



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

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

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

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

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

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

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

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
30 décembre 2015	2015_289550_0025 (A1)	O-002664-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

GENESIS GARDENS INC  
438 PRESLAND ROAD OTTAWA ON K1K 2B5

**Foyer de soins de longue durée**

FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME  
1003 Limoges Road South Limoges ON K0A 2M0

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

JOANNE HENRIE (550) - (A1)

**Résumé de l'inspection – Modification**



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

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

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

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

**Le rapport visant l'Ordre de conformité a été modifié de façon que les dates de présentation des rapports d'étape exigés sont changées pour le 25 février 2016 et le 21 avril 2016.**

Date de délivrance : 30 décembre 2015 (A1)

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.



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

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

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

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

Health System Accountability and  
Performance Division  
Performance Improvement and  
Compliance Branch

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

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

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

**Copie destinée au public – Modification**

<b>Date(s) du rapport</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
30 décembre 2015	2015_289550_0025 (A1)	O-002664-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

**Titulaire de permis**

GENESIS GARDENS INC  
438 PRESLAND ROAD OTTAWA ON K1K 2B5

**Foyer de soins de longue durée**

FOYER ST-VIATEUR NURSING HOME  
1003 Limoges Road South Limoges ON K0A 2M0

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

JOANNE HENRIE (550) - (A1)

**Résumé de l'inspection – Modification**

Cette inspection a été menée conformément au Système de rapport d'incidents critiques.

Cette inspection s'est tenue les 26, 27, 28, 29 et 30 octobre, ainsi que les 2, 3, 4, 5 et 6 novembre 2015 et une inspection hors site a eu lieu également les 10 et 12 novembre 2015.

Cette inspection visait également deux plaintes consignées sous les registres O-001506-15 et O-001961-15, quatre incidents graves sous les registres O-002742-15, O-001553-15, O-001999-15 et O-002532-15, ainsi que six suivis d'ordres de conformité sous les registres O-002834-15, O-001489-15, O-1490-15, O-001492-15 et O-001934-15.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur du foyer, la directrice des soins, la directrice adjointe des soins, la directrice des activités, le superviseur du service d'alimentation, la responsable de l'évaluation RAI/MDS et infirmière en prévention des infections, le superviseur de l'entretien, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), la présidente du conseil des résidents, la présidente du conseil des familles, ainsi que des familles et des résidents.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné le dossier de santé de certains résidents, les politiques liées à l'administration des médicaments, le contrôle des infections et les mesures de contention, les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et des réunions du conseil des familles. Les inspectrices ont observé les soins et les services offerts aux résidents, l'interaction entre le personnel et les résidents, ainsi que le service de restauration.

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

activités récréatives et sociales;  
amélioration de la qualité;  
comportements réactifs;  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
dignité, liberté de choisir et vie privée;  
facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;  
foyer sûr et sécuritaire;  
gestion de la douleur;  
hospitalisation et changement de l'état;  
médicaments;  
observation du service de restauration;  
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;  
prévention et contrôle des infections;



recours minimal à la contention;  
réponse aux incidents graves;  
services d'hébergement – entretien;  
services d'hébergement – entretien ménager;  
services de soutien personnel;  
soins de la peau et des plaies.

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

22 AE  
10 PRV  
4 OC  
3 RD  
0 OTA

Au moment de l'inspection, les non-respects suivants avaient été corrigés :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTEUR/ INSPECTRICE
LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 19 (1)	OC 005		126
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 20 (1)	OC 001		550
LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (1)	OC 001		550

**NON-RESPECTS****Définitions**

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

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228 (Amélioration constante de la qualité).**

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

**228. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :**

- 1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.**
- 2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.**
- 3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.**
- 4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :**
  - i. les questions visées à la disposition 3,**
  - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,**
  - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système visé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :

1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.
2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.

3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.

4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :

- i. les questions visées à la disposition 3,
- ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,
- iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.

L'inspectrice 545 a examiné le manuel du foyer concernant l'amélioration constante de la qualité. Le « mandat », qui a été examiné, indiquait que le « comité » élaborerait un plan d'action annuel pour simplifier et rationaliser l'amélioration de la qualité, les activités, la surveillance et la consignation des soins, de façon à :

- identifier, classer et prioriser les points à améliorer;
- déterminer, surveiller et combler les problèmes concernant la qualité et la sécurité;
- identifier les connaissances et les preuves émergentes, les tendances ou les innovations;
- évaluer l'assurance, la surveillance et la vérification de la qualité. »

Le mandat indiquait également que le comité s'efforcera de tenir des réunions hebdomadaires, qu'il se réunirait toutes les deux semaines et qu'il présenterait des rapports périodiques aux résidents et aux familles sur les priorités, les cibles identifiées et les plans pour les atteindre.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 545 que le foyer était encore à élaborer son système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources. L'administrateur a indiqué que les politiques, les procédures et les protocoles n'avaient pas encore été élaborés. Il a également indiqué que le « comité d'amélioration constante de la qualité » ne s'était pas réuni depuis le 23 juin 2015, comme en témoigne le procès-verbal fourni par l'inspecteur.

