changement de l'état Prévention
et traitement des infections Médicaments**

Nutrition et hydratation Douleur

Services de soutien à la personne

**Prévention des mauvais traitements,
négligence et représailles Activités**

récréatives et sociales

Conseil des résidents

Comportements réactifs

Soins de la peau et des

plaies Comptes de fiducie

Lors de cette inspection, des cas de non-conformité ont été signalés.

**9 WN
7 VPC
1 CO
0 DR
0 WAO**

NON-COMPLIANCE / NON - RESPECT DES EXIGENCES

Légende	Legendé
WN – Written Notification VPC – Voluntary Plan of Correction DR – Director Referral CO – Compliance Order WAO – Work and Activity Order	WN – Avis écrit VPC – Plan de redressement volontaire DR – Aiguillage au directeur CO – Ordre de conformité WAO – Ordres : travaux et activités
<p>Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).</p> <p>The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.</p>	<p>Le non-respect des exigences de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD) a été constaté. (une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD.</p> <p>Ce qui suit constitue un avis écrit de non- respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.</p>

WN n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8, par. 6. Programme de soins

Plus précisément, non-conformité aux points suivants :

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

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

par. 6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- (a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; et 2007, chap. 8, par. 6 (4).**
- (b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

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

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

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins écrit donnant des directives claires au personnel et à toute autre personne offrant directement des soins au résident soit adopté.

A) L'analyse des codes de la section M. sur les problèmes de peau du recueil de données minimum du résident n° 104 remplie à une date précise en 2015 a révélé que le résident présentait des altérations épidermiques. Une analyse du Protocole d'évaluation du résident

Protocole (RAP) descriptif concernant les lésions de pression rempli à la même date a révélé que le résident présentait des altérations épidermiques sur trois zones du corps. En entrevue à une date précise en 2015, le personnel infirmier autorisé a révélé que le résident présentait alors une altération de l'intégrité épidermique sur deux zones du corps. Une analyse du dossier d'administration des médicaments concernant l'administration des traitements au cours d'un mois précis en 2015 a révélé qu'un traitement devait être appliqué sur l'éruption cutanée. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a révélé que ce traitement visait à soigner les altérations de l'intégrité épidermique du résident, qui n'étaient pas par nature des éruptions cutanées. Le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le programme de soins n'était pas clair et ne donnait pas de directives claires au personnel et à toute autre personne offrant directement des soins au résident. (214)

B) Une analyse du dossier médical du résident n° 110 a révélé qu'après être rentré d'un séjour à l'hôpital à une date précise en 2015, le résident présentait des altérations épidermiques. L'analyse du programme de soins écrit visant une période précise en 2015 (section réservée aux interventions liées aux ulcérations ou aux perturbations de l'intégrité structurelle des couches de la peau) a révélé que le résident recevait chaque jour un supplément nutritif. L'analyse de la section réservée aux risques nutritionnels de ce même programme de soins écrit a révélé que le résident recevait un autre supplément nutritif chaque jour. L'analyse du dossier médical a révélé qu'à une date précise en 2015, le diététiste agréé avait mis fin à l'administration du premier supplément nutritif et donné l'ordre d'administrer l'autre supplément nutritif chaque jour. En entrevue, le personnel infirmier autorisé a confirmé que cet ordre avait été donné, que le résident recevait le deuxième supplément nutritif chaque jour et que le programme de soins ne donnait pas de directives claires au personnel et à toute autre personne offrant directement des soins au résident. [par. 6. (1) (c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

A) L'analyse du document de gestion des risques utilisé par le foyer pour assurer le suivi des incidents a révélé que le résident n° 102 avait fait une chute à une date précise en 2015. L'analyse de la section réservée aux notes a révélé que le comité de prévention des chutes avait étudié cette chute et noté la mobilité réduite du résident de même que le fait qu'il se déplaçait maintenant en fauteuil roulant. Une analyse du RAP concernant les chutes qui a été rempli à une date précise en 2015 a révélé que la mobilité du résident était réduite et que celui-ci utilisait un déambulateur à roulettes pour se déplacer. L'analyse des notes sur l'évolution de l'état du résident a révélé que le physiothérapeute avait pris des notes par suite de la réévaluation du résident à une date précise en 2015. Ces notes indiquaient que le résident avait besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer en toute sécurité. En entrevue, le personnel infirmier de première ligne a révélé que le résident n'utilisait plus son déambulateur à roulettes, mais plutôt un fauteuil roulant, pour se déplacer en tout temps. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le personnel n'avait pas collaboré ensemble à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. (214)

A) L'analyse du document de gestion des risques utilisé par le foyer pour assurer le suivi des incidents a révélé que le résident n° 102 avait fait une chute à une date précise en 2015. Une analyse de l'évaluation du risque de chute réalisée le jour de la chute a révélé que le résident présentait un faible risque de chute. Une analyse du RAP concernant les chutes qui a été rempli sept jours plus tard a révélé que selon l'évaluation, le résident présentait un risque modéré de chute. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le personnel n'avait pas collaboré ensemble à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. (214)

B) L'analyse du document de gestion des risques utilisé par le foyer pour assurer le suivi des incidents a révélé que le résident n° 103 avait fait une chute à une date précise en 2015. Une analyse de l'évaluation du risque de chute réalisée par suite de cette chute a révélé que le résident présentait un faible risque de chute et n'avait pas d'antécédents de chute au cours des six mois précédents. L'analyse du document de gestion des risques et des notes sur l'évolution de l'état du résident a révélé que celui-ci avait fait une chute au cours des six mois précédents à une date précise en 2015.



