



**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**

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection de soins de longue durée**

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^e étage
HAMILTON ON L8P 4Y7
Téléphone: (905) 546-8294
Télécopieur: (905) 546-8255

Public Copy/Copie du public

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / Registre n°	Type of Inspection / Genre d'inspection
Jul 22, 2016	2016_341583_0010	015876-16	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

KELLY HAYES (583), CATHY FEDIASH (214), PHYLLIS HILTZ-BONTJE (129)

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

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes : les 25, 26, 27, 30 et 31 mai ainsi que les 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 et 13 juin 2016.

Remarque : les inspections indiquées ci-dessous ont été menées simultanément à l'inspection de la qualité des services aux résidents :

- Inspection dans le cadre d'une plainte n° 002685-15 concernant des abus allégués de résidents par le personnel.**
- Inspection dans le cadre d'une plainte n° 016501-16 concernant les soins des pieds.**
- Inspection de suivi n° 035142-15 concernant les réexamens et révisions du programme de soins.**

Au cours de l'inspection, les inspecteurs ont parlé à l'administrateur, au directeur des soins; à la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI; au superviseur de l'entretien ménager; au coordonnateur et chef de la Fondation; aux membres du personnel autorisé; aux préposés des services de soutien à la personne; à la personne responsable des services alimentaires; aux résidents et aux membres de leur famille. Au cours de l'inspection, les inspecteurs ont visité le foyer; ont examiné les dossiers de santé des résidents, les procès-verbaux des réunions, les politiques et procédures pertinentes, les dossiers d'enquêtes, les dossiers de formation du personnel et ils ont observé les résidents dans les aires de repas et de soins.

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Dignité, choix et respect de la vie privée

Observation de la restauration

Conseil des familles

Qualité des aliments

Hospitalisation et changement d'état

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Gestion de la douleur

Services de soutien personnel

Conseil des résidents

Comportement réactif

Foyer sûr et sécuritaire

Soins de la peau et des plaies

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

13 AE

4 PRV

2 OC

0 AD

0 OTA



NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

Legend	Légendes
WN – Written Notification VPC – Voluntary Plan of Correction DR – Director Referral CO – Compliance Order WAO – Work and Activity Order	AE – Avis écrit PRV – Plan de redressement volontaire AD – Aiguillage au directeur OC – Ordre de conformité OTA – Ordres : travaux et activités
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).	Le non-respect des exigences de la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> (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.
The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.	Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

AE n° 1 : Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 6 de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, Programme de soins

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

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

- a) les soins prévus pour le résident; 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).**

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; 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).**

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

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

- a) un objectif du programme est réalisé; 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 que le programme de soins écrit de chaque résident énonce des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le programme de soins écrit du résident 110 n'énonçait pas des directives claires à l'intention du personnel qui lui fournissent des soins directs en ce qui concerne les soins buccaux. L'employé 042 a confirmé que le résident 110 a uniquement besoin d'une préparation pour les soins buccaux et que le résident est en mesure d'effectuer lui-même les soins buccaux. Un examen du programme de soins écrit a permis de constater que le programme de soins et le kardex n'indiquaient aucune directive quant au degré d'aide dont le résident avait besoin ou de l'équipement qui devait être fourni au résident afin de procéder aux soins buccaux. Au cours d'une entrevue avec l'employé 042, il a confirmé que le kardex était utilisé par le personnel de soins directs afin de déterminer le niveau d'aide dont les résidents avaient besoin pour les soins ainsi que pour les équipements et les fournitures nécessaires. Lors de l'entrevue, l'employé 042 a également confirmé que le programme de soins écrit du résident 110 n'indiquait pas de directives claires au personnel concernant le niveau d'aide dont le résident a besoin ou du matériel requis pour effectuer les soins buccaux. [alinéa 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) Un examen du codage trimestriel du Minimum Data Set (MDS) du résident 103 (MDS) effectué à une date indiquée en décembre 2015, indiquait à la section H – Continence, au cours des 14 jours précédents, que le résident avait reçu un code trois (3) indiquant une incontinence urinaire fréquente. À une date indiquée en mars 2016, le MDS trimestriel indiquait dans la section H que le résident avait reçu un code quatre (4) indiquant une incontinence urinaire. Le codage indiquait qu'il n'y avait eu aucun changement dans la continence urinaire du résident par rapport à son état au cours de 90 jours précédents. Un examen du protocole d'évaluation des résidents (PER) correspondant à l'incontinence urinaire indiquait qu'aucun changement important n'était survenu au cours de la période examinée.

Une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que les évaluations mentionnées ci-dessus qui ont été effectuées n'étaient pas des évaluations qui s'intégraient les unes aux autres, qui étaient compatibles et qui se complétaient en ce qui concerne le déclin de la continence urinaire du résident 103. (214)

B) Un examen du dossier clinique du résident 104 a permis de constater, qu'à une date indiquée en mai 2016, le résident a tenté de se déplacer seul de son lit à la salle de bains et a fait une chute qui a entraîné une blessure.



Lors d'une entrevue avec l'employé autorisé 053, le 9 juin 2016, celui-ci a indiqué que le résident était capable de comprendre la nécessité de demander de l'aide, mais que parfois, il n'attendait pas que le personnel réponde et tentait de se déplacer seul.

Un examen du dossier électronique d'évaluation du risque de chute effectué dans le système Point Click Care (PCC) effectué à une date indiquée en mai 2016, indiquait que sur le plan de la démarche, le résident présentait de multiples risques à se déplacer seul. Un examen de l'évaluation de physiothérapie, qui a été effectué à une date indiquée en mai 2016, à la suite de cette chute, indiquait que le résident n'a pas respecté les directives précises de sécurité qui lui avaient été données et qu'il a continué de se mettre à risque en se déplaçant seul et de façon non sécuritaire et qu'il bénéficierait de vérifications toutes les deux heures.

Lors d'une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI, celle-ci a confirmé que les vérifications toutes les deux heures n'avaient pas été mises en œuvre pour le résident et que les membres du personnel qui participaient aux différents aspects des soins du résident n'avaient pas collaboré ensemble dans le cadre de leurs évaluations du risque de chute du résident qu'ils n'avaient pas fait en sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.
(214)

C) Un examen du codage trimestriel du MDS du résident 109, effectué à une date indiquée en novembre 2015, indiquait à la section H – Continence, au cours des 14 jours précédents, que le résident avait reçu un code trois (3) indiquant une incontinence urinaire fréquente. Au trimestre suivant, le codage du MDS à la section H indiquait, à une date indiquée en mars 2016, que le résident avait reçu un code quatre (4) indiquant une incontinence urinaire. Le codage indiquait qu'il n'y avait eu aucun changement dans la continence urinaire du résident par rapport à son état au cours de 90 jours précédents. Un examen de la description dans le PEE correspondant à l'incontinence urinaire indiquait qu'aucun changement important n'était survenu dans le fonctionnement urinaire du résident pendant la période examinée.

Une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que les évaluations mentionnées ci-dessus qui ont été effectuées n'étaient pas des évaluations qui s'intégraient les unes aux autres, qui étaient compatibles et qui se complétaient en ce qui concerne le déclin de la continence urinaire du résident 109.

[alinéa 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.

Un examen des recommandations relatives à la déglutition, mises en place à une date indiquée en novembre 2015, a permis de constater que l'on recommandait que le résident 102 reçoive des soins buccaux après chaque repas. Un examen des recommandations quotidiennes relatives aux soins buccaux, effectué à une date indiquée en avril 2016, a permis de constater que le personnel devait rincer la bouche du résident 102 avec de l'eau après chaque repas.

Le 1^{er} juin 2016, le résident 102 a été observé du début du repas du midi jusqu'à 14 h 00 et il a été constaté que les soins buccaux n'ont pas été fournis après que le résident eut terminé son repas. Lors d'une entrevue avec les employés 028, 032, 034 et 035, à 14 h 00, il a été confirmé que le personnel n'avait pas encore fourni de soins buccaux et que les soins prévus dans les recommandations relatives à la déglutition et aux soins buccaux énoncées dans le programme de soins du résident n'avaient pas été fournis comme le précise le programme. (583) [par. 6. (7)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé à tout moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent.

A) Le résident 100 n'a pas été réévalué et son programme de soins n'a pas été réexaminé et révisé lorsqu'on a constaté que le résident avait commencé à ressentir de la douleur. Lors d'un examen effectué à une date indiquée en janvier 2016, on a noté que personnel autorisé avait indiqué dans le MDS que le résident ne ressentait aucune douleur et, lors de l'évaluation subséquente du MDS, effectuée à une date indiquée en avril 2016, on avait indiqué que le résident ressentait une douleur modérée, mais pas tous les jours. Le dossier clinique du résident 100 indiquait que le médecin du résident avait ordonné que le résident reçoive une quantité déterminée de médicament contre la douleur trois fois par jour. Un examen des registres d'administration des médicaments (RAM) a permis de constater que le résident a reçu ce médicament au cours des mois de mars, avril et mai 2016.

Au cours d'une entrevue, le 2 juin 2016, la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que les données recueillies à une date indiquée en avril 2016 représentaient un changement dans l'état du résident, et que le personnel n'avait pas effectué l'évaluation RAI-MDS lorsqu'ils n'ont pas déclenché un protocole d'évaluation du résident (PER) en lien avec la douleur et le dossier clinique

ne contenait aucune réévaluation de la douleur que ressentait le résident. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a aussi confirmé que lorsque l'on a constaté que le résident ressentait de la douleur, le programme de soins n'avait pas été réexaminé ni révisé et, au moment de la présente inspection, le programme de soins du résident ne comportait aucun soin axé sur la gestion de la douleur. (129)

B) Le résident 103 n'a pas été réévalué et son programme de soins n'a pas été réexaminé et révisé lorsque l'on a constaté que le résident avait commencé à ressentir de la douleur. Lors d'un examen effectué à une date indiquée en janvier 2016, on a noté que personnel autorisé avait indiqué dans le MDS que le résident ne ressentait aucune douleur et, lors de l'évaluation subséquente du MDS, effectuée à une date indiquée en avril 2016, on avait indiqué que le résident ressentait une douleur modérée, mais pas tous les jours. Le dossier clinique du résident 100 indiquait que le médecin du résident avait ordonné que le résident reçoive une quantité déterminée de médicament contre la douleur trois fois par jour. Un examen des registres d'administration des médicaments (RAM) a permis de constater que le résident a reçu ce médicament au cours des mois de mars, avril et mai 2016.