L'administrateur a également indiqué à l'inspectrice qu'en 2015, le foyer s'était concentré sur l'amélioration des programmes de soins et que les autres priorités n'avaient pas été menées à bien, contrairement à ce qui était prévu dans le plan d'action interne du foyer, élaboré en novembre 2014. Il a ajouté que le foyer n'assurait pas la surveillance, l'analyse, l'évaluation et l'amélioration de la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents du foyer de soins de longue durée et prévus dans leur programme, sauf les programmes de soins des résidents.

Étant donné qu'un système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources n'a pas été entièrement mis en œuvre et n'est pas fonctionnel et constant au foyer, le titulaire de permis a des problèmes qui concernent son programme de contrôle des infections et sa politique visant à réduire au minimum la contention, ce qui crée un risque élevé pour ses résidents. Il y a également un non-respect récurrent qui touche le service de restauration et de collation, les programmes de soins, les services d'hébergement, l'obligation de faire rapport au directeur dans certains cas, la contention au moyen d'appareils mécaniques, la formation du personnel, le sondage sur la satisfaction, les côtés de lit, les rapports d'incidents graves et l'entreposage sécuritaire des médicaments.

Un non-respect aux termes de la LFSLD, chap. 8, art. 84, a été délivré précédemment dans un avis écrit le 31 mai 2012 et dans un ordre de conformité délivré à la suite de l'inspection n° 2014\_289550\_0012 le 7 novembre 2014 avec une date de conformité fixée au 31 mars 2015. [art. 228.]

2. [art. 228]

**Autres mesures requises :**

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

***RD n° 002 – L'avis écrit ci-dessus sera également porté à l'attention du directeur pour qu'il prenne les mesures nécessaires.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).**

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

**229. (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

- a) est adoptée une méthode interdisciplinaire aux fins de la coordination et de la mise en oeuvre du programme;**
- b) l'équipe interdisciplinaire qui coordonne et met en oeuvre le programme se réunit au moins tous les trimestres;**
- c) le médecin-hygiéniste local est invité à assister aux réunions;**
- d) le programme est 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;**
- e) sont consignés dans un dossier chaque évaluation prévue à l'alinéa d), 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 oeuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qui suit :

est adoptée une méthode interdisciplinaire aux fins de la coordination et de la mise en oeuvre du programme;

b) l'équipe interdisciplinaire qui coordonne et met en oeuvre le programme se réunit au moins tous les trimestres;

c) le médecin-hygiéniste local est invité à assister aux réunions;

d) le programme est 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;

e) sont consignés dans un dossier chaque évaluation prévue à l'alinéa d), 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.

L'inspectrice 550 a examiné le manuel du programme de contrôle des infections que lui a fourni la directrice adjointe des soins et a noté que le manuel était signé comme ayant été mis à jour par l'infirmière chargée du contrôle des infections et daté de septembre 2015. En examinant ce manuel, l'inspectrice 550 a remarqué que de nombreuses politiques du foyer étaient en place depuis longtemps et n'avaient pas été mises à jour de façon à refléter les meilleures pratiques en vigueur.

L'inspectrice 550 a interrogé l'infirmière chargée du contrôle des infections. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas participé à l'évaluation et à la mise à jour du programme de contrôle des infections étant donné que cette tâche avait été assignée à la directrice des soins et à l'ancienne directrice adjointe des soins. Elle a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait examiné et signé les politiques de contrôle des infections figurant dans le manuel en septembre 2015 parce que le foyer était dans l'attente d'une accréditation et que cela devait être fait aux fins de l'accréditation. Elle a également indiqué qu'elle n'avait pas utilisé les meilleures pratiques du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) lorsqu'elle a examiné les politiques.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a dit avoir participé, à distance, à la révision et à la mise à jour du programme de contrôle des infections avec l'ancienne directrice adjointe des soins. La directrice des soins a indiqué qu'elle n'était pas certaine du travail qui avait été effectué ni de ce qu'il restait encore à faire et que l'ancienne directrice adjointe des soins avait quitté le foyer en août 2015. Elle a indiqué que l'ouvrage de référence utilisé au foyer était le document sur les meilleures pratiques du CCPMI et qu'elle avait ce document à sa disposition aux fins de consultation.

L'inspectrice 550 a noté que les résidents 025 et 043 avaient une liste de précautions à prendre lors de contacts affichée à l'entrée de leurs chambres à coucher, à côté de la porte. Dans les chambres de ces résidents, il n'y avait pas de panier à linge où disposer des blouses contaminées. Il n'y avait, ni dans leurs chambres ni à l'extérieur, aucun chariot d'isolement avec équipement de protection individuelle adéquat à la disposition du personnel pour donner des soins à ces deux résidents. L'inspectrice a vu que le résident 025 avait quelques blouses d'isolement dans le dernier tiroir de son meuble de chevet mais le résident 043 n'en avait pas. Un examen du dossier de santé de chacun de ces résidents a indiqué que le résident 025 avait été diagnostiqué d'une maladie infectieuse particulière depuis son admission un jour particulier de juillet 2015 et que, pour sa part, le résident 043 avait été diagnostiqué d'une autre maladie infectieuse particulière un jour particulier de septembre 2015. Les deux résidents nécessitent des précautions spéciales en raison de leurs maladies infectieuses.