En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le personnel n'avait pas collaboré ensemble à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. [par. 6. (4) (a)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Au cours de la visite initiale du foyer, qui a eu lieu à une date précise en 2015, le résident n° 100 a été trouvé assis sur une toilette dans des toilettes communes, sans surveillance. Selon son programme de soins, ce résident devait être aidé tout au long du processus d'élimination et propreté pour garantir sa sécurité.

Un membre du personnel a indiqué qu'il savait que le résident se trouvait dans les toilettes. Le directeur des soins a confirmé que si le programme de soins indique que le résident ne doit pas être laissé sans surveillance au cours du processus d'élimination et propreté, le personnel doit lui offrir ce niveau de soins. [par. 6. (7)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ce résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

A) Une évaluation de la douleur réalisée auprès du résident n° 103 à une date précise en 2015 a révélé que ce résident éprouvait tous les jours une douleur d'intensité modérée. Une évaluation subséquente de la douleur réalisée à une date précise en 2015 a révélé que le résident n° 103 éprouvait tous les jours une douleur intense.

Le programme de soins du résident n° 103 n'avait pas été mis à jour lorsque ses besoins en matière de soins avaient évolué. Le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le programme de soins écrit n'avait pas été mis à jour pour tenir compte de l'évolution des besoins en matière de soins du résident n° 103. (611)

B) L'analyse de la section réservée aux chutes du programme de soins en vigueur du résident n° 102 a révélé que ce résident présentait un risque de chute et qu'il fallait s'assurer que son déambulateur soit à portée de mains en tout temps. La section réservée aux transferts du programme de soins écrit indiquait qu'il fallait montrer au résident à se déplacer avec l'aide d'un déambulateur à roulettes. La section réservée à la mobilité du programme de soins écrit indiquait que le résident utilisait un

déambulateur. De plus, la section indiquait que le personnel devait s'assurer que le déambulateur se trouvait toujours à la portée du résident et que celui-ci utilise un fauteuil roulant pour se rendre à la salle à manger et la quitter, au besoin. L'analyse des notes de la section réservée à la gestion du risque qui ont été rédigées par suite de la chute du résident à une date précise en 2015 a révélé que le comité de prévention des chutes avait étudié cette chute et noté la mobilité réduite du résident et le fait que celui-ci se déplaçait maintenant en fauteuil roulant. En entrevue, le personnel infirmier de première ligne a révélé que le résident n'utilisait plus son déambulateur à roulettes, mais plutôt un fauteuil roulant, pour se déplacer en tout temps. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le programme de soins n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins avaient évolué. (214)

C) L'analyse des documents de gestion des risques utilisés par le foyer pour assurer le suivi des incidents a révélé que le résident n° 103 avait fait une chute à deux dates précises en 2015. L'analyse du programme de soins écrit du résident a révélé qu'aucun plan n'avait été adopté pour gérer le risque de chute de ce résident. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le programme de soins du résident n'avait pas été réexaminé et révisé après ses deux dernières chutes quand le programme de gestion du risque de chute du résident avait été établi. (214)

D) Une analyse du programme de soins écrit du résident n° 106 a révélé que celui-ci présentait un risque de chute. Une analyse des notes sur l'évolution de l'état du résident a révélé qu'à une date précise en 2015, l'ergothérapeute avait effectué une visite de suivi concernant de l'équipement récemment reçu par le résident. Une analyse de la section réservée aux chutes du programme de soins écrit du résident a révélé que le personnel devait encourager celui-ci à utiliser son déambulateur en tout temps. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a révélé que le résident utilisait maintenant son déambulateur à roulettes pour se déplacer sur de courtes distances et le fauteuil roulant pour se déplacer sur de grandes distances. Le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le programme de soins du résident ne faisait aucune mention de l'utilisation du fauteuil roulant par le résident et qu'il n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins avaient évolué. (214)

E) Une analyse des notes sur l'évolution de l'état du résident n° 107 a révélé que le déclin de l'état physique du résident avait commencé à une date précise en 2015. Une note sur l'évolution de l'état du résident rédigée par le physiothérapeute a révélé que le résident présentait un déclin important sur le plan de son état général et que l'équipement spécialisé ne devait plus être utilisé. Une analyse des notes sur l'évolution de l'état du résident a révélé qu'à une date précise en 2015, le médecin du résident avait

été informé du déclin continu de l'état général de son patient et que l'ordre avait été reçu d'arrêter la prise de tous les médicaments oraux. Une analyse du dossier médical du résident a révélé que celui-ci était décédé à une date précise en 2015. Une analyse de la section réservée aux transferts du programme de soins écrit du résident en vigueur au cours de la période visée a révélé que le résident utilisait l'équipement spécialisé. Le programme indiquait également que le personnel devait administrer un médicament oral au résident, conformément à la prescription du médecin, et qu'il devait encourager le résident à faire avancer son fauteuil roulant avec ses pieds. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que l'état général du résident avait décliné, que le résident avait reçu des soins au lit, qu'il n'utilisait pas l'équipement spécialisé et que tous les médicaments à prise orale avaient été arrêtés. Le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le programme de soins du résident n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins avaient évolué. (214)