Au cours d'une entrevue, le 2 juin 2016, la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que les données recueillies à une date indiquée en avril 2016 représentaient un changement dans l'état du résident, que le personnel n'avait pas effectué l'évaluation RAI-MDS en ne déclenchant pas un protocole d'évaluation du résident (PER) en lien avec la douleur et que le dossier clinique ne contenait aucune réévaluation de la douleur que ressentait le résident. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a aussi confirmé que lorsque l'on a constaté que le résident ressentait de la douleur, le programme de soins n'avait pas été réexaminé ni révisé et, au moment de la présente inspection, le programme de soins du résident ne comportait aucun soin axé sur la gestion de la douleur. (129)

C) Au cours d'une entrevue avec un membre de la famille du résident 103, il a été communiqué que le résident avait récemment modifié la taille de son produit pour incontinence parce que le produit précédent était trop petit. Il a été indiqué que la taille actuelle était trop grande et qu'il n'y avait pas de produit intermédiaire.

Lors d'une entrevue avec l'employé 066, le 1^{er} juin 2016, celui-ci a indiqué qu'au début de son quart de travail, le résident portait un produit pour incontinence de taille grande/ extra-grande et, qu'après son bain, plus tard le même jour, le résident portait un produit pour incontinence de taille moyenne/régulière. L'employé 066 a confirmé que la taille du produit pour incontinence était trop petite, ce qui a fait que le produit a

causé des marques sur la peau du résident. Lors d'une entrevue avec l'employé 036, le 1^{er} juin 2016, celui-ci a confirmé avoir remarqué environ trois semaines ou un mois auparavant que le produit pour incontinence de taille moyenne/régulière était trop petit et que le produit de taille grande/extra-grande était trop grand.

Lors d'une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI, qui dirigeait le programme de soins liés à l'incontinence, et l'employé 032, qui était membre du programme de soins liés à l'incontinence du foyer, ont indiqué que le foyer avait recours à une évaluation intitulée « *TENA Portraits – Quick Reference Guide* » pour déterminer le type de produit qui devait être utilisé et que le poids du résident était utilisé pour déterminer la taille du produit. Il a été indiqué que si le poids du résident était de 185 livres ou moins, ils devaient utiliser un produit de taille moyenne/régulière et si son poids était de plus de 185 livres, ils devaient utiliser un produit de taille grande/extra-grande. L'employé 032 a indiqué que l'évaluation la plus récente qui avait été effectuée pour le résident datait de décembre 2015 et qu'il avait été déterminé que le résident devait utiliser le produit de taille moyenne/régulière. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et l'employé 032 ont confirmé qu'aucune demande n'avait été reçue de la part du personnel pour réévaluer le produit pour incontinence du résident. Lors d'une entrevue téléphonique avec le représentant du produit pour incontinence, le 7 juin 2016, celui-ci a indiqué que l'utilisation du poids seulement était un guide de mesure informel et que cela était habituellement effectué au moment de l'admission, et que des mesures plus exactes, qui nécessitaient la mesure de la taille et des hanches étaient effectuées par la suite. Un examen du programme de soins écrit du résident, effectué à une date indiquée en février 2014, a permis de constater qu'il y était indiqué, sous incontinence urinaire et fécale, que le résident devait porter un produit pour incontinence de taille moyenne/régulière.

La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le résident n'avait pas été réévalué et que son programme de soins n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins avaient changé concernant le type et la taille de son produit pour incontinence. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le résident avait été réévalué et qu'il faisait l'essai d'un nouveau produit pour incontinence. (214)

D) Un examen du « formulaire d'enquête d'une plainte ou d'une préoccupation » du foyer, effectué à une date indiquée en mai 2016, a permis de constater que la famille du résident 102 avait informé le directeur des soins DOC qu'elle s'inquiétait du fait que personnel de soins directs ne suivait pas les recommandations mises en place par le personnel autorisé.



À une date indiquée en juin 2016, l'inspecteur 583 de foyers de soins de longue durée (FSLD) a observé l'employé 035 nourrissant le résident 102 dans la salle à manger pendant le repas du midi. L'inspecteur 583 de FSLD a observé le personnel qui nourrissait le résident et il a remarqué que deux des recommandations relatives à la déglutition n'étaient pas suivies. Lors d'une entrevue avec l'employé 035, on a constaté qu'il n'était pas au courant de ces deux recommandations.

Une note de suivi de l'employé 053, vérifiée à une date indiquée en novembre 2015, a permis de constater que la famille du résident 102 avait exprimé une inquiétude après avoir remarqué que le personnel qui ne respectait pas les recommandations.

Un examen du programme de soins du résident 102 a indiqué que ce résident était à haut risque nutritionnel et qu'il avait été aiguillé vers un orthophoniste pour des problèmes d'alimentation et de déglutition. Le résident a été évalué par un orthophoniste à une date indiquée en novembre 2015 et plusieurs recommandations ont été faites.

Les notes de suivi du résident 102 ont été examinées pour une certaine période indiquée en 2016. On a indiqué à cinq reprises durant la période indiquée que le résident 102 a présenté des problèmes de déglutition en s'alimentant.

Les éléments du programme de soins du résident 102 axés sur l'alimentation ont été examinés et on a constaté qu'aucune recommandation relative à l'alimentation n'avait été ajoutée et que le programme de soins avait été révisé la dernière fois à une date indiquée en octobre 2015. Lors d'une entrevue avec l'employé 053, le 1^{er} juin 2016, il a été confirmé que les interventions du programme de soins concernant l'alimentation n'avaient pas été révisées lorsque les besoins du résident 102 avaient évolué.

[alinéa 6. (10) (b)]

Autres mesures requises :

Un OC n° 001 sera remis au titulaire de permis. Voir le document intitulé « Ordre(s) de l'inspecteur ».

PRV – Conformément au paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, nous demandons par les présentes au titulaire de permis de rédiger un plan de redressement visant à se conformer à l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident, 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 et à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. Ce plan de redressement sera mis en application volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 15. Côtés de lit

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

15. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes :

a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 15 (1).

b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 15 (1).

c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 15 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes : le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident et des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes. [15 (1)]

A) Le personnel n'a pas évalué le résident, conformément aux pratiques couramment admises, lorsque des côtés de lit étaient utilisés dans le cadre d'une intervention de soins.

I) Au cours de la première étape de l'inspection de la qualité des services aux résidents, les inspecteurs 129, 214 et 583 ont remarqué un certain nombre de situations qui les ont amenés à s'interroger sur la sécurité des lits d'un certain nombre de résidents. L'outil d'évaluation des résidents (RAI) a permis de confirmer lors des entrevues avec les membres du personnel, au cours de la première étape, que les 65 lits du foyer étaient équipés de côtés de lit partiels et les 40 résidents évalués lors de la première étape de cette inspection ont été identifiés comme utilisant des côtés de lit. Le directeur des soins, la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et l'employé autorisé 053 ont confirmé que le foyer n'avait pas mis au point une évaluation individuelle des résidents qui devait être mise en œuvre lorsque le personnel envisageait une intervention de soins consistant en l'utilisation de côtés de lit et qu'aucun résident du foyer n'avait fait l'objet d'une évaluation avant la mise en place des côtés de lit comme intervention de soins. Le directeur des soins a confirmé que le foyer connaissait le document d'orientation intitulé *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities, and Home Care Settings*, 2003, rédigé par un groupe de travail appelé Hospital Bed Safety Workgroup, auquel participait le Bureau des matériels médicaux de Santé Canada, et qui a été désigné par Santé Canada comme une ressource à utiliser dans l'évaluation des résidents lorsque l'utilisation de côtés de lit était envisagée. Dans ce document, on recommande que tous les résidents qui utilisent un ou plusieurs côtés de lit soient évalués par une équipe interdisciplinaire au cours d'une certaine période pendant que la personne est alitée afin de déterminer les caractéristiques de sommeil, les habitudes et les risques de sécurité potentiels posés par un ou plusieurs côtés de lit.

B) Le personnel n'a pas évalué le système de lit du résident conformément aux pratiques couramment admises lorsque les côtés de lit étaient utilisés comme

intervention de soins. Les pratiques couramment admises sont énoncées dans le document d'orientation, publié par Santé Canada, sous le titre « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques », révisé en 2008, et désigné par Santé Canada comme une ressource à utiliser pour l'évaluation du système de lit d'un résident lorsque l'utilisation de côtés de lit était envisagée. Ce document d'orientation précise ce qui suit : « La réévaluation peut être appropriée (...) lorsque des composantes du système de lit sont modifiées ou remplacées (p. ex., nouvelles barrières ou nouveaux matelas). »

i) Un examen de la vérification du risque de piégeage du système de lit du résident effectué par le personnel du foyer, le 24 août 2015, et un examen des composantes du système de lit utilisées au moment de cette inspection ont permis de confirmer que le lit 21 n'avait pas été réévalué lorsqu'une composante du système de lit avait été modifiée. Au moment de la vérification du risque de piégeage du système de lit, en août 2015, il était indiqué que le lit 21 était doté d'un matelas « ZF 25 » (il ne s'agit pas un matelas pneumatique). Lors de la présente inspection, il a été remarqué que le lit 21 était doté d'un matelas pneumatique. Le directeur des soins a confirmé que le résident qui utilise ce lit occupait cette chambre depuis la vérification du risque de piégeage du système de lit du mois d'août 2015, et le cadre du lit n'avait pas été changé. Il a également confirmé que lorsque le matelas de ce système de lit avait été changé, aucune réévaluation n'avait été faite afin de déterminer les zones de piégeage possibles.

ii) Il a été confirmé par le directeur des soins et le superviseur de l'entretien ménager que les lits 24-2, 30-2, 44 et 49 étaient dotés de matelas pneumatiques au moment de la vérification du risque de piégeage des lits en août 2015. Lors de la présente inspection, il a été confirmé que les lits mentionnés ci-dessus n'étaient plus dotés de matelas pneumatiques et que lorsque cette composante du système de lit avait été changée, ces systèmes de lits n'avaient pas été réévalués afin de déterminer les zones de piégeage possibles.