Lors d'un entretien, la PSSP 127 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il y avait habituellement un panier à linge dans la salle de toilette des résidents 025 et 043 mais qu'il n'y en avait pas au moment de l'entretien et qu'elle avait dû sortir des chambres des résidents pour aller jeter le linge contaminé dans le panier qui reste en permanence dans le couloir.

Il n'y a pas d'équipement de protection individuelle dans les chambres de ces deux résidents, sauf la blouse d'isolement qui se trouve dans le meuble de chevet du résident 025. La PSSP a indiqué qu'elle avait dû se

procurer tout l'équipement de protection individuelle dans le chariot qui est gardé dans la salle de bain et de douche.

La PSSP 126 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle était la PSSP affectée aux résidents 025 et 043 et que lorsqu'elle fournissait des soins directs à ces deux résidents, elle devait porter des gants. L'inspectrice 550 a montré à la PSSP 126 que la liste de précautions à prendre lors de contacts affichée à l'entrée des chambres des résidents 025 et 043 indiquait le lavage des mains, ainsi que le port de gants, d'une blouse et d'équipement de protection individuelle. Quand l'inspectrice a fait remarquer que, sur la liste de précautions à prendre lors de contacts avec le résident 025, les gants et la blouse étaient encerclés, la PSSP 126 a indiqué qu'elle avait oublié mais qu'en effet elle devait porter, non seulement des gants, mais une blouse aussi lorsqu'elle fournit des soins directs à ce résident et que cependant aucune autre précaution n'était requise. Elle a également indiqué qu'étant donné qu'il n'y avait rien d'encerclé sur la liste de précautions affichée à l'entrée de la chambre du résident 043, elle n'était tenue qu'au port des gants durant la fourniture de soins à ce résident et aucune autre précaution n'était requise.

Lors d'un entretien, l'IAA125 a indiqué à l'inspectrice 550 que le personnel devait être vigilant durant les soins au résident 025 et qu'il devait porter un masque et des lunettes lorsque le résident a un rhume. En dehors de cela, le personnel n'est tenu que de se laver les mains. Lorsqu'il donne des soins au résident 043, le personnel doit prendre les précautions universelles et porter des gants lorsqu'il donne des soins périnéaux. L'IAA 125 a indiqué que les PSSP devaient porter une blouse lors des soins directs au résident et que l'infirmière devait porter une blouse et des gants pour changer le pansement du résident et se laver les mains lorsqu'elle a fini.

L'IAA 125 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle ne disposait pas de l'équipement spécial indiqué sur la liste de précautions à prendre lors de contacts. Elle a indiqué que lorsqu'elle devait partager un instrument tel qu'un sphygmomanomètre avec d'autres résidents du foyer, elle le nettoyait au moyen de tampons imbibés d'alcool après tout usage sur ce résident infecté.

L'inspectrice 550 a examiné le programme effectif des deux résidents et constaté qu'il y avait deux feuilles distinctes pour ceux-ci dans leurs dossiers de santé et que ces feuilles faisaient partie de leur programme de soins écrit; elle a constaté également que le programme avait été révisé et imprimé le 3 novembre 2015.

L'inspectrice a interrogé l'infirmière chargée du contrôle des infections, qui a indiqué qu'après notre entretien de la journée précédente, elle avait examiné le programme de soins de ces deux résidents et constaté qu'il n'avait pas été révisé ni mis à jour de façon à refléter la maladie infectieuse que chacun présentait. Elle a ensuite mis à jour le programme de soins écrit du résident 025 et celui du résident 043 de façon à refléter leurs maladies infectieuses et les a imprimés pour le personnel.

Lorsqu'elle a examiné le programme de soins du résident 025, l'inspectrice 550 a constaté que les interventions y figurant indiquaient ce qui suit :

- précautions en vigueur pour une maladie infectieuse particulière;
- le résident 025 a eu 2 résultats négatifs;
- le résident 025 doit avoir 3 prélèvements de cultures négatives à au moins 1 semaine d'intervalle.

Lors d'un entretien, l'infirmière chargée du contrôle des infections a indiqué à l'inspectrice 550 que la politique du foyer relative au SARM, à laquelle le personnel doit se reporter pour connaître les précautions en vigueur en pour le SARM, est conservée dans le manuel sur le contrôle des infections, dont l'infirmière chargée du contrôle des infections a la garde. Le manuel sur le contrôle des infections est conservé dans le bureau verrouillé de l'infirmière chargée du contrôle des infections. Lorsque celle-ci ne travaille pas, les PSSP n'ont pas accès à son bureau.

La directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que seuls les chefs de service avaient accès au bureau de l'infirmière chargée du contrôle des infections, où se trouve le manuel des politiques relatives au contrôle des infections. [par. 229 (2)]

**Autres mesures requises :**

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

***RD n° 003 – L'avis écrit ci-dessus sera également porté à l'attention du directeur pour qu'il prenne les mesures nécessaires.***

---

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

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel soit toujours propre et sanitaire. Durant l'observation des résidents, les inspectrices 550, 545 et 592 ont noté, les 27, 28, 29 et 30 octobre 2015, que plusieurs aides à la mobilité des résidents n'étaient pas propres :

le fauteuil roulant du résident 022 avait le coussin du siège souillé de traînées de liquides; le fauteuil roulant du résident 23 avait les deux accoudoirs couverts de débris séchés et d'une pellicule blanchâtre, la ceinture de sécurité couverte de taches blanches et d'aliments séchés et la structure couverte de poussière et d'aliments séchés; le fauteuil roulant prêté au résident 006 avait la ceinture de sécurité couverte de débris séchés; le fauteuil roulant du résident 009 avait la structure poussiéreuse, des débris collés au cadre autour du dispositif de frein et sur le repose-pied droit.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que les PSSP devaient nettoyer le matériel de mobilité des résidents suivant l'horaire affiché dans les salles de bain et de douche et de signer la feuille une fois la tâche terminée. Elle a également indiqué que si la feuille n'était pas signée, cela signifiait que la tâche n'avait pas été accomplie. Si le matériel de mobilité d'un résident se salit entre les nettoyages prévus, le foyer exige que PSSP chargé du résident nettoie rapidement le fauteuil et laisse une note dans le registre pour indiquer au PSSP qui travaille de 13 h à 21 h de faire un nettoyage en profondeur.

L'inspectrice 550 et la directrice adjointe des soins ont observé que le matériel de mobilité des résidents, comme il est indiqué précédemment, n'était toujours pas propre.

L'inspectrice 550 a examiné le registre de la période du 25 au 30 octobre 2015 et noté qu'il n'y avait aucune documentation concernant le nettoyage du matériel de mobilité de ces résidents.

L'inspectrice 550 et la directrice adjointe des soins ont examiné les feuilles affichées dans les salles de bain et de douche que les PSSP doivent signer après avoir nettoyé le matériel de mobilité des résidents, pour le mois d'octobre 2015. Il a été noté qu'il n'y avait pas de documentation pour le résident 022 et que le nom de ce résident ne figurait pas sur l'horaire de nettoyage.

La directrice adjointe des soins a indiqué que ce résident n'utilisait un fauteuil roulant que depuis cinq jours mais que les PSSP auraient dû nettoyer le coussin du siège dès qu'ils ont remarqué qu'il n'était pas propre. Il n'y avait pas de documentation pour les résidents 003 et 009. Il était documenté que le fauteuil roulant du résident 006 était nettoyé chaque semaine et que le dernier nettoyage avait été fait deux jours auparavant. [alinéa 15 (2) a)]

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

Le 28 octobre 2015, l'inspectrice 592 a examiné, dans une salle de toilette commune reliant deux chambres à coucher, chacune des barres d'appui installées de chaque côté de la toilette. Quand elle a touché les barres d'appui, l'inspectrice 592 a remarqué qu'elle s n'étaient pas stables et qu'elle s n'étaient pas fixées au sol, ce qui posait un risque pour la sécurité des résidents utilisant ces barres d'appui.

Quand l'inspectrice 592 lui a montré les barres d'appui de chaque côté de la toilette, la PSSP 121 a dit que les deux barres d'appui étaient utilisées pour trois des quatre résidents qui partagent cette salle de toilette pour leur procurer la stabilité et l'aide nécessaires quand ils se lèvent de la toilette.

Le 2 novembre 2015, quand l'inspectrice a montré les barres d'appui au chef des services environnementaux, celui-ci a indiqué qu'elles étaient sécuritaires pour les résidents mais qu'elle s étaient peut-être instables et qu'il essaierait d'en acheter de nouvelles. Il a également indiqué que le résident 022 n'allait pas seul aux toilettes et qu'ainsi le risque de blessure était diminué.

L'examen du dossier de santé du résident 022 a révélé que le résident 022 avait du mal à supporter lui-même son poids et qu'il avait une démarche instable. Dans les notes d'évolution, il est également noté que, le

2 novembre 2015, le résident 022 est allé aux toilettes seul à quelques reprises et était donc à risque pour ce qui concerne les chutes.

Le 2 novembre 2015, quand l'inspectrice 592 lui a montré les barres d'appui, la directrice adjointe des soins a affirmé que les barres d'appui n'étaient pas sécuritaires, qu'elles exposaient les résidents à un risque et qu'il fallait les remplacer par des barres d'appui plus sécuritaires. [alinéa 15 (2) c)]

3. Du 26 octobre au 6 novembre 2015, les problèmes d'entretien suivants ont été observés et notés :

- dans la chambre 102, les murs de la salle de toilette étaient endommagés;
- dans la chambre 102, il manquait du mastic autour de la toilette;
- dans la salle de toilette de la chambre 107, les carreaux de sol autour de la toilette étaient tachés;
- dans la petite salle à manger, les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;
- sur les rampes en bois dans le couloir, le vernis était bien usé, ce qui laissait paraître le grain du bois;
- les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes dans la chambre 120 étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;
- dans la salle de télévision, il y avait deux fauteuils grand confort dont le revêtement en vinyle était déchiré et laissait paraître l'intérieur en mousse;
- dans les deux salles à manger, les plinthes chauffantes étaient bosselées et avaient la peinture éraflée et de la rouille à plusieurs endroits;
- dans la salle de toilette des résidents 005 et 008, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé;
- dans la salle de toilette du résident 010, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé.