F) L'analyse des codes de la section I. sur les diagnostics du recueil de données minimum du résident n° 109 remplie à une date précise en 2015 a révélé que le résident présentait une infection respiratoire. Les codes de la section G. sur les fonctions physiques et les problèmes structurels entrés le même jour indiquaient que l'état du résident s'était détérioré depuis l'évaluation qui avait été réalisée 90 jours plus tôt et que la mobilité dans le lit, les transferts et l'habillement de celui-ci nécessitaient beaucoup d'aide de la part d'un membre du personnel. Le RAP descriptif qui a été rempli le même jour indiquait que le résident avait besoin de plus en plus d'aide pour ses transferts, pour sa mobilité dans le lit et pour s'habiller en raison d'une affection respiratoire. Selon la section réservée à la mobilité dans le lit du programme de soins écrit du résident en vigueur alors qu'il était atteint de cette affection respiratoire, celui-ci était autonome. Selon la section réservée aux transferts et la section réservée à l'habillement du programme de soins écrit, le résident se transférait sans aide, mais il avait besoin d'un peu d'aide pour s'habiller. En entrevue, le directeur des soins a confirmé que le programme de soins du résident n'avait pas été réexaminé et révisé alors qu'il était atteint de cette affection respiratoire et que ses besoins en matière de soins avaient évolué. (214)

G) Une analyse du dossier médical du résident n° 110 a révélé qu'après être rentré d'un séjour à l'hôpital à une date précise en 2015, le résident présentait des altérations épidermiques. L'analyse du programme de soins écrit visant une période précise en 2015 (section réservée aux interventions liées à l'ulcération ou à la perturbation de l'intégrité structurelle des couches de peau) a révélé qu'un traitement non médicamenteux était administré au patient quand il était en position assise. Selon le dossier médical, une évaluation cutanée a été réalisée à une date précise en 2015, et par suite de cette évaluation, le traitement non médicamenteux devait être interrompu. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le programme de soins n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident avaient évolué. (214) [par. 6. (10) (b)]

Autres mesures à prendre :

Le CO n° - 001 sera remis au titulaire de permis. Consulter les Ordre(s) de l'inspecteur ». VPC – En vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit ou un correctif visant à s'assurer que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui donne des directives claires au personnel et à toute autre personne offrant directement des soins au résident; que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. De plus, le plan écrit ou le correctif doit être mis en application volontairement.

WN n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8. Respect des politiques et dossiers

Plus précisément, non-conformité aux points suivants :

par. 8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un 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; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

(b) et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des plans, des politiques, des protocoles, des marches à suivre, des stratégies et des systèmes.

1. Le foyer a adopté une politique sur la gestion de la douleur (document n° 07-00-12), qui a été révisée en décembre 2014. Cette politique stipule ce qui suit :

i) Si la douleur est jugée problématique pour un résident lors de l'évaluation globale et si cette douleur obtient un score de deux (2) ou plus sur l'échelle d'évaluation de la douleur PAIN suivant l'utilisation de l'outil RAI-MDS 2.0, un programme de soins écrit doit être adopté dans les 24 heures.

ii) Les résidents qui prennent des antidouleurs au besoin doivent être évalués à l'aide de l'échelle d'évaluation numérique ou de l'outil PAINAD. De plus, la politique stipule que les résidents doivent être réévalués à l'aide de la même échelle, et si les antidouleurs se révèlent inefficaces, un membre du personnel infirmier autorisé doit être consulté.

A) Une évaluation de la douleur du résident n° 103 a été réalisée dans PointClickCare (PCC) à une date précise en 2015. Cette évaluation a révélé que le résident éprouvait tous les jours une douleur intense. Plus tôt en 2015, ce résident avait obtenu un score de deux (2) sur l'échelle d'évaluation de la douleur PAIN lors de son évaluation annuelle. Aucun programme de soins écrit n'avait été adopté pour le résident n° 103.

Pendant une période précise de deux mois en 2015, le résident n° 103 a pris 76 fois les antidouleurs qu'il devait prendre au besoin. L'outil numérique a été jugé adéquat pour ce résident. L'outil d'évaluation a été utilisé 17 fois sur 76 avant l'administration de l'analgésique prescrit. Au moment de réévaluer l'efficacité du médicament à prendre au besoin, l'outil d'évaluation a été utilisé 7 fois sur 76.

B) Une évaluation de la douleur du résident n° 110 a été réalisée dans PointClickCare (PCC) à une date précise en 2015. Cette évaluation a révélé que le résident éprouvait tous les jours une douleur modérée. Le même jour, ce résident a obtenu un score de deux (2) à l'évaluation réalisée à l'aide de l'outil MDS. Aucun programme de soins écrit n'avait été adopté pour le résident n° 110.

Pendant une période précise d'un mois en 2015, le résident n° 110 a pris 24 fois les médicaments qu'il devait prendre au besoin. L'outil d'évaluation de la douleur n'a pas été utilisé de façon systématique au moment de réévaluer l'efficacité du médicament à prendre au besoin.