C) Le personnel du foyer n'a pas pris de mesures visant à empêcher le piégeage dans les lits, en tenant compte de toutes les zones de piégeage possibles, conformément au document de pratiques couramment admises publié par Santé Canada « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques », révisé en 2008. Ce document précise ce qui suit : « Bien que des piégeages se soient produits avec l'utilisation de remplacements pour les lits à matelas d'air, (...) ces produits sont exclus des recommandations des limites dimensionnelles (...). Cette exemption partielle est attribuable à la nature hautement compressible de ces matelas (...). Santé Canada recommande que des mesures soient prises afin d'assurer que le bienfait thérapeutique l'emporte sur le risque de piégeage. »

i) Lors de la présente inspection, il a été noté que quatre systèmes de lits du foyer étaient dotés de matelas pneumatiques. Le document d'orientation mentionné ci-dessus précise ce qui suit : « Bien que des piégeages se soient produits avec l'utilisation de remplacements pour les lits à matelas d'air, (...) ces produits sont exclus des recommandations des limites dimensionnelles (...). Cette exemption partielle est attribuable à la nature hautement compressible de ces matelas (...). Santé Canada recommande que des mesures soient prises afin d'assurer que le bienfait thérapeutique l'emporte sur le risque de piégeage. » Il a été noté que les lits 21, 1, 12-2 et 50-1 étaient dotés de matelas pneumatiques et de côtés de lit et qu'aucune composante ou aucun accessoire n'avait été installé sur ces systèmes de lits afin de minimiser le risque de piégeage des résidents utilisant ces lits.

ii) Lors de la présente inspection, il a été noté que trois systèmes de lits ne disposaient pas d'ancrages de matelas, ce qui permettait au matelas de glisser facilement d'un côté à l'autre sur le sommier. Ils étaient aussi dotés de côtés de lit partiels qui n'étaient pas relevés et aucune composante ou aucun accessoire n'avait été installé sur ces systèmes de lits afin de minimiser le risque de piégeage. Le document d'orientation mentionné ci-dessus précise qu'en ce qui concerne la zone de piégeage 3 (c.-à-d. entre la barrière et le matelas) et la zone de piégeage 4 (c.-à-d. sous la barrière, à l'extrémité de la barrière) : « Cet espace devrait être suffisamment petit pour empêcher le piégeage de la tête en tenant compte (...) du déplacement latéral du matelas. » Il a été remarqué que les matelas des lits 51, 47-1 et 26-1 présentaient un déplacement latéral important sur le sommier et que les matelas n'étaient pas retenus par des accessoires afin d'empêcher de déplacement latéral. À la suite d'un examen de ces systèmes de lits, effectué le 9 juillet 2016, le directeur des soins et le superviseur de l'entretien ménager ont confirmé qu'aucune mesure n'avait été prise afin de minimiser le risque de piégeage des résidents utilisant ces lits. [art. 15. (1)]

Autres mesures requises :

Un OC n° 002 sera remis au titulaire de permis. Voir le document intitulé « Ordre(s) de l'inspecteur ».

AE n° 3 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 8. Respect des politiques et dossiers

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

8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1)**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1)**

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les directives énoncées dans la politique de gestion de la douleur du foyer soient conformes aux exigences applicables de la Loi. [alinéa 8 (1) (a)]

La politique de gestion de la douleur du titulaire de permis, désigné comme le document 07-00-10, qui se trouve dans le manuel des services aux résidents portant la date de février 2016, n'est pas conforme aux exigences énoncées à l'alinéa 6(10) (b) de la LFSLD, 2007, qui prévoit que le titulaire de permis doit veiller à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent.

Cette politique exigeait que le personnel autorisé entreprenne la rédaction d'un programme de soins dans les 24 heures suivant la constatation que la douleur était devenue un problème à la suite d'une évaluation globale et selon un pointage de deux (2) ou plus sur l'échelle de mesure des résultats de la douleur (POMS) après l'achèvement du RAI-MDS 2.0.

Lors d'une entrevue menée le 2 juin 2016 avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI, celle-ci a confirmé que le résident 100 ressentait tous les jours une douleur modérée, ce qui a été consigné à l'aide du formulaire MDS rempli à une date indiquée en avril 2016, ce qui a donné lieu à une note de un (1) sur l'échelle POMS. Par ailleurs, le résident 103 ressentait une douleur modérée, mais pas tous les jours, lorsque le formulaire MDS a été rempli à une date indiquée en mars 2016, ce qui a donné lieu à une note de un (1) sur l'échelle POMS. Elle a aussi confirmé que cette documentation représentait un

changement dans l'état des deux résidents. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et les dossiers cliniques ont confirmé que le personnel avait suivi la directive contenue dans la politique du foyer, qu'il n'avait pas respecté l'exigence de la LFSLD que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent. Au moment de l'inspection, ni le résident 100 ni le résident 103 n'avaient un programme de soins qui désignait la gestion de la douleur comme un élément des soins, malgré le fait que le personnel avait constaté que l'état de ces résidents avait évolué lorsqu'ils ont commencé à ressentir de la douleur. [alinéa 8. (1) (a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout programme, plan, politique, protocole, marche à suivre, stratégie ou système soit respecté.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les directives contenues dans la politique de gestion de la douleur du titulaire de permis, désigné comme le document 07-00-10, révisé en février 2016, soient respectées.

(i) Cette politique exigeait que le personnel autorisé fasse une évaluation afin de déterminer si les stratégies de gestion de la douleur étaient efficaces et, après le début de l'utilisation d'un nouvel analgésique, la douleur du résident doit être évaluée quotidiennement pendant une période de sept jours. Le personnel n'a pas respecté cette directive lorsqu'il a été constaté que les stratégies de gestion de la douleur en place pour le résident 105 n'étaient pas efficaces et que le médecin du résident a ordonné un changement de médicament. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le personnel autorisé documentait cette évaluation quotidienne dans la partie des notes de suivi du dossier informatisé. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que le personnel ne se conformait pas à la politique du foyer lorsqu'il a été établi, à une date indiquée en décembre 2015, qu'une quantité déterminée de médicaments contre la douleur à administrer deux fois par jour a été prescrite au résident afin de gérer la douleur, et que le dossier clinique indiquait que l'efficacité de ce nouveau médicament n'a été évaluée que six jours plus tard, lorsque le personnel a documenté, à une date indiquée en décembre 2015, que le nouveau médicament n'avait eu aucun effet néfaste.

(ii) Cette politique prévoyait que dans le cas de tout résident obtenant un pointage de deux (2) ou plus sur l'échelle POMS une fois rempli le formulaire 2 RAI-MDS.0, que le personnel doit préparer un protocole non déclenché d'évaluation des résidents (PER). La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI

a confirmé que le PER mentionné ci-dessous n'était pas accessible au personnel sous l'onglet de l'évaluation du dossier informatisé et que le personnel devait remplir ce PER dans la section des notes de suivi du dossier informatisé. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que lorsque l'outil MDS a été rempli pour le résident 105, à une date indiquée en novembre 2015, il était connu que le résident ressentait de la douleur tous les jours et, que parfois, la douleur était horrible/insupportable, ce qui s'est traduit par une note de trois (3) sur l'échelle POMS, et que le personnel n'a pas respecté la politique du foyer en ne préparant pas une PER non déclenché en raison de la douleur. (129)

B) Un examen de la politique du foyer intitulée Bladder and Bowel (13-00-01 et révisée en juin 2015) indiquait ce qui suit :

i) lorsque l'évaluation d'un résident doit être faite à l'aide de l'outil RAI/MDS, si le niveau de continence du résident diminue par rapport au trimestre précédent, l'infirmière autorisée (IE) établit alors un registre du nombre d'évacuations vésicales et intestinales au cours d'une période de trois jours. L'IE commence par remplir les documents à cette fin sur le lieu des soins afin d'informer le personnel de première ligne qu'un document d'évaluation doit être rempli. L'IE effectue ensuite une nouvelle évaluation du nombre d'évacuations vésicales et intestinales.

Un examen du MDS trimestriel du résident 101, à une date indiquée en janvier 2016, dans la section H.- Continence au cours des 14 derniers jours, a permis de constater que le résident a reçu le code un (1) indiquant habituellement la continence de l'intestin. Le code du MDS trimestriel suivant, à une date indiquée en avril 2016, révélait que le résident avait reçu le code trois (3) dans la section H, indiquant une incontinence fécale fréquente. Un examen du protocole d'évaluation des résidents (PER) correspondant à une date indiquée en avril 2016 démontrait qu'il y avait eu des changements à la continence intestinale du résident durant la période faisant l'objet de l'examen. Un examen du dossier clinique du résident a permis de constater l'absence d'un registre du nombre d'évacuations intestinales sur une période de trois jours et d'une évaluation intestinale suivant la diminution du taux de continence intestinale du résident.