L'inspectrice 592 a remarqué que le bouton de la sonnette d'appel avait été retiré de sa prise, ce qui laissait paraître le mécanisme interne du bouton.

L'inspectrice 550 a visité le voyer avec l'administrateur et il a été que bon nombre des problèmes susmentionnés étaient les mêmes que ceux qui avaient été relevés en septembre 2014, par exemple :

- dans la chambre 102, les murs de la salle de toilette étaient endommagés;
- dans la chambre 102, il manquait du mastic autour de la toilette;
- dans la salle de toilette de la chambre 107, les carreaux de sol autour de la toilette étaient tachés;
- dans la petite salle à manger, les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;
- sur les rampes en bois dans le couloir, le vernis était bien usé, ce qui laissait paraître le grain du bois;
- les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes dans la chambre 120 étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;
- dans la salle de télévision, il y avait deux fauteuils grand confort dont le revêtement en vinyle était déchiré et laissait paraître la mousse en dessous;

- dans les deux salles à manger, les plinthes chauffantes étaient bosselées et avaient la peinture éraflée et de la rouille à plusieurs endroits;
- dans la salle de toilette des résidents 005 et 008, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé;
- dans la salle de toilette du résident 010, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé.

L'administrateur était déçu de voir que certains cas de mauvais entretien identifiés l'an dernier n'avaient pas été abordés. Il a indiqué à l'inspectrice qu'il avait remis le rapport à son responsable de l'entretien, croyant qu'il ferait chaque réparation indiquée dans le rapport. Il a également indiqué que le superviseur de l'entretien était en congé pour deux mois mais que celui-ci aurait dû l'informer de ce qui n'avait pas été fait.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il n'était au courant d'aucun des problèmes d'entretien cités durant cette inspection de la qualité des services aux résidents. Il a indiqué que lorsque le personnel remarquait quelque chose qui avait besoin d'une réparation, il écrivait une note dans le cahier d'entretien pour que la personne chargée de l'entretien s'en occupe et effectue la réparation nécessaire. Il a indiqué qu'il effectuait chaque mois un contrôle de haut niveau du foyer pour relever les choses à réparer mais que parfois il ne voyait pas tout ce qui avait besoin de réparation étant donné qu'il est au foyer tous les jours.

L'inspectrice 592 a examiné le registre d'entretien pour la période de novembre 2014 à ce jour et a noté que le drain rouillé du lavabo dans la salle de toilette des chambres 107 et 102 et la sonnette d'appel défectueuse de la chambre 102-4 n'avaient pas été signalés comme ayant besoin de réparations.

L'administrateur a montré à l'inspectrice 550 un calendrier d'entretien périodique, préventif et correctif qui était en place et qu'il a désigné comme étant celui qu'il fallait suivre. Ce calendrier était un tableau indiquant les tâches quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles et trimestrielles; une fois les tâches accomplies, la personne préposée à l'entretien cochait les cases correspondantes pour indiquer que le travail avait été fait.

L'administrateur a également indiqué qu'il n'avait pas élaboré ni établi de marches à suivre pour l'entretien périodique et correctif afin d'assurer l'entretien continu du foyer et qu'il n'avait pas pensé à demander une prorogation de la date de conformité.

Un non-respect avait été reconnu aux termes de la LFSLD, dans un plan de redressement volontaire le 31 mai 2012 et dans un ordre de conformité le 7 novembre 2014. [alinéa 15 (2) c)]

***Autres mesures requises :***

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

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 29 (Politique visant le recours minimal à la contention).**

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

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

**a) est adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements;**

**b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29 (1).**

**Constatations :**

**1. Politique visant le recours minimal à la contention**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer aux termes de l'article 29 de la Loi aborde les sujets suivants :

- la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;
- les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser;
- la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la Loi;
- les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;
- le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement;

La LFSLD indique qu'un appareil mécanique comprend tous les appareils qui sont utilisés par le foyer et qui ont pour effet de restreindre la liberté de mouvement d'un résident ou son accès normal à son corps. Un résident peut être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique si la contention est prévue dans son programme de soins. L'utilisation d'un appareil mécanique dont un résident a la capacité, soit physique, soit cognitive, de se dégager ne constitue pas une contention. Selon l'outil d'évaluation RAI (Resident Assessment Instrument), un appareil mécanique désigne :

« une méthode manuelle ou un appareil mécanique, du matériel ou de l'équipement qui est attaché ou adjacent au corps d'une personne, que cette personne ne peut retirer facilement et qui restreint ou a le potentiel de restreindre la liberté de mouvement du résident ou son accès normal à son corps.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer intitulée « Least Restraints Policy Résident Safeguard », mise à jour en juin 2013, ainsi que l'a indiqué la directrice adjointe des soins.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué que la politique du foyer intitulée « Least Restraints Policy Safeguard » avait été examinée en juin 2013 selon les normes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée datées de novembre 2004 (Document 0809-01), qui n'incluent pas toutes les exigences conformément à la LFSLD. L'inspectrice 545 a déterminé que cette politique ne contenait pas toutes les exigences prévues aux termes des articles 109 à 113 du Règlement de l'Ontario 79/10 (Politique visant le recours minimal à la contention).