La politique ci-dessus n'a pas été respectée dans le cadre des soins offerts aux résidents n^{os} 103 et 110. En entrevue, le directeur des soins et le coordonnateur de l'outil RAI l'ont confirmé. (611)

2. L'analyse des codes de la section M. sur les problèmes de peau du recueil de données minimum du résident n° 104 remplie à une date précise en 2015 a révélé que le résident présentait deux zones d'altération de l'intégrité épidermique. Une analyse du Protocole (RAP) descriptif concernant les lésions de pression rempli à la même date a révélé que le résident présentait des altérations épidermiques sur trois zones du corps. En entrevue à une date précise en 2015, le personnel infirmier autorisé a révélé que le résident présentait alors une altération de l'intégrité épidermique sur deux zones du corps. Une analyse des évaluations des altérations épidermiques du résident effectuée au cours d'une période précise en 2015 a révélé que les évaluations des lésions ou des plaies de pression réalisées à cinq dates différentes en 2015 avaient été combinées pour inclure une évaluation des altérations épidermiques sur deux zones précises du corps du résident.

En entrevue, le directeur des soins a confirmé que lorsqu'un résident présente plus d'une zone d'altération de l'intégrité épidermique, le protocole du foyer stipule que chaque zone d'altération doit faire l'objet d'une évaluation distincte et que les évaluations ne doivent pas être combinées. Le directeur des soins a confirmé que le foyer ne s'était pas conformé à son protocole de soins des plaies et de la peau. (214)

3. Une analyse de la politique du foyer en matière de soins de la peau et des plaies (révisée en juin 2012) a révélé ce qui suit :

i) Si un résident présente une rupture de l'épiderme au moment de son admission ou après celle-ci, le personnel infirmier autorisé doit lancer la première évaluation de plaie sur PointClickCare (PCC).

Une analyse du dossier médical du résident n° 110 a révélé qu'après être rentré d'un séjour à l'hôpital à une date précise en 2015, le résident présentait des plaies. L'analyse a révélé que la première évaluation de plaie avait été effectuée à l'aide d'un outil d'évaluation hebdomadaire du traitement de la peau et non d'un outil d'évaluation des lésions ou des plaies de pression. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que le personnel du foyer avait réalisé la première évaluation de plaie à l'aide d'un outil d'évaluation hebdomadaire du traitement de la peau qui n'est pas conçu pour évaluer des plaies et que le foyer ne s'était donc pas conformé à sa politique. (214) [par. 8. (1) (a), par. 8. (1) (b)]

Autres mesures à prendre :

VPC – En vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit ou un correctif visant à s'assurer que les programmes, les politiques, les protocoles, les marches à suivre, les stratégies et les systèmes sont respectés, et ce plan doit être mis en application volontairement.

WN n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 16. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 16; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 3.

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Une première visite du foyer a été effectuée à une date précise en 2015. Au cours de cette visite, une fenêtre dans la salle de télévision près de l'entrée de l'immeuble était ouverte de plus de 15 centimètres. L'ampleur de l'ouverture de cette fenêtre représentait un risque pour les résidents du foyer. Le directeur général de l'administration a confirmé l'existence du risque et a immédiatement pris des mesures pour remédier à la situation. [par. 16.]



Autres mesures à prendre :

VPC – En vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit de redressement visant à s'assurer que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres, et ce plan doit être mis en application volontairement.

WN n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8, par. 20. Politique visant à promouvoir la tolérance zéro
Plus précisément, non-conformité au point suivant :

s. 20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Une analyse de la politique du foyer en matière de déclaration des mauvais traitements subis par les résidents (datée du 09-04-04 et révisée en décembre 2014) a révélé ce qui suit :

i) L'employé doit déclarer les mauvais traitements à l'autorité pertinente du Foyer Richelieu Welland, c.-à-d. au personnel infirmier autorisé, au personnel infirmier auxiliaire autorisé, au directeur des soins ou à l'administrateur.

ii) Si une action est jugée inappropriée ou inadéquate, l'incident et la réponse qu'il a suscitée doivent être déclarés au directeur des soins.

Une analyse du Système de rapport d'incidents critiques réalisée par le personnel du foyer a révélé qu'à une date précise en 2014, le résident n° 200 avait été installé de façon inappropriée en position assise dans son fauteuil roulant par un membre du personnel, où il avait été maintenu à l'aide de dispositifs de contention. En entrevue, le directeur des soins a confirmé que cet incident avait été déclaré à un représentant du comité de santé et sécurité du foyer le matin suivant sa survenue, mais qu'il n'avait été déclaré au directeur général de l'administration et au directeur des soins que plus tard au cours de la même journée. Le directeur des soins a confirmé que le foyer ne s'était pas conformé à la politique écrite en matière de promotion de la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence des résidents.

(REMARQUE : L'inspecteur a pris connaissance du manquement à la conformité ci-dessus lors de l'analyse simultanée du Système de rapport d'incidents critiques n° H-001732-14). [par. 20. (1)]

Autres mesures à prendre :

VPC – En vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit de redressement visant à s'assurer que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, et ce plan doit être mis en application volontairement.

WN n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50. Soins de la peau et des plaies

Plus précisément, non-conformité aux points suivants :

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

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

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

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

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

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).