Une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le taux de continence intestinale du résident avait diminué au cours de la période de l'examen trimestriel. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé qu'un registre du nombre d'évacuations intestinales sur une période de trois jours et qu'une évaluation intestinale n'avait pas été réalisée et que le foyer n'avait pas respecté sa politique en matière de soins liés à l'incontinence. (214)

ii) Lorsque l'évaluation d'un résident doit être faite à l'aide de l'outil RAI/MDS, si le niveau de continence du résident diminue par rapport au trimestre précédent, l'infirmière autorisée (IE) établit alors un registre du nombre d'évacuations vésicales et intestinales au cours d'une période de trois jours. L'IE commence par remplir les documents à cette fin sur le lieu des soins afin d'informer le personnel de première ligne qu'un document d'évaluation doit être rempli. L'IE effectue ensuite une nouvelle évaluation du nombre d'évacuations vésicales et intestinales. Un examen du MDS trimestriel du résident 103, à une date indiquée en décembre 2016, dans la section H.- Continence au cours des 14 derniers jours, a permis de constater que le résident avait reçu le code trois (3) indiquant une incontinence urinaire fréquente. Le code du MDS trimestriel suivant, à une date indiquée en mars 2016, révélait que le résident avait reçu le code quatre (4) dans la section H, indiquant une incontinence urinaire. Un examen du dossier clinique du résident a permis de constater l'absence d'un registre du nombre d'évacuations vésicales sur une période de trois jours et d'une évaluation vésicale suivant la diminution du taux de continence vésicale du résident.

Une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le taux de continence vésicale du résident avait diminué au cours de la période de l'examen trimestriel. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé qu'un registre du nombre d'évacuations vésicales sur une période de trois jours et qu'une évaluation vésicale n'avait pas été réalisée et que le foyer n'avait pas respecté sa politique en matière de soins liés à l'incontinence. (214)

iii) Lorsque l'évaluation d'un résident doit être faite à l'aide de l'outil RAI/MDS, si le niveau de continence du résident diminue par rapport au trimestre précédent, l'infirmière autorisée (IE) établit alors un registre du nombre d'évacuations vésicales et intestinales au cours d'une période de trois jours. L'IE commence par remplir les documents à cette fin sur le lieu des soins afin d'informer le personnel de première ligne qu'un document d'évaluation doit être rempli. L'IE effectue ensuite une nouvelle évaluation du nombre d'évacuations vésicales et intestinales. Un examen du MDS trimestriel du résident 109, à une date indiquée en novembre 2016, dans la section H.- Continence au cours des 14 derniers jours, a permis de constater que le résident avait reçu le code trois (3) indiquant une incontinence urinaire fréquente. Le code du MDS trimestriel suivant, à une date indiquée en mars 2016, révélait que le résident avait reçu le code quatre (4) dans la section H, indiquant une incontinence urinaire. Un examen du dossier clinique du résident a permis de constater l'absence d'un registre du nombre d'évacuations vésicales sur une période de trois jours et d'une évaluation vésicale suivant la diminution du taux de continence vésicale du résident.



Lors d'une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI, celle-ci a confirmé que le taux de continence vésicale du résident avait diminué au cours de la période de l'examen trimestriel. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé qu'un registre du nombre d'évacuations vésicales sur une période de trois jours et qu'une évaluation vésicale n'avait pas été réalisée et que le foyer n'avait pas respecté sa politique en matière de soins liés à l'incontinence.

[alinéa 8. (1) (b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément au paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, nous demandons par les présentes au titulaire de permis de rédiger un plan de redressement visant à faire en sorte que toute politique soit respectée. Ce plan de redressement sera mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 30, Exigences générales

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

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

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

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 à ce que soit consigné dans un dossier relatif à l'évaluation du programme de gestion de la douleur les dates auxquelles ces modifications ont été mises en œuvre.

Le directeur des soins a fourni un document intitulé « Évaluation annuelle du programme de la gestion de la douleur de 2015 ». Les lacunes du programme identifiées au cours de l'évaluation de ce programme comprenaient l'utilisation de l'outil de réévaluation et la planification des soins liés à la douleur. Les stratégies visant à corriger les lacunes identifiées consistaient à mettre à jour la politique et à sensibiliser le personnel. Le document n'indiquait pas les dates auxquelles les stratégies mentionnées ont été mises en œuvre. [alinéa 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 de soins liés à l'incontinence et de facilitation des selles, notamment les interventions, soient documentées.

En mars 2016, un examen de l'évaluation trimestrielle de la continence du résident 102 a permis de constater qu'il présentait une incontinence urinaire fréquente et qu'il avait besoin de compter sur des visites planifiées aux toilettes, d'utiliser des serviettes ou des culottes et d'avoir une aide complète pour aller aux toilettes. Le programme de soins du résident 102 concernant les visites aux toilettes indiquait que le personnel devait amener le résident 102 aux toilettes à cinq moments précis.

Une note de service du directeur des soins, envoyée à une date indiquée en mars 2016, demandait au personnel de documenter toutes les heures auxquelles le résident 102 allait aux toilettes sur le lieu des soins. Un examen des dossiers sur le lieu des soins au cours d'une période d'un mois indiqué en 2016 a révélé que le résident était amené aux toilettes une fois par quart de travail pour un total de trois fois par jour. Treize des 35 visites planifiées aux toilettes ont été documentées.

Lors d'une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI, le 31 mai 2016, celle-ci a confirmé que le personnel documentait la visite aux toilettes une fois par quart de travail. Par conséquent, il n'y avait aucune documentation permettant de déterminer si le résident avait été amené aux toilettes à l'heure prévue ou si le résident était continent ou incontinent à l'heure prévue. Il a été confirmé que les mesures prises à l'égard du résident 102 concernant les interventions de soins liés à l'incontinence n'avaient pas toutes été documentées.

[par. 30. (2)]



Autres mesures requises :

PRV – Conformément au paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, nous demandons par les présentes au titulaire de permis de rédiger un plan de redressement visant à faire en sorte que les dossiers écrits relatifs aux évaluations visées à la disposition 3, indiquent 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. Ce plan de redressement sera mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 51, Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

51. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit,
(c) chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoit du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 51 (2).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoive du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence.

A) En mai 2016, un examen de l'évaluation trimestrielle de la continence du résident 106 indiquait qu'il avait une incontinence urinaire occasionnelle et qu'il avait besoin de visites planifiées aux toilettes, qu'il devait utiliser des serviettes ou des culottes et qu'il avait besoin d'une aide importante pour aller aux toilettes. Le programme de soins concernant les visites aux toilettes du résident 106 indiquait que le personnel devait amener le résident 106 aux toilettes à cinq moments précis.

Le résident 106 a été observé le 1^{er} juin 2016, de 10 h 30 à 13 h 30. Pendant cette période, il a été observé que le résident n'a pas été amené aux toilettes par le personnel. L'inspecteur 583 de foyers de soins de longue durée des soins de longue durée (FSLD) a observé le résident 106 entrer dans la chambre d'un autre résident à 13 h 15 et en a informé l'employé 035. Lors une entrevue avec le résident, il a été confirmé que le résident 106 était allé à la toilette seul et sans aide.

Lors d'une entrevue avec les employés 028, 032, 034 et 035, réalisée à 14 heures, il a été confirmé que le personnel n'avait pas amené le résident 106 aux toilettes ou vérifié si son produit pour incontinence était humide à deux moments prévus consécutifs. Lors d'une entrevue avec l'employé 059, celui-ci a indiqué que le résident 106 ne devait pas aller aux toilettes seul en raison des exigences en matière de sécurité et d'hygiène. Il a été confirmé que le résident 106 n'avait pas reçu l'aide dont il avait besoin de la part du personnel afin de gérer et de maintenir sa continence. (583)

B) En mars 2016, un examen de l'évaluation trimestrielle de la continence du résident 102 indiquait qu'il avait une incontinence urinaire fréquente et qu'il avait besoin de visites planifiées aux toilettes, qu'il devait utiliser des serviettes ou des culottes et qu'il était totalement dépendant pour aller aux toilettes. Le programme de soins concernant les visites aux toilettes du résident 102 indiquait que le personnel devait amener le résident 102 aux toilettes à cinq moments précis.

Dans une note de suivi de l'employé 053, documentée à une date indiquée en janvier 2016, on indiquait que la famille avait déposé une plainte selon laquelle le résident 102 n'avait pas été amené aux toilettes aux heures prévues entre 9 h 30 et 16 h 30. Selon les notes de suivi documentées à deux dates indiquées en mars 2016, la famille a discuté avec le foyer de ses préoccupations concernant les visites aux toilettes et le foyer a confirmé les heures prévues des visites aux toilettes du résident 102.

Le résident 102 a été observé le 1^{er} juin 2016, de 10 h 45 à 14 h, pendant cette période, il a été observé que le résident n'avait pas été amené aux toilettes par le personnel. Dans une entrevue avec les employés 028, 032, 034 et 035 à 14 heures, il a été confirmé que le personnel n'avait pas amené le résident 102 aux toilettes ou vérifié si son produit pour incontinence était humide à deux moments prévus.

À 14 h 40, l'inspecteur 583 de FSLD a observé que le résident 102 avait été amené aux toilettes par les employés 061 et 062. Ils ont constaté que la culotte du résident était saturée d'urine et elle a été changée par le personnel. Lors d'une entrevue avec l'employé 059, il a été confirmé que le résident 102 n'avait pas reçu l'aide dont il avait besoin pour gérer et maintenir sa continence. [alinéa 51. (2) (c)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément au paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, nous demandons par les présentes au titulaire de permis de rédiger un plan de redressement visant à faire en sorte que chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoive du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence. Ce plan de redressement sera mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 33, Bain

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

33. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique. Règl. de l'Ont., par. 33 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident prenne un bain en utilisant la méthode de son choix.

Lors d'une entrevue avec une famille, à une date indiquée en mai 2016, on a constaté que le résident 106 recevait un bain alors qu'il avait indiqué sa préférence pour une douche. Lors d'une entrevue avec le résident 106, à une date indiquée en mai 2016, il a indiqué sa préférence de prendre une douche.