La politique n'indiquait pas ce qui suit :

- (c) la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;
- (d) les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser;
- (e) la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la Loi;
- (f) les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;
- (g) le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi au présent règlement.

Formation annuelle obligatoire et formation au moment de l'orientation : politique du foyer visant le recours minimal à la contention

Durant les observations de résidents qui ont eu lieu dans le cadre de la première étape de l'inspection de la qualité des services aux résidents, plus résidents ont été vus en fauteuil roulant avec une, deux et trois mesures de contention. À la suite de ces observations, l'inspectrice 545 a interrogé le personnel au sujet de la formation qu'il avait reçue, en particulier sur les mesures de contention et les appareils d'aide personnelle, et a examiné le dossier de santé de certains résidents ainsi que la politique du foyer visant le recours minimal à la contention.

La PSSP 114, également chargée des soins de réadaptation, pensait qu'une formation sur la contention avait été offerte par l'ergothérapeute qui visite le foyer chaque mois. Elle ne se souvenait pas de la date de la dernière formation.

Les PSSP 110 et 107, qui sont employées par le foyer depuis plus de 20 ans, ont affirmé n'avoir reçu aucune formation sur la contention et les appareils d'aide personnelle. Le PSSP 107 pensait qu'un physiothérapeute avait offert une séance environ cinq ans auparavant. L'IA 101, qui travaille au foyer depuis trois ans, a indiqué qu'elle n'avait pas reçu de formation sur les mesures de contention et les appareils d'aide personnelle, ni au moment de son embauche ni annuellement.

Lors d'un entretien, la responsable de la formation a indiqué que la formation sur les mesures de contention et les appareils d'aide personnelle n'avait pas été offerte au personnel fournissant des soins directs, notamment au personnel infirmier, depuis au moins quatre ans; qu'elle a également dit ne pas savoir que cette formation devait être donnée chaque année. Elle a également indiqué que le programme d'orientation offert par le foyer n'incluait pas de formation sur les mesures de contention ou les appareils d'aide personnelle.

Lors d'un entretien le 3 novembre 2015, la directrice des soins a indiqué que le foyer n'avait pas fourni de formation au personnel qui applique des appareils mécaniques ou des appareils d'aide personnelle ou qui surveille les résidents maîtrisés au moyen de tels appareils et qu'il n'avait pas non plus fourni la formation qu'exige la loi au moment de l'embauche et annuellement sur l'application, l'utilisation et les dangers potentiels de ces appareils mécaniques.

Contention au moyen d'un appareil mécanique non prévue dans le programme de soins du résident 029  
Le résident 029 a été admis au foyer un jour particulier de l'hiver 2011 avec plusieurs affections, notamment un accident cérébral vasculaire et une dépression, ainsi qu'une amputation et un trouble épileptique. Selon l'évaluation la plus récente, qui date du 7 octobre 2015, le résident était autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne, était confiné à un fauteuil roulant qu'il faisait pousser et n'avait pas de mesures de contention du tronc ou n'était pas dans des fauteuils l'empêchant de se lever.

L'examen du programme de soins le plus récent (daté d'août 2015) a révélé que le résident 029 portait une ceinture de sécurité à fermeture frontale lorsqu'il était dans son fauteuil roulant. La note indiquait également que la ceinture à fermeture frontale ne servait pas à maîtriser le résident.

Les 28 et 29 octobre et le 2 novembre 2015, l'inspectrice a observé le résident 029 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture à quatre points d'arrimage attachée devant. Quand on lui a demandé s'il pouvait détacher la ceinture à attache frontale, le résident n'avait pas la capacité physique requise pour le faire. Il convient de noter que le résident était paralysé d'un membre, qui reposait sur un dispositif d'appui coussiné.

La PSSP 122 a indiqué que le résident portait une ceinture de sécurité frontale lorsqu'assis dans son fauteuil roulant. Elle pensait qu'il était incapable d'enlever sa ceinture et que celle-ci lui avait été mise pour l'empêcher de tomber. La PSSP a indiqué qu'elle ne pensait pas que le résident était capable d'enlever la ceinture de sécurité à attache frontale.

L'IAA 125 a indiqué que la ceinture était appliquée au résident par mesure de sécurité, pour la prévention des chutes et les changements de position. Elle a indiqué qu'auparavant le résident avait l'habitude d'essayer de se lever de son fauteuil roulant mais qu'il n'avait plus essayé depuis un an. L'IAA a indiqué qu'elle ne pensait pas que le résident était capable d'enlever la ceinture de sécurité à attache frontale.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué que le programme de soins le plus récent ne fournissait pas de directives claires à l'intention du personnel concernant l'utilisation quotidienne d'un appareil mécanique tel qu'une ceinture de sécurité à attache frontale pour maîtriser le résident 029.

L'application de l'appareil mécanique du résident 010 n'était pas conforme aux instructions particulières du médecin.

Le résident 010 a été admis avec plusieurs affections, notamment la maladie d'Alzheimer avec déficience cognitive sévère et une maladie oculaire particulière. Selon l'évaluation la plus récente, le résident a été évalué comme n'ayant pas besoin d'une mesure de contention du tronc.