Findings/Faits saillants :

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

A) Une analyse du RAP concernant les lésions de pression du résident n° 105 rempli à une date précise en 2015 et une analyse des notes sur l'évolution de la peau ou des plaies figurant dans le dossier médical du résident ont révélé qu'à une date précise en 2015, le résident présentait une zone d'altération épidermique sur son corps. Une analyse du dossier médical du résident présentant une altération de l'intégrité épidermique a révélé qu'aucune évaluation de la peau n'avait été réalisée par un membre du personnel infirmier autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que cette évaluation n'avait pas été réalisée. (214)

B) Une analyse du dossier médical du résident n° 110 a révélé qu'une évaluation d'altération de l'intégrité épidermique visant une zone d'altération particulière avait été réalisée à une date précise en 2015. Selon le compte rendu de cette évaluation, il s'agissait de la première fois que l'altération épidermique était évaluée et la lésion de pression avait été acquise à une date précise en 2015. Une analyse du dossier médical du résident a révélé qu'aucune évaluation n'avait été réalisée lorsque le résident présentait la lésion de pression à la date précisée en 2015. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que lorsque le résident présentait une zone d'altération épidermique, sa peau n'avait été évaluée que 6 jours plus tard à l'aide d'un outil conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. [par. 50. (2) (b) (i)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'imposait sur le plan clinique.

Une analyse du RAP concernant les lésions de pression du résident n° 105 rempli à une date précise en 2015 et une analyse des notes sur l'évolution de la peau ou des plaies figurant dans le dossier médical du résident ont révélé qu'à une date précise en 2015, le résident présentait une zone d'altération épidermique sur son corps. Une analyse du



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

dossier d'administration des médicaments concernant l'administration des traitements a révélé que la zone d'altération de l'intégrité épidermique était guérie à une date précise en 2015. Une analyse du dossier médical du résident et une confirmation fournie par le coordonnateur de l'outil RAI ont révélé que la réévaluation n'avait pas été faite au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé. (214) [par. 50. (2) (b) (iv)]

Autres mesures à prendre :

VPC – En vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit de redressement visant à s'assurer que le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies, et soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. De plus, ce plan doit être mis en application volontairement.

WN n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52. Gestion de la douleur

Plus précisément, non-conformité au point suivant :

s. 52. (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui sont atteints d'une déficience cognitive. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (1).

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (1).

3. Des mesures visant à assurer des soins de confort. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (1).

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de leur efficacité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur comprenne la surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de leur efficacité.

A) Une ordonnance avait été préparée pour que le résident n° 102 reçoive un analgésique pour soulager sa douleur au besoin. Le résident avait reçu ce médicament à deux dates différentes en 2015. L'efficacité de l'antidouleur n'avait pas été évaluée. En entrevue, le directeur des soins et le coordonnateur de l'outil RAI ont confirmé que, selon les normes du foyer, l'efficacité de l'antidouleur à prendre au besoin devait être documentée au verso du dossier d'administration des médicaments ou des notes sur l'évolution de l'état de santé, ce qui n'a pas été fait.

B) Deux ordonnances avaient été préparées pour que le résident n° 103 reçoive un analgésique pour soulager sa douleur au besoin. Pendant une période précise de deux mois en 2015, le résident avait reçu 76 fois l'analgésique qu'il devait prendre au besoin. Selon les normes du foyer, l'efficacité des antidouleurs à prendre au besoin doit être évaluée à l'aide d'une échelle numérique ou de l'outil PAINAD. L'échelle numérique a été jugée adéquate pour évaluer la douleur de ce résident. Par contre, l'échelle n'a été utilisée que 7 fois sur 76 pour évaluer l'efficacité de la stratégie de gestion de la douleur. En entrevue, le directeur des soins et le coordonnateur de l'outil RAI ont confirmé que les normes du foyer n'avaient pas été respectées.

C) Une ordonnance avait été préparée pour que le résident n° 110 reçoive des analgésiques pour soulager sa douleur au besoin, conformément à la directive médicale. Pendant une période précise d'un mois en 2015, le résident avait reçu 24 fois les analgésiques qu'il devait prendre au besoin. Selon les normes du foyer, l'efficacité des antidouleurs à prendre au besoin doit être évaluée à l'aide d'une échelle numérique ou de l'outil PAINAD. Ces outils n'ont pas été utilisés de façon systématique pour évaluer l'efficacité de la stratégie de gestion de la douleur. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que les normes du foyer n'avaient pas été respectées. [par. 52. (1) 4.]

Autres mesures à prendre :

VPC – En vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit de redressement visant à s'assurer que le programme de gestion de la douleur comprenne la surveillance des stratégies de gestion de la douleur et de leur efficacité, et ce plan doit être mis en application volontairement.

WN n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 91. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 91.

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Une première visite du foyer a été effectuée à une date précise en 2015. Au cours de cette visite, la porte d'une pièce identifiée comme étant la salle de bain et contenant une substance dangereuse (RX 44) était déverrouillée. Cette substance est une matière corrosive appartenant à la classe E. De plus, la porte d'une autre pièce identifiée comme étant une salle de bain et de douche et contenant de nombreux contenants d'Isagel, substance inflammable et combustible de classe B, était déverrouillée. Les résidents avaient accès à ces deux pièces. En entrevue, un membre du personnel infirmier autorisé a confirmé que ces portes auraient dû être verrouillées si personne n'utilisait la pièce. [par. 91.]

Autres mesures à prendre :

VPC – En vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis doit, conformément à la présente, préparer un plan écrit de redressement visant à s'assurer que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps, et ce plan doit être mis en application volontairement.