Un examen du programme de soins du résident 106 concernant le bain indiquait que sa préférence initiale documentée en septembre 2014 était de prendre une douche. Aucune documentation n'était disponible dans le programme de soins indiquant de quelle façon cela avait été déterminé.

Lors d'une entrevue avec le coordonnateur du RAI MDS, le 31 mai 2016, il a été confirmé qu'aucun processus n'était en place afin de déterminer les préférences des résidents concernant le bain après leur admission. Le coordonnateur a indiqué que le

personnel s'en tenait aux directives du programme de soins concernant le jour du bain et que le personnel n'avait pas l'habitude de demander les préférences des résidents concernant le bain. Il a été confirmé que le résident 106 ne prenait pas un bain en utilisant la méthode de son choix. [par. 33. (1)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 35, Soins des pieds et des ongles

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

35. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds, afin d'assurer son confort et de prévenir les infections. Règl. de l'Ont., par. 35 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer reçoive des services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds, afin d'assurer son confort et de prévenir les infections.

Un examen des notes de suivi documentées à une date indiquée en 2015 a permis de constater qu'un membre de la famille du résident 200 qui avait informé le personnel que les soins des pieds du résident n'avaient pas été effectués. Une évaluation a été faite par l'employé 053 qui a noté que les ongles du résident 200 étaient « très longs » et que ce dernier avait besoin de soins des ongles. À une date indiquée en 2015, l'employé 074 a fourni les soins des ongles et il a été documenté que lorsque les soins des pieds ont été fournis, deux ongles sont tombés de l'un des pieds du résident et qu'un ongle a dû être enlevé sur l'autre pied parce qu'il était sur le point de tomber.

Un examen du programme de soins concernant le bain qui était en place au moment de l'incident indiquait que les ongles du résident 200 devaient être entretenus le jour de son bain. On a confirmé qu'à leur connaissance, le résident 200 devait recevoir des soins de base pour les pieds les jours de bain. Lors d'une entrevue avec le directeur des soins, le 13 juin 2016, il a été confirmé que le résident 200 ne recevait pas de services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds.

PRIÈRE DE NOTER : Cette non-conformité a été découverte durant une inspection à la suite d'une plainte, n° 002685-15, qui s'est déroulée simultanément à l'inspection de la

qualité des services aux résidents. [par. 35. (1)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 41. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les routines que suit chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil. Règl. de l'Ont., art. 41.

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les routines que suit chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Lors d'une entrevue avec la famille/la personne désignée, réalisée à une date indiquée en mai 2016, on a mentionné que la routine de repos du résident 102 n'était pas toujours appuyée. Un examen du programme de soins a permis de constater que le résident 102 avait exigé un repos à une période déterminée au cours de l'après-midi.

Lors d'une observation, à une date et à une heure indiquées en juin 2016, le résident 102 a été observé dans son fauteuil roulant. Lors d'une entrevue avec les employés 061 et 062, il a été confirmé que la routine de repos de l'après-midi du résident 102 n'était pas appuyée. Lors d'une deuxième observation, à une date indiquée en juin 2016, le résident 102 a été observé dans son fauteuil roulant à 15 h. Lors d'une entrevue avec le directeur des soins, il a été confirmé que la routine de repos de l'après-midi du résident 102 n'était pas appuyée. [art. 41.]

AE n° 9 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 53. Comportements réactifs

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

53. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

- 1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental. Règl. de l'Ont., par. 53 (1).**
- 2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir. Règl. de l'Ont., par. 53 (1).**
- 3. Des protocoles qui permettent de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes. Règl. de l'Ont., par. 53 (1).**
- 4. Des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin. Règl. de l'Ont., par. 53 (1).**

53. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont., par. 53 (4).**
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont., par. 53 (4).**
- c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées. Règl. de l'Ont., par. 53 (4).**

Findings/Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des méthodes écrites en matière de soins, des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, ainsi que des protocoles qui permettent de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes soient élaborés afin de répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs.**

Les documents fournis par le foyer qui décrivent le programme de gestion des comportements réactifs ne documentaient pas les méthodes écrites à l'intention du

personnel, conformément aux exigences du règlement. Le foyer a fourni les documents suivants :

- i) objet : « Comportements réactifs » portant le numéro 10-00-01, daté de mai 2016, placé dans la section comportementale / Montessori du Manuel des services aux résidents
- ii) objet « Examen préliminaire des capacités mentales » portant le numéro 10-00-02, daté de décembre 2014, placé dans la section comportementale / Montessori du Manuel des services aux résidents;
- iii) intitulé « Processus interne concernant les comportements réactifs des résidents » portant le numéro 10-00-05, daté de mai 2016, placé dans la section comportementale / Montessori du Manuel des services aux résidents;
- iv) objet « Protection des employés et des résidents » portant le numéro 10-00-04, daté de décembre 2014, placé dans la section Comportements réactifs du Manuel des services aux résidents.

Un examen des documents mentionnés ci-dessus a confirmé qu'il n'y avait pas de méthodes écrites en matière de soins qui incluaient des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social, environnemental ou autre. Il n'y avait pas de stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir. Il n'y avait aucun protocole permettant de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes. [par. 53. (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et que les réactions du résident aux interventions soient documentées.

Des mesures n'ont pas été prises afin d'évaluer les comportements réactifs affichés par le résident 103 et les réactions du résident à l'intervention mise en place par le personnel de soins directs n'ont pas été documentées.

Les données recueillies au sujet du résident 103 lors d'un examen du MDS, à une date indiquée en décembre 2015, démontrent que le résident avait des comportements réactifs quatre à six jours sur sept et qu'il était difficile de modifier ces comportements. L'examen du MDS subséquent, à une date indiquée en mars 2016, a permis de constater que les comportements réactifs du résident s'étaient aggravés, qu'ils étaient affichés quotidiennement et qu'il était toujours difficile de modifier ces comportements. Le programme de soins du résident indiquait à divers endroits que le résident affichait

des comportements réactifs. Lors d'une entrevue avec l'employé autorisé 056, le 13 juin 2015, il a été confirmé que lorsqu'un résident affichait un comportement réactif, le préposé aux services de soutien à la personne cochant une case dans le dossier informatisé pour indiquer que le résident avait manifesté une résistance, mais qu'il ne documentait pas le comportement particulier qui avait été affiché. Un examen du dossier informatisé des 30 jours précédant la présente inspection a confirmé que les préposés aux services de soutien à la personne cochaient une case dans le dossier informatisé afin d'indiquer que le résident avait affiché des comportements résistifs pendant sept jours en mai et deux jours durant la première semaine de juin 2016. L'employé autorisé 056 a également confirmé que si un membre du personnel autorisé était conscient d'un comportement réactif affiché par un résident, celui-ci documenterait le comportement particulier dans une note de suivi personnalisée dans le dossier informatisé.

Lors de l'entrevue avec l'employé autorisé 056, celui-ci a examiné les notes de suivi personnalisées et il a confirmé qu'aucune note n'avait été écrite au sujet du comportement de ce résident. L'employé autorisé 056 a confirmé qu'il n'y avait aucun outil utilisé par le foyer afin de recueillir des données comportementales particulières et de consigner la réaction du résident aux interventions afin de procéder à une évaluation des comportements et qu'il n'y avait aucune preuve dans le dossier clinique que les comportements réactifs du résident 103 avaient été évalués ou que la réaction du résident aux interventions du personnel avait été documentée. [alinéa 53. (4) (c)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, article 67. Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte tous les trois mois au moins. 2007, chap. 8, article 67.

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté son obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents, tous les trois mois au moins.

Un examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents a permis de constater que le conseil ne s'était pas réuni pendant une période de huit mois entre septembre 2015 et mai 2016. L'administrateur et les procès-verbaux des réunions antérieures du conseil ont confirmé que le coordonnateur/gestionnaire bénévole de la Fondation avait été nommé et accepté par les résidents comme la personne désignée pour aider le conseil. L'adjoint au conseil des résidents a confirmé que le conseil ne

s'était pas réuni depuis août 2015 et il n'a pas été en mesure de fournir une raison pour laquelle il n'y a pas eu de réunion du conseil, qu'aucune mesure n'a été prise au cours de la période de huit mois susmentionnée pour aider le conseil à convoquer une réunion des résidents et, pendant la période de huit mois, aucun représentant du titulaire de permis n'a consulté le conseil des résidents.

Lors d'une entrevue avec le résident 300, qui a assisté à la réunion du conseil en août 2015, celui-ci a indiqué qu'il avait l'impression qu'il n'y a pas eu de réunion du conseil parce qu'il y avait trop de membres du personnel qui aidaient le conseil, que ces personnes changeaient continuellement et que le conseil devrait tenir des réunions plus souvent afin d'éviter que les réunions soient si longues. Lors d'une entrevue avec le résident 301, qui a assisté à la réunion du conseil en août 2015, celui-ci a indiqué qu'il savait qu'il y avait un long délai pour tenir une réunion du conseil, mais qu'il ne savait pas pourquoi.

Lors d'une entrevue avec le résident 302, qui a assisté à la réunion du conseil en août 2015, celui-ci a indiqué qu'il ne savait pas pourquoi il n'y avait pas de réunions, qu'il n'avait jamais été informé des raisons d'un tel délai, qu'il trouvait la situation très frustrante parce que la personne désignée pour aider le conseil des résidents changeait continuellement et qu'il croyait que le conseil des résidents était très important et qu'il souhaitait que des réunions régulières soient prévues. [art. 67.]



AE n° 11 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 72. Préparation alimentaire

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

72. (5) Si des aliments ou des boissons sont préparés au foyer de soins de longue durée pour des personnes qui ne sont pas des résidents du foyer, le titulaire de permis tient et conserve pendant au moins sept ans des dossiers qui précisent, pour chaque semaine :

a) d'une part, le nombre de repas préparés pour ces personnes;

Règl. de l'Ont., par. 72 (5).

b) d'autre part, les recettes et les recouvrements à l'interne du titulaire de permis qui proviennent de la vente ou de la fourniture d'aliments et de boissons préparés au foyer, notamment de la cafétéria et du service de traiteur.