Lors d'observations faites les 27, 29 et 30 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé le résident 010 dans un fauteuil roulant inclinable avec ceinture de sécurité à attache frontale, ainsi qu'une tablette coussinée. Lorsqu'on lui a demandé d'enlever la tablette et de détacher la ceinture de sécurité à fermeture frontale, le résident n'avait pas la capacité cognitive de le faire.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé que, selon la révision trimestrielle des médicaments datée d'un jour particulier de septembre 2015 par le médecin, les mesures de sécurité suivantes avaient été prescrites :

- attacher la ceinture ventrale (à attache frontale) PRN (au besoin) par mesure de sécurité et prévoir une période de repos;
- fixer la tablette au fauteuil roulant ou au fauteuil berçant PRN (au besoin) par mesure de sécurité et prévoir une période de repos.

Un examen des appareils de contention (dossier des observations et des changements de position pour le mois d'octobre 2015) a révélé que le résident 005 portait une ceinture de sécurité ventrale à attache frontale et qu'il avait une tablette fixée à son fauteuil roulant de 7 h à 20 h ou 21 h tous les jours. Il n'y avait pas de documentation indiquant que ces mesures étaient appliquées selon l'ordre du médecin, par exemple au besoin, ni de disposition prévoyant une période de repos.

Lors d'un entretien, la PSSP 114, également chargée des soins de réadaptation, a indiqué que le résident avait une ceinture de sécurité à attache frontale et une tablette en tout temps, et non pas au besoin comme le voulaient les ordres du médecin. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas de périodes de repos pour le résident, sauf les huit jours d'octobre 2015 cités, lors desquels deux membres du personnel l'ont fait marcher. La PSSP 103 a indiqué le 30 octobre 2015 que le résident avait une ceinture de sécurité à attache frontale et une tablette pour prévenir les chutes. La PSSP a indiqué que le résident avait ces mesures de contention pour prévenir les chutes et pour sa sécurité, qu'elle a ajouté qu'elle n'était pas au courant des chutes récentes et ignorait que le résident avait essayé de se lever de son fauteuil roulant. Elle a également indiqué que la ceinture de sécurité à attache frontale et la tablette étaient appliquées le matin quand le résident était installé dans le fauteuil roulant pour le petit-déjeuner. Elle a indiqué que le résident ne se reposait pas après le petit-déjeuner ni après le déjeuner et regardait la télévision dans le salon ou dans sa chambre.

La directrice adjointe des soins a indiqué que rien n'était prévu pour accorder au résident 010 des périodes de repos lors desquelles il serait libéré de sa ceinture à attache frontale et de sa tablette durant les quarts de jour et de nuit. Elle a également indiqué que les appareils mécaniques n'étaient pas appliqués selon les directives particulières du médecin.

Aucun ordre du médecin ou consentement d'un mandataire spécial n'avait été donné à l'égard de la contention du résident 005 au moyen d'un appareil mécanique.

Les 28, 29 et 30 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé le résident 005 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture de sécurité attachée devant et une tablette en plastique transparente attachée à l'arrière du fauteuil roulant. Deux fois, le résident s'était endormi devant la télévision dans le salon et, une autre fois, dans sa chambre, près de son lit.

Lors de l'examen du dossier de santé du résident, on n'a pas trouvé d'ordres du médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure ni de consentement du mandataire spécial concernant l'utilisation d'une tablette s'attachant derrière.

Le programme de soins le plus récent daté d'un jour d'octobre 2015 indiquait que le résident utilisait un fauteuil roulant inclinable, une tablette, des repose-pieds et une ceinture à attache frontale. Il n'y avait pas de documentation indiquant que la tablette s'attachait à l'arrière du fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, les PSSP 116 et 103 ont indiqué que le résident avait une tablette à manchon arrière attaché à l'arrière du fauteuil. Les deux PSSP ont indiqué que la ceinture de sécurité et la tablette étaient utilisées pour la sécurité du résident et pour prévenir les chutes, mais aussi pour y placer les boissons de la collation et se reposer les bras. La PSSP 116 a indiqué qu'elle pensait que parfois le résident mettait les mains sous la tablette et la repoussait.

La directrice adjointe des soins a indiqué, le 30 octobre 2015, que le personnel appliquait un appareil mécanique tous les jours, par exemple une tablette avec manchon arrière attaché que le résident 005 était incapable de détacher. La directrice des soins a également indiqué que la contention au moyen d'un appareil mécanique n'avait pas été ordonnée ni approuvée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure et que le consentement du mandataire spécial à cet égard n'avait pas été obtenu, contrairement aux exigences législatives. L'état des résidents 005 et 029 n'a pas été réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée, contrairement aux exigences prévues dans les règlements.

Les 28, 29 et 30 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé le résident 005 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture de sécurité attachée devant et une tablette en plastique transparente attachée à l'arrière du fauteuil roulant. Deux fois, le résident s'était endormi devant la télévision dans le salon et, une autre fois, dans sa chambre, près de son lit.