WN n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30. Exigences générales

Plus précisément, non-conformité aux points suivants :

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

1. Doit être consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).

2. Si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne un résident, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides sont appropriés pour le résident compte tenu de son état. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1).

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

s. 30. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celui-ci aux interventions soient documentées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (2).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement : 4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le programme 2014 de gestion de la douleur du foyer a fait l'objet d'une évaluation annuelle. Par contre, cette évaluation de programme ne comprenait pas un résumé des modifications apportées ni la date de la mise en œuvre de ces modifications. Le directeur des soins a confirmé que ces renseignements n'avaient pas été saisis au cours de l'évaluation annuelle du programme. (611)

A) Une analyse de l'évaluation du programme 2014 de prévention et de contrôle des chutes du foyer a révélé que la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y avaient participé et le résumé des modifications apportées avaient été saisis, mais que la date de mise en œuvre des modifications ne l'avait pas été. En entrevue, le directeur des soins a confirmé que l'évaluation annuelle du programme ne comprenait pas toute l'information requise. (214)

B) Le programme 2014 de comportements réactifs du foyer a fait l'objet d'une évaluation annuelle. Cette évaluation de programme ne comprenait pas le résumé des modifications apportées ni les dates de mise en œuvre de ces modifications. Le directeur des soins a confirmé que ces renseignements n'avaient pas été saisis au cours de l'évaluation annuelle du programme. (611)

C) Une analyse de l'évaluation du programme 2014 de soins de la peau et des plaies a révélé que la date de l'évaluation et le nom des personnes qui y avaient participé avaient été saisis, mais que le résumé des modifications apportées et les dates de mise en œuvre de ces modifications ne l'avaient pas été. En entrevue, le directeur des soins a confirmé que l'évaluation annuelle du programme ne comprenait pas toute l'information requise. (214) [par. 30. (1) 4.]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celui-ci aux interventions soient documentées.

Une analyse du programme de soins écrit du résident n° 102 a révélé que celui-ci présentait un risque de chute. Les rapports sur les mesures prises pour gérer ce risque révèlent que le personnel devait vérifier toutes les deux heures si le résident était en sécurité. Une analyse des entrées dans le système de documentation au point de service sur cette tâche à trois dates différentes en 2015 a révélé qu'à la première date, une vérification avait été faite à 1334 h, mais que la suivante n'avait eu lieu qu'à 1729 h. Le même jour, une vérification avait été faite à 2129 h, mais la suivante n'avait eu lieu que le lendemain à 0124 h. Une analyse des entrées sur les vérifications faites à la deuxième date révèle qu'une vérification avait été faite à 2141 h, mais que la suivante

n'avait eu lieu que le lendemain à 0152 h. Le même jour, la documentation indique qu'une vérification avait été faite à 0504 h, mais que la suivante n'avait eu lieu qu'à 0915 h. En entrevue, le coordonnateur de l'outil RAI a confirmé que la vérification avait été faite toutes les deux heures, mais que ces interventions n'avaient pas été documentées. (214) [par. 30. (2)]

WN n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8, par. 57. Pouvoirs du conseil des résidents

Plus précisément, non-conformité au point suivant :

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré de répondre par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé par celui-ci de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Une analyse des procès-verbaux du conseil des résidents a révélé que des préoccupations avaient été cernées au cours d'une réunion précise en 2015. Plus précisément, le procès-verbal faisait mention de préoccupations concernant les légumes cuits, la température des aliments et la température du café. Le coordonnateur de la Fondation et des bénévoles a confirmé qu'un suivi avait été fait immédiatement, mais que le titulaire de permis n'avait pas formulé sa réponse par écrit dans les dix (10) jours suivant la communication des préoccupations. De plus, l'inspection a révélé que le foyer n'avait pas adopté de processus pour répondre par écrit en cas de préoccupations ou de recommandations formulées par le conseil des résidents. [par. 57. (2)]



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Issued on this 12th day of November, 2015

Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Original report signed by the inspector.



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur
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*

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

Public Copy/Copie du public

**Name of Inspector (ID #) /
Nom de l'inspecteur (N°) :** CATHY FEDIASH (214), KELLY CHUCKRY (611)

**Inspection N°. /
N° de l'inspection :** 2015_248214_0021

**Log N°. /
Registre n°:** H-003276-15

**Type of Inspection /Genre
d'inspection:** Resident Quality Inspection

**Report Date(s) /
Date(s) du Rapport :** Nov 9, 2015 / Le 9 novembre 2015

**Licensee /
Titulaire de permis :** FOYER RICHELIEU WELLAND
655 Tanguay Ave, WELLAND, ON, L3B-6A1

**LTC Home /
Foyer de SLD :** FOYER RICHELIEU WELLAND
655 Tanguay Avenue, WELLAND, ON, L3B-6A1

**Name of Administrator /
Nom de l'administratrice
ou de l'administrateur :** SEAN KEAYS

To FOYER RICHELIEU WELLAND, you are hereby required to comply with the following order(s) by the date(s) set out below:

Le Foyer Richelieu Welland est tenu, par la présente, de se conformer aux demandes qui suivent d'ici la ou les dates précisées ci-après :

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

Order # / Ordre n° : 001	Order Type / Genre d'ordre : Compliance Orders, s. 153. (1) (a) Ordres de conformité, para. 153 (1) a)
---	--

Pursuant to / Aux termes de :

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap.8*, par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

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

Order / Ordre :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que tous les résidents soient réévalués, notamment les résidents n^{os} 102, 103, 106, 109 et 110, et à ce que leur programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas, leurs besoins en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans leur programme de soins ne sont plus nécessaires, y compris, mais sans s'y limiter, lorsque leurs besoins en matière de soins évoluent dans les domaines suivants :

- ✓ soins de la peau et des plaies;
- ✓ prévention et gestion des chutes;
- ✓ douleur;
- ✓ hospitalisation et évolution de l'état du résident.