Règl. de l'Ont., par. 72 (5).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à tenir des dossiers qui précisait, pour chaque semaine, d'une part, le nombre de repas préparés pour des personnes qui ne sont pas des résidents du foyer et les recettes et les recouvrements à l'interne du titulaire de permis qui proviennent de la vente ou de la fourniture d'aliments et de boissons préparés au foyer, notamment de la cafétéria.

Lors de l'observation des repas du 25 mai et du 1^{er} juin 2016, on a constaté que le personnel et les visiteurs se sont vu servir des repas provenant du service aux résidents vers la fin du repas de ces derniers. Lors d'une entrevue avec la personne responsable des services alimentaires, le 7 juin 2016, il a été confirmé que cette activité était une activité de cafétéria au sein de ce foyer.

Une vérification des reçus des « demandes de repas du personnel » du mois de mai 2016 a permis de constater que des recettes totales de 115 \$ provenaient de la vente d'aliments à la cafétéria. Un examen du « rapport mensuel des aliments non préparés » du mois de mai 2016 a révélé que la vente d'aliments à la cafétéria avait produit des recettes de 575 \$. Au cours d'un examen des reçus des « demandes de repas du personnel » on a constaté que certains reçus n'étaient pas datés et qu'ils n'indiquaient pas le montant qui avait été payé ou les aliments qui avaient été achetés.

Lors d'une entrevue avec la personne responsable des services alimentaires, le 7 juin 2016, celle-ci a précisé que le foyer compilait le nombre de repas préparés et les recettes provenant de la vente d'aliments à la cafétéria à l'aide des reçus des

« demandes de repas du personnel ». Il a été confirmé que les dossiers des « demandes de repas du personnel » étaient incomplets et qu'il n'y avait aucun registre indiquant le nombre total de repas préparés ou les recettes provenant de la vente d'aliments à la cafétéria pour chacune des semaines du mois de mai 2016. [par. 72. (5)]

AE n° 12 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, article 76. Formation

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

76. (7) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec ceux-ci, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

- 1. Le dépistage et la prévention des mauvais traitements. 2007, chap. 8, par. 76. (7).**
- 2. Les questions de santé mentale, y compris les soins aux personnes atteintes de démence. 2007, chap. 8, par. 76. (7).**
- 3. La gestion des comportements. 2007, chap. 8, par. 76. (7).**
- 4. La façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et, si la contention se révèle nécessaire, la façon de l'utiliser conformément à la présente loi et aux règlements. 2007, chap. 8, par. 76. (7).**
- 5. Les soins palliatifs. 2007, chap. 8, par. 76. (7).**
- 6. Les autres domaines que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 76. (7).**

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec ceux-ci, un recyclage annuel, conformément au Règl. de l'Ont., par. 219 (1), dans le domaine de la facilitation des selles et des soins de l'incontinence, conformément au Règl. de l'Ont., alinéa 221 (1) 3. [76 (7) 6]

Un examen des dossiers de formation du foyer a permis de constater que tous les membres du personnel autorisé ont reçu un recyclage concernant la facilitation des selles et les soins de l'incontinence. Un examen des dossiers de formation des préposés des services de soutien à la personne et une entrevue avec le directeur des soins ont

révélé que le foyer fournissait une formation uniquement en ce qui concerne les définitions de l'incontinence sur le lieu des soins, une formation sur la pertinence de documenter rapidement les cas d'incontinence dans le système d'intervention sur le lieu des soins et une formation concernant le protocole du foyer relatif aux produits pour incontinence. Le foyer n'a pas été en mesure de fournir des informations au sujet du recyclage du personnel des préposés des services de soutien à la personne en matière de facilitation des selles et de soins de l'incontinence.

Le directeur des soins a confirmé que le foyer avait fourni, en 2015, un recyclage annuel dans le domaine de la facilitation des selles et des soins de l'incontinence à 33 pour cent du personnel qui fournit des soins directs aux résidents. [alinéa 76. (7) 6.]

AE n° 13 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, article 91. Facturation au résident

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

91. (4) Le titulaire de permis ne doit pas accepter de paiement d'un résident ou pour le compte de ce dernier pour quoi que ce soit à l'égard duquel il lui est interdit d'exiger un paiement aux termes du paragraphe (1) et il ne doit pas faire en sorte qu'une autre personne exige ou accepte un tel paiement pour son compte ni le lui permettre. 2007, chap. 8, par. 91. (4).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ne pas accepter de paiement d'un résident ou pour le compte de ce dernier pour quoi que ce soit à l'égard duquel il lui est interdit d'exiger un paiement aux termes de l'alinéa (1) 4 et il n'a pas fait en sorte qu'une autre personne exige ou accepte un tel paiement pour son compte ni le lui permettre.

Lors d'une entrevue avec la famille/la personne désignée du résident 102, réalisée à une date indiquée en mai 2016, on a mentionné que la famille/la personne désignée du résident 102 avait demandé une intervention de soins particuliers afin de répondre aux besoins du résident. Lors d'une entrevue avec l'employée 059, le 31 mai 2016, et avec les employés 035 et 075, à une date indiquée en juin 2016, il a été confirmé que le résident 102 avait besoin de l'intervention demandée. L'employé 035 a confirmé que lorsque le résident 102 recevait l'intervention de soins particuliers, celle-ci permettait de répondre efficacement aux besoins du résident.



Un examen du programme de soins du résident 102 a permis de constater qu'il avait reçu l'intervention de soins particuliers. Une facture portant une date indiquée en 2016 démontrait que trois interventions de soins spécialisés avaient été facturées au résident 102 à un montant total donné. Dans une entrevue avec le directeur des soins, le 1^{er} juin 2016, il a été confirmé que les interventions de soins spécialisés avaient été facturées au résident 102 à un montant déterminé après la fin de la période « d'essai ».

Cette politique fait partie de l'entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée entre un réseau local d'intégration des services de santé et un fournisseur de services de santé qui exploite un foyer de soins de longue durée. La « Politique relative aux allocations quotidiennes selon le niveau de soins dans les FSLD », du 1^{er} juillet 2010, prévoit que l'enveloppe des soins infirmiers et personnels comprend les dépenses relatives aux éléments suivants : 1. a) les employés prodiguent des soins infirmiers et personnels directement aux résidents pour répondre aux besoins évalués en matière de soins infirmiers et personnels dans le cadre d'un programme de soins; b) les soins personnels directs comprennent les activités suivantes : assistance dans le cadre des activités de la vie quotidienne, notamment les services d'hygiène personnelle. [art. 91. (4)]



**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**

Date de délivrance : le 2 août 2016

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

Original report signed by the inspector/Copie originale signée par l'inspecteur



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*

Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée

Public Copy/Copie du public

Name of Inspector (ID #) /

Nom de l'inspecteur (No) : KELLY HAYES (583), CATHY FEDIASH (214),
PHYLLIS HILTZ-BONTJE (129)

Inspection No. /

N° de l'inspection : 2016_341583_0010

Log No. /

Registre no: 015876-16

Type of Inspection /

Genre d'inspection: Resident Quality Inspection

Report Date(s) /

Date(s) du Rapport : Jul 22, 2016

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

Au FOYER RICHELIEU WELLAND, vous êtes tenu par les présentes de vous conformer aux ordres qui suivent d'ici les dates indiquées ci-dessous.



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*

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

Linked to Existing Order /

**Lien vers un ordre
existant:**

2015_248214_0021, CO #001;

Pursuant to / Aux termes de :

LFSLD, 2007 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 :

L'ordre est donné en fonction de l'application de facteurs liés à la gravité (2 - gravité du préjudice ou du risque de préjudice), à l'étendue (2 - motif) et aux antécédents en matière de conformité (4 - non-respect continu d'un ordre) et aux antécédents en matière de non-respect d'un ordre du 9 novembre 2015 et d'un PRV du 14 novembre 2014.

Le titulaire de permis doit veiller à se conformer à ce qui suit.

1. Veiller à ce que tous les résidents qui ressentent de la douleur, y compris les résidents 100 et 103, soient réévalués et que leur programme de soins soit réexaminé et révisé au besoin.
2. Veiller à ce que le résident 103 soit réévalué afin d'assurer que le produit pour incontinence qui lui est fourni reflète ses besoins qui ont été évalués et que son programme de soins soit révisé, de sorte que le personnel de première ligne puisse lui fournir les produits pour incontinence requis afin de répondre à ses besoins. Le foyer doit veiller à ce que tous les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence soient évalués et que les produits dont ils ont besoin correspondent à leurs besoins évalués.
3. Veiller à ce que le programme de soins du résident 102 soit réexaminé et révisé afin d'assurer que toutes les recommandations faites par l'orthophoniste soient incluses dans le programme de soins afin que le personnel de première ligne puisse les suivre. Former le personnel de première ligne au sujet des stratégies d'alimentation et des interventions spécialisées du résident dont le 102 a besoin. Effectuer des vérifications visuelles afin de s'assurer que les recommandations de l'orthophoniste sont respectées.
4. Veiller à ce qu'il existe un processus de vérification afin d'assurer le respect continu des programmes de soins réexaminés et révisés au besoin, conformément à la loi.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé à tout moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent.

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*

A) Le résident 100 n'a pas été réévalué et son programme de soins n'a pas été réexaminé et révisé lorsqu'on a constaté que le résident avait commencé à ressentir de la douleur. Lors d'un examen effectué à une date indiquée en janvier 2016, on a noté que personnel autorisé avait indiqué dans le MDS que le résident ne ressentait aucune douleur et, lors de l'évaluation subséquente du MDS, effectuée à une date indiquée en avril 2016, on avait indiqué que le résident ressentait une douleur modérée, mais pas tous les jours. Le dossier clinique du résident 100 indiquait que le médecin du résident avait ordonné que le résident reçoive une quantité déterminée de médicament contre la douleur trois fois par jour. Un examen des registres d'administration des médicaments (RAM) a permis de constater que le résident a reçu ce médicament au cours des mois de mars, avril et mai 2016.

Au cours d'une entrevue, le 2 juin 2016, la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que les données recueillies à une date indiquée en avril 2016 représentaient un changement dans l'état du résident, et que le personnel n'avait pas effectué l'évaluation RAI-MDS lorsqu'ils n'ont pas déclenché un protocole d'évaluation du résident (PER) en lien avec la douleur et le dossier clinique ne contenait aucune réévaluation de la douleur que ressentait le résident. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a aussi confirmé que lorsque l'on a constaté que le résident ressentait de la douleur, le programme de soins n'avait pas été réexaminé ni révisé et, au moment de la présente inspection, le programme de soins du résident ne comportait aucun soin axé sur la gestion de la douleur. (129)

B) Le résident 103 n'a pas été réévalué et son programme de soins n'a pas été réexaminé et révisé lorsque l'on a constaté que le résident avait commencé à ressentir de la douleur. Lors d'un examen effectué à une date indiquée en janvier 2016, on a noté que personnel autorisé avait indiqué dans le MDS que le résident ne ressentait aucune douleur et, lors de l'évaluation subséquente du MDS, effectuée à une date indiquée en avril 2016, on avait indiqué que le résident ressentait une douleur modérée, mais pas tous les jours. Le dossier clinique du résident 100 indiquait que le médecin du résident avait ordonné que le résident reçoive une quantité déterminée de médicament contre la douleur trois fois par jour. Un examen des registres d'administration des médicaments (RAM) a permis de constater que le résident a reçu ce médicament au cours des mois de mars, avril et mai 2016.

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*

Au cours d'une entrevue, le 2 juin 2016, la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que les données recueillies à une date indiquée en avril 2016 représentaient un changement dans l'état du résident, que le personnel n'avait pas effectué l'évaluation RAI-MDS en ne déclenchant pas un protocole d'évaluation du résident (PER) en lien avec la douleur et que le dossier clinique ne contenait aucune réévaluation de la douleur que ressentait le résident. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a aussi confirmé que lorsque l'on a constaté que le résident ressentait de la douleur, le programme de soins n'avait pas été réexaminé ni révisé et, au moment de la présente inspection, le programme de soins du résident ne comportait aucun soin axé sur la gestion de la douleur. (129)

C) Au cours d'une entrevue avec un membre de la famille du résident 103, il a été communiqué que le résident avait récemment modifié la taille de son produit pour incontinence parce que le produit précédent était trop petit. Il a été indiqué que la taille actuelle était trop grande et qu'il n'y avait pas de produit intermédiaire.

Lors d'une entrevue avec l'employé 066, le 1^{er} juin 2016, celui-ci a indiqué qu'au début de son quart de travail, le résident portait un produit pour incontinence de taille grande/ extra-grande et, qu'après son bain, plus tard le même jour, le résident portait un produit pour incontinence de taille moyenne/régulière. L'employé 066 a confirmé que la taille du produit pour incontinence était trop petite, ce qui a fait que le produit a causé des marques sur la peau du résident. Lors d'une entrevue avec l'employé 036, le 1^{er} juin 2016, celui-ci a confirmé avoir remarqué environ trois semaines ou un mois auparavant que le produit pour incontinence de taille moyenne/régulière était trop petit et que le produit de taille grande/extra-grande était trop grand.

Lors d'une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI, qui dirigeait le programme de soins liés à l'incontinence, et l'employé 032, qui était membre du programme de soins liés à l'incontinence du foyer, ont indiqué que le foyer avait recours à une évaluation intitulée « *TENA Portraits – Quick Reference Guide* » pour déterminer le type de produit qui devait être utilisé et que le poids du résident était utilisé pour déterminer la taille du produit. Il a été indiqué que si le poids du résident était de 185 livres ou moins, ils devaient utiliser un produit de taille moyenne/régulière et si son poids était de plus de 185 livres, ils devaient utiliser un produit de taille grande/extra-grande. L'employé 032 a indiqué que l'évaluation la plus récente qui avait été

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*

effectuée pour le résident datait de décembre 2015 et qu'il avait été déterminé que le résident devait utiliser le produit de taille moyenne/régulière. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et l'employé 032 ont confirmé qu'aucune demande n'avait été reçue de la part du personnel pour réévaluer le produit pour incontinence du résident. Lors d'une entrevue téléphonique avec le représentant du produit pour incontinence, le 7 juin 2016, celui-ci a indiqué que l'utilisation du poids seulement était un guide de mesure informel et que cela était habituellement effectué au moment de l'admission, et que des mesures plus exactes, qui nécessitaient la mesure de la taille et des hanches étaient effectuées par la suite. Un examen du programme de soins écrit du résident, effectué à une date indiquée en février 2014, a permis de constater qu'il y était indiqué, sous incontinence urinaire et fécale, que le résident devait porter un produit pour incontinence de taille moyenne/régulière.

La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le résident n'avait pas été réévalué et que son programme de soins n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins avaient changé concernant le type et la taille de son produit pour incontinence. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le résident avait été réévalué et qu'il faisait l'essai d'un nouveau produit pour incontinence. (214)

D) Un examen du « formulaire d'enquête d'une plainte ou d'une préoccupation » du foyer, effectué à une date indiquée en mai 2016, a permis de constater que la famille du résident 102 avait informé le directeur des soins DOC qu'elle s'inquiétait du fait que personnel de soins directs ne suivait pas les recommandations mises en place par le personnel autorisé.

À une date indiquée en juin 2016, l'inspecteur 583 de foyers de soins de longue durée (FSLD) a observé l'employé 035 nourrissant le résident 102 dans la salle à manger pendant le repas du midi. L'inspecteur 583 de FSLD a observé le personnel qui nourrissait le résident et il a remarqué que deux des recommandations relatives à la déglutition n'étaient pas suivies. Lors d'une entrevue avec l'employé 035, on a constaté qu'il n'était pas au courant de ces deux recommandations.

Une note de suivi de l'employé 053, vérifiée à une date indiquée en novembre 2015, a permis de constater que la famille du résident 102 avait exprimé une inquiétude après avoir remarqué que le personnel qui ne respectait pas les recommandations.



**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

Un examen du programme de soins du résident 102 a indiqué que ce résident était à haut risque nutritionnel et qu'il avait été aiguillé vers un orthophoniste pour des problèmes d'alimentation et de déglutition. Le résident a été évalué par l'employé autorisé à une date indiquée en novembre 2015 et plusieurs recommandations ont été faites.

Les notes de suivi du résident 102 ont été examinées pour une certaine période indiquée en 2016. On a indiqué à cinq reprises durant la période indiquée que le résident 102 a présenté des problèmes de déglutition en s'alimentant.

Les éléments du programme de soins du résident 102 axés sur l'alimentation ont été examinés et on a constaté qu'aucune recommandation relative à l'alimentation n'avait été ajoutée et que le programme de soins avait été révisé la dernière fois à une date indiquée en octobre 2015. Lors d'une entrevue avec l'employé 053, le 1^{er} juin 2016, il a été confirmé que les interventions du programme de soins concernant l'alimentation n'avaient pas été révisées lorsque les besoins du résident 102 avaient évolué.

[alinéa 6. (10) (b)] (129)

This order must be complied with by /

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 septembre 2016

Order # / Ordre n° : 002	Order Type / Genre d'ordre :	Compliance Order, s. 153. (1) (b) Ordre de conformité, alinéa 153. (1) (b)
---	---	---

Pursuant to / Aux termes de :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes :

- a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident;**
- b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;**
- c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**

Order / Ordre :

L'ordre est donné en fonction de l'application des facteurs de gravité (2), de l'étendue (3) et des antécédents en matière de conformité (2), conformément au paragraphe 299 (1) du Règlement, en ce qui concerne le risque de préjudice réel à un grand nombre de résidents et une portée étendue lorsque la totalité des résidents du foyer n'ont pas été évalués par rapport à l'utilisation sécuritaire des côtés de lit. Les cinq systèmes de lits identifiés dont des composantes avaient été modifiées n'ont pas été réévalués à l'égard de la sécurité et les sept systèmes de lits identifiés par les inspecteurs comme ayant des problèmes potentiels de sécurité n'avaient pas été réparés.

Le titulaire du permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan afin de s'assurer que lorsque des côtés de lit sont utilisés, le résident et son système de lit sont évalués afin de minimiser les risques pour le résident et lorsque le risque a été identifié, que des mesures soient prises pour empêcher le piégeage du résident. Le plan consiste à inclure, sans s'y limiter, les éléments décrits ci-dessous.

1. Mettre au point une méthode d'évaluation interdisciplinaire des résidents qui sera utilisée pour évaluer tous les résidents qui font l'objet de directives de soins liées à l'utilisation de côtés de lit. L'outil d'évaluation doit être fondé sur le

document d'orientation intitulé *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities, and Home Care Settings, 2003*, rédigé par le Hospital Bed Safety Workgroup.