Grounds / Motifs :

1. A) Le Foyer Richelieu Welland ne s'est pas conformé à un plan de correction volontaire (« VPC ») le 18 novembre 2014.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

B) Dans le programme de soins actuel du résident n° 102, on a indiqué, à la rubrique *chutes*, que le résident présente un risque de chutes, et on a demandé de veiller à ce que son déambulateur soit à sa portée en tout temps. Dans ce programme, sous *transfert*, on a demandé d'apprendre au résident à effectuer le transfert à l'aide d'un déambulateur à roulettes. Sous *mobilité*, on a indiqué que le résident utilise un déambulateur; on a demandé que le personnel veille à ce que ce déambulateur soit à proximité et on a précisé que le résident utilise un fauteuil roulant pour se rendre à la salle à manger et en revenir au besoin. Dans la partie *observations* du rapport de contrôle des risques rédigé après la chute faite par le résident à une date donnée de 2015, on a indiqué que le comité de prévention des chutes avait étudié cette chute et fait remarquer que la mobilité du résident avait diminué et qu'il utilisait un fauteuil roulant. Une entrevue menée auprès du personnel infirmier de première ligne a révélé que le résident n'utilise plus son déambulateur à roulettes et se sert d'un fauteuil roulant pour tous ses déplacements. Une entrevue menée auprès du coordonnateur RAI a confirmé que le programme de soins plan n'a été ni réexaminé ni révisé lorsque les besoins en matière de soins du résident ont évolué. (214)

C) Selon les résultats d'une évaluation de la douleur menée auprès du résident n° 103 à une date donnée de 2015, celui-ci ressentait une douleur quotidienne modérée. Une évaluation menée à une date ultérieure de 2015 a montré qu'il ressentait une douleur quotidienne aiguë. Le programme de soins du résident n°103 n'a pas été mis à jour lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué. Le coordonnateur RAI a confirmé que le programme de soins n'a pas été mis à jour pour tenir compte de l'évolution des besoins du résident n° 103 en matière de soins. (611)

D) L'examen des notes d'évolution du résident n° 107 a révélé qu'à une date donnée de 2015, l'état physique du résident avait commencé à décliner. Dans une note d'évolution produite par le physiothérapeute, celui-ci a indiqué que l'état de santé général du résident affichait un déclin important et que l'utilisation d'un équipement spécialisé serait abandonnée. L'examen des notes d'évolution du résident a aussi montré qu'à une date donnée de 2015, son médecin avait été avisé du déclin constant de son état général et qu'on avait ordonné de cesser de lui administrer ses médicaments oraux. L'examen du dossier clinique du résident a indiqué que celui-ci était décédé à la date X. Dans le programme de soins du résident pour cette période, on avait indiqué, à la rubrique *transfert*, que le résident utilisait l'équipement spécialisé. On y indiquait aussi que le personnel devait lui administrer le médicament oral prescrit et qu'il devait l'encourager à faire avancer son fauteuil roulant à l'aide

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**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*

de son pied. Une entrevue menée auprès du coordonnateur RAI a confirmé que l'état de santé général du résident avait chuté; qu'il avait reçu ses soins alité; qu'il n'utilisait pas l'équipement spécialisé et que l'on avait cessé de lui administrer toute médication orale. Le coordonnateur RAI a confirmé que le programme de soins du résident n'avait été ni réexaminé ni révisé lorsque ses besoins en matière de soins avaient évolué. (214)

E) L'examen des documents relatifs à la gestion du risque utilisés par le Foyer Richelieu Welland pour faire le suivi d'incidents a permis de constater que le résident n° 103 a fait des chutes à deux dates données de 2015. En examinant son programme de soins, on a constaté qu'aucun plan n'avait été mis en place pour gérer son risque de chutes. Une entrevue menée auprès du coordonnateur RAI a permis de confirmer que le programme de soins du résident n'avait été ni réexaminé ni révisé après ces deux chutes, l'énoncé des besoins identifiés à la rubrique *gestion des chutes* ayant été résolu. (214)

F) L'examen du programme de soins actuel du résident n° 106 a révélé que ce résident présente un risque de chutes. L'examen des notes d'évolution de son état a montré qu'à une date donnée de 2015, l'ergothérapeute avait effectué une visite de suivi concernant l'équipement que le résident avait reçu peu auparavant. Dans son programme de soins actuel, on a demandé, à la rubrique *chutes*, que le personnel encourage le résident à utiliser son déambulateur en tout temps. Une entrevue menée auprès du coordonnateur RAI a indiqué que le résident utilise à présent un déambulateur pour les petites distances et se sert de son fauteuil roulant pour les plus grandes distances. Le coordonnateur a confirmé qu'on ne mentionne pas, dans le programme de soins du résident, l'utilisation d'un fauteuil roulant, et que ce programme de soins n'a été ni réexaminé ni révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins ont évolué. (214)