2. Élaborer et mettre en œuvre un calendrier d'évaluation interdisciplinaire de tous les résidents qui utilisent un ou plusieurs côtés de lit à l'aide de l'outil d'évaluation mentionné ci-dessus et dont les résultats et les recommandations visant chaque résident sont documentés.
3. Mettre à jour le programme de soins écrit des résidents pour lesquels l'évaluation a déterminé que des modifications étaient nécessaires. Le programme de soins écrit doit indiquer tous les accessoires nécessaires pour atténuer les dangers identifiés concernant la sécurité des lits.
4. Élaborer et mettre en œuvre un système et un calendrier de surveillance du respect de l'évaluation et la réévaluation des résidents liées à l'utilisation de côtés de lit.
5. Entreprendre et documenter une vérification interdisciplinaire des matelas indiquant les lits dont le matelas glisse facilement d'un côté à l'autre sur le sommier du lit pendant que les côtés de lit sont abaissés ou en position de transfert. Lorsqu'il a été déterminé que certains matelas ont un mouvement latéral sur le sommier, ces matelas doivent être sécurisés.
6. Élaborer et mettre en œuvre un programme de sensibilisation sur la sécurité des lits à l'intention du personnel qui fournit des soins aux résidents et du personnel responsable de la vérification de la sécurité des lits. Le programme de sensibilisation doit au moins inclure des renseignements relatifs aux risques associés à l'utilisation de côtés de lit, des solutions de rechange à l'utilisation de côtés de lit, quand et dans quelles circonstances les côtés de lit seront utilisés dans le foyer, comment reconnaître lorsqu'un système de lit est dangereux, comment et quand signaler des préoccupations concernant la sécurité d'un lit, les systèmes de communication à mettre en œuvre lorsqu'une composante d'un système de lit est modifiée ou ne fonctionne pas et comment appliquer les interventions concernant toute zone de piégeage, le cas échéant.

Le plan doit être soumis au plus tard le 31 août 2016, à Kelly Hayes, à
Phyllis.HiltzBontje@ontario.ca

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*

1. 4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé à tout moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent.

A) Le résident 100 n'a pas été réévalué et son programme de soins n'a pas été réexaminé et révisé lorsqu'on a constaté que le résident avait commencé à ressentir de la douleur. Lors d'un examen effectué à une date indiquée en janvier 2016, on a noté que personnel autorisé avait indiqué dans le MDS que le résident ne ressentait aucune douleur et, lors de l'évaluation subséquente du MDS, effectuée à une date indiquée en avril 2016, on avait indiqué que le résident ressentait une douleur modérée, mais pas tous les jours. Le dossier clinique du résident 100 indiquait que le médecin du résident avait ordonné que le résident reçoive une quantité déterminée de médicament contre la douleur trois fois par jour. Un examen des registres d'administration des médicaments (RAM) a permis de constater que le résident a reçu ce médicament au cours des mois de mars, avril et mai 2016.

Au cours d'une entrevue, le 2 juin 2016, la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que les données recueillies à une date indiquée en avril 2016 représentaient un changement dans l'état du résident, et que le personnel n'avait pas effectué l'évaluation RAI-MDS lorsqu'ils n'ont pas déclenché un protocole d'évaluation du résident (PER) en lien avec la douleur et le dossier clinique ne contenait aucune réévaluation de la douleur que ressentait le résident. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a aussi confirmé que lorsque l'on a constaté que le résident ressentait de la douleur, le programme de soins n'avait pas été réexaminé ni révisé et, au moment de la présente inspection, le programme de soins du résident ne comportait aucun soin axé sur la gestion de la douleur. (129)

B) Le résident 103 n'a pas été réévalué et son programme de soins n'a pas été réexaminé et révisé lorsque l'on a constaté que le résident avait commencé à ressentir de la douleur. Lors d'un examen effectué à une date indiquée en janvier 2016, on a noté que personnel autorisé avait indiqué dans le MDS que le résident ne ressentait aucune douleur et, lors de l'évaluation subséquente du MDS, effectuée à une date indiquée en avril 2016, on avait indiqué que le résident ressentait une douleur modérée, mais pas tous les jours. Le dossier clinique du résident 100 indiquait que le médecin du résident avait ordonné que le résident reçoive une quantité déterminée de médicament contre la douleur trois fois par jour. Un examen des registres d'administration des médicaments

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*

(RAM) a permis de constater que le résident a reçu ce médicament au cours des mois de mars, avril et mai 2016.

Au cours d'une entrevue, le 2 juin 2016, la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et le dossier clinique ont confirmé que les données recueillies à une date indiquée en avril 2016 représentaient un changement dans l'état du résident, que le personnel n'avait pas effectué l'évaluation RAI-MDS en ne déclenchant pas un protocole d'évaluation du résident (PER) en lien avec la douleur et que le dossier clinique ne contenait aucune réévaluation de la douleur que ressentait le résident. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a aussi confirmé que lorsque l'on a constaté que le résident ressentait de la douleur, le programme de soins n'avait pas été réexaminé ni révisé et, au moment de la présente inspection, le programme de soins du résident ne comportait aucun soin axé sur la gestion de la douleur.

(129)

C) Au cours d'une entrevue avec un membre de la famille du résident 103, il a été communiqué que le résident avait récemment modifié la taille de son produit pour incontinence parce que le produit précédent était trop petit. Il a été indiqué que la taille actuelle était trop grande et qu'il n'y avait pas de produit intermédiaire.

Lors d'une entrevue avec l'employé 066, le 1^{er} juin 2016, celui-ci a indiqué qu'au début de son quart de travail, le résident portait un produit pour incontinence de taille grande/ extra-grande et, qu'après son bain, plus tard le même jour, le résident portait un produit pour incontinence de taille moyenne/régulière.

L'employé 066 a confirmé que la taille du produit pour incontinence était trop petite, ce qui a fait que le produit a causé des marques sur la peau du résident. Lors d'une entrevue avec l'employé 036, le 1^{er} juin 2016, celui-ci a confirmé avoir remarqué environ trois semaines ou un mois auparavant que le produit pour incontinence de taille moyenne/régulière était trop petit et que le produit de taille grande/extra-grande était trop grand.

Lors d'une entrevue avec la personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI, qui dirigeait le programme de soins liés à l'incontinence, et l'employé 032, qui était membre du programme de soins liés à l'incontinence du foyer, ont indiqué que le foyer avait recours à une évaluation intitulée « *TENA Portraits – Quick Reference Guide* » pour déterminer le type de produit qui devait être utilisé et que le poids du résident était utilisé pour déterminer la taille

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*

du produit. Il a été indiqué que si le poids du résident était de 185 livres ou moins, ils devaient utiliser un produit de taille moyenne/régulière et si son poids était de plus de 185 livres, ils devaient utiliser un produit de taille grande/extra-grande. L'employé 032 a indiqué que l'évaluation la plus récente qui avait été effectuée pour le résident datait de décembre 2015 et qu'il avait été déterminé que le résident devait utiliser le produit de taille moyenne/régulière. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI et l'employé 032 ont confirmé qu'aucune demande n'avait été reçue de la part du personnel pour réévaluer le produit pour incontinence du résident. Lors d'une entrevue téléphonique avec le représentant du produit pour incontinence, le 7 juin 2016, celui-ci a indiqué que l'utilisation du poids seulement était un guide de mesure informel et que cela était habituellement effectué au moment de l'admission, et que des mesures plus exactes, qui nécessitaient la mesure de la taille et des hanches étaient effectuées par la suite. Un examen du programme de soins écrit du résident, effectué à une date indiquée en février 2014, a permis de constater qu'il y était indiqué, sous incontinence urinaire et fécale, que le résident devait porter un produit pour incontinence de taille moyenne/régulière.

La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le résident n'avait pas été réévalué et que son programme de soins n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins avaient changé concernant le type et la taille de son produit pour incontinence. La personne chargée de la coordination de l'outil d'évaluation RAI a confirmé que le résident avait été réévalué et qu'il faisait l'essai d'un nouveau produit pour incontinence. (214)

D) Un examen du « formulaire d'enquête d'une plainte ou d'une préoccupation » du foyer, effectué à une date indiquée en mai 2016, a permis de constater que la famille du résident 102 avait informé le directeur des soins DOC qu'elle s'inquiétait du fait que personnel de soins directs ne suivait pas les recommandations mises en place par le personnel autorisé.

À une date indiquée en juin 2016, l'inspecteur 583 de foyers de soins de longue durée (FSLD) a observé l'employé 035 nourrissant le résident 102 dans la salle à manger pendant le repas du midi. L'inspecteur 583 de FSLD a observé le personnel qui nourrissait le résident et il a remarqué que deux des recommandations relatives à la déglutition n'étaient pas suivies. Lors d'une entrevue avec l'employé 035, on a constaté qu'il n'était pas au courant de ces deux recommandations.



**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*

Une note de suivi de l'employé 053, vérifiée à une date indiquée en novembre 2015, a permis de constater que la famille du résident 102 avait exprimé une inquiétude après avoir remarqué que le personnel qui ne respectait pas les recommandations.

Un examen du programme de soins du résident 102 a indiqué que ce résident était à haut risque nutritionnel et qu'il avait été aiguillé vers un orthophoniste pour des problèmes d'alimentation et de déglutition. Le résident a été évalué par l'orthophoniste à une date indiquée en novembre 2015 et plusieurs recommandations ont été faites.

Les notes de suivi du résident 102 ont été examinées pour une certaine période indiquée en 2016. On a indiqué à cinq reprises durant la période indiquée que le résident 102 a présenté des problèmes de déglutition en s'alimentant.

Les éléments du programme de soins du résident 102 axés sur l'alimentation ont été examinés et on a constaté qu'aucune recommandation relative à l'alimentation n'avait été ajoutée et que le programme de soins avait été révisé la dernière fois à une date indiquée en octobre 2015. Lors d'une entrevue avec l'employé 053, le 1^{er} juin 2016, il a été confirmé que les interventions du programme de soins concernant l'alimentation n'avaient pas été révisées lorsque les besoins du résident 102 avaient évolué.

[alinéa 6. (10) (b)] (129)

This order must be complied with by /

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



**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*

REVIEW/APPEAL INFORMATION

TAKE NOTICE:

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
Long-Term Care Inspections 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
Long-Term Care Inspections 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
Inspection de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e 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**

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*

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, 9e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur
a/s Coordinateur des appels
Inspection de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e 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 22nd day of July, 2016

Signature of Inspector /

Signature de l'inspecteur :

Name of Inspector /

Nom de l'inspecteur : Kelly Hayes

Service Area Office /

Bureau régional de services : Hamilton Service Area Office