G) L'examen du codage du minimum de données standardisées (MDS) réalisé à une date donnée de 2015 pour le résident n° 109 relativement au chapitre I - Diagnostic des maladies, a révélé que le résident avait une infection respiratoire. Selon le codage ayant trait au chapitre G - Fonctionnement physique et problèmes structuraux, réalisé à la même date, l'état de santé du résident s'était détérioré comparativement à celui enregistré 90 jours plus tôt et le résident avait besoin d'une assistance considérable d'un membre du personnel : 1) pour se mouvoir dans son lit; 2) pour les transferts et 3) pour s'habiller. Dans le compte rendu narratif du protocole d'évaluation du résident rempli le même jour, on a indiqué que le résident avait besoin d'une assistance

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**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*

considérable pour les transferts, pour se mouvoir dans son lit et pour s'habiller, en raison de sa maladie respiratoire. Dans le programme de soins qui était en place au moment de son infection respiratoire, on avait indiqué, sous *mobilité au lit*, que le résident était indépendant. Dans ce même plan, on avait indiqué, à la rubrique *transfert*, que le résident pouvait effectuer les transferts sans aide et, à la rubrique *habillement*, qu'il nécessitait peu d'aide pour cette dernière tâche. Une entrevue menée auprès du directeur des soins a confirmé que le programme de soins du résident n'a été ni réexaminé ni révisé au moment de son infection respiratoire, lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué. (214)

H) L'examen du dossier clinique du résident n° 110 a révélé qu'à la suite de son retour au foyer, après une hospitalisation survenue à une date donnée de 2015, ce résident a signalé une détérioration cutanée. Dans son programme de soins actuel pour la période donnée de 2015, à la rubrique *interventions pour ulcération ou interférence sur la continuité de l'épiderme et du derme*, on a demandé de veiller à appliquer un traitement non médicamenteux lorsque le résident est en position assise. L'examen du dossier clinique a révélé qu'à une date donnée de 2015, on a effectué une évaluation cutanée et demandé de cesser d'appliquer ce traitement non médicamenteux. Une entrevue menée auprès du coordonnateur RAI a confirmé que le programme de soins du résident n'a été ni réexaminé ni révisé lorsque les besoins du résident ont évolué. (214)

This order must be complied with by /

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : Jan 29, 2016/29 janvier 2016



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

REVIEW/APPEAL INFORMATION

**PRENDRE
AVIS :**

The Licensee has the right to request a review by the Director of this (these) Order(s) and to request that the Director stay this (these) Order(s) in accordance with section 163 of the Long-Term Care Homes Act, 2007.

The request for review by the Director must be made in writing and be served on the Director within 28 days from the day the order was served on the Licensee.

The written request for review must include,

- (a) the portions of the order in respect of which the review is requested;
- (b) any submissions that the Licensee wishes the Director to consider; and
- (c) an address for services for the Licensee.

The written request for review must be served personally, by registered mail or by fax upon:

Director
c/o Appeals Coordinator
Performance Improvement and Compliance Branch
Ministry of Health and Long-Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
TORONTO, ON
M5S-2B1
Fax: 416-327-7603



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

When service is made by registered mail, it is deemed to be made on the fifth day after the day of mailing and when service is made by fax, it is deemed to be made on the first business day after the day the fax is sent. If the Licensee is not served with written notice of the Director's decision within 28 days of receipt of the Licensee's request for review, this(these) Order(s) is(are) deemed to be confirmed by the Director and the Licensee is deemed to have been served with a copy of that decision on the expiry of the 28 day period.

The Licensee has the right to appeal the Director's decision on a request for review of an Inspector's Order(s) to the Health Services Appeal and Review Board (HSARB) in accordance with section 164 of the Long-Term Care Homes Act, 2007. The HSARB is an independent tribunal not connected with the Ministry. They are established by legislation to review matters concerning health care services. If the Licensee decides to request a hearing, the Licensee must, within 28 days of being served with the notice of the Director's decision, give a written notice of appeal to both:

Health Services Appeal and Review Board and the Director

Attention Registrar
151 Bloor Street West
9th Floor
Toronto, ON M5S 2T5

Director
c/o Appeals Coordinator
Performance Improvement and Compliance
Branch
Ministry of Health and Long-Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
TORONTO, ON
M5S-2B1
Fax: 416-327-7603

Upon receipt, the HSARB will acknowledge your notice of appeal and will provide instructions regarding the appeal process. The Licensee may learn more about the HSARB on the website www.hsarb.on.ca.



Ministry of Health and
Long-Term Care

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Ordre(s) de l'inspecteur
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*

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

En vertu de l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donné et d'en suspendre l'exécution.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et est 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 est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au:

Directeur
a/s Coordinateur des 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
Ontario, ON
M5S-2B1
Fax: 416-327-7603

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

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*

En vertu de l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, 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 rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire
Commission d'appel et de
révision des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur
a/s Coordinateur des 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
Ontario, ON
M5S-2B1
Fax: 416-327-7603

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au www.hsarb.on.ca.

Issued on this 9th day of November, 2015

Signature of Inspector /

Signature de l'inspecteur :

Name of Inspector /

Nom de l'inspecteur : CATHY FEDIASH

Service Area Office /

Bureau régional de services : Hamilton Service Area Office