L'examen des directives trimestrielles du médecin (septembre 2015) a révélé que les mesures de contention suivantes avaient été prescrites depuis l'admission un jour particulier de l'automne 2012 :

- sécurité : ceinture ventrale (attache frontale) fixée au fauteuil roulant pour la sécurité et une posture optimale.
- dispositifs de sécurité : 2 côtés de lit relevés pour la sécurité.

Le programme de soins le plus récent, daté d'un jour particulier d'octobre 2015, indiquait que le résident utilisait un fauteuil roulant inclinable, une tablette, des repose-pieds et une ceinture à attache frontale. Il était également documenté que le résident était à risque moyen pour les chutes.

Un consentement signé par le membre de la famille du résident un jour particulier de l'automne 2012 indiquait qu'une ceinture de sécurité ventrale (s'attachant à l'avant) et deux côtés de lit seraient utilisés pour accroître la sécurité du résident en raison d'une perte de tonus musculaire, d'une mobilité réduite, d'incontinence, de constipation et d'une mauvaise circulation. Les avantages documentés étaient : la réduction du risque de chute et le sentiment de sécurité. Aucune autre évaluation des méthodes de contention n'a été trouvée dans le dossier de santé du résident.

Lors d'un entretien, la PSSP 114, également préposée aux soins de réadaptation, a indiqué que le physiothérapeute aurait dû réévaluer les mesures de contention du résident pour examiner le risque; cependant, qu'elle a été incapable de fournir la preuve de cela. Elle a également indiqué que le résident avait été admis avec les trois méthodes de contention : fauteuil inclinable, ceinture de sécurité avec attache frontale et tablette attachée derrière.

Lors d'un entretien le 30 octobre 2015, la directrice adjointe des soins a indiqué que les méthodes de contention du résident 005 n'avaient pas été réévaluées depuis sa réadmission en 2012 pour déterminer le risque. La directrice adjointe des soins a également indiqué qu'à sa connaissance, le résident 005 n'avait pas fait de chutes récemment ni de tentatives pour se lever de son fauteuil roulant et que, compte tenu de son état actuel, certaines de ces mesures de contention n'étaient probablement plus nécessaires.

Les 28 et 29 octobre et le 2 novembre 2015, l'inspectrice a observé le résident 029 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture de sécurité à quatre points d'arrimage attachée devant. Quand on lui a demandé s'il pouvait détacher la ceinture à attache frontale, le résident n'avait pas la capacité physique requise pour le faire. Il convient de noter que le résident était paralysé d'un membre, qui reposait sur un dispositif d'appui coussiné.

L'examen des directives trimestrielles du médecin (en septembre 2015) a révélé que les mesures de contention suivantes avaient été prescrites depuis mars 2015 :

- sécurité : ceinture ventrale (attache frontale) fixée au fauteuil roulant pour la sécurité et une posture optimale.
- dispositifs de sécurité : 2 côtés de lit relevés pour la sécurité.

Le programme de soins le plus récent, daté d'un jour particulier de septembre 2015, indiquait que, lorsqu'il était en fauteuil roulant, le résident portait une ceinture de sécurité à attache frontale pour une posture optimale, et non pas comme mesure de contention. Il n'y avait aucune mention de l'utilisation d'un fauteuil roulant inclinable empêchant le résident de se lever.

Un consentement signé par le membre de la famille du résident un jour particulier de décembre 2011 indiquait qu'une ceinture à quatre points d'arrimage serait utilisée pour rehausser le soutien postural et le confort et pour réduire le risque de chutes et de blessures. Il n'y avait pas de documentation indiquant que l'état du résident et l'efficacité de la contention avaient été réévalués depuis son admission en 2011.

La PSSP 122 a indiqué que le résident 029 portait une ceinture de sécurité attachée devant et était dans un fauteuil roulant inclinable. Elle a également indiqué que le résident était incapable de détacher la ceinture de sécurité et qu'elle ne l'avait jamais vu essayer de se lever de son fauteuil roulant.

Lors d'un entretien le 2 novembre 2015, la directrice adjointe des soins a indiqué que les méthodes de contention du résident 029 n'avaient pas été réévaluées depuis son admission en 2011 pour examiner le risque ou l'efficacité des appareils de contention. La directrice adjointe des soins a également indiqué qu'à sa connaissance, le résident n'avait pas fait de tentatives récemment pour se lever de son fauteuil roulant et que, compte tenu de son état actuel, il faudrait peut-être réévaluer la contention au moyen d'appareils mécaniques.

Pour les résidents 005, 010 et 020, il n'y a pas de solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire. Ces résidents ont été observés durant leur contention au moyen d'appareils mécaniques entre le 26 octobre et le 6 novembre 2015. Le dossier de santé de ces résidents a été examiné et il n'y avait pas de documentation concernant des solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire.

Le formulaire de consentement à la contention au moyen d'un appareil mécanique ou d'une substance chimique du résident 005 indiquait, un jour particulier de novembre 2012, que les choix examinés étaient l'utilisation de deux côtés de lit relevés pour la sécurité du résident et le port d'une ceinture de sécurité à attache frontale pour sa sécurité et une posture optimale.

Le formulaire de consentement à la contention au moyen d'un appareil mécanique ou d'une substance chimique du résident 010 indiquait, un jour particulier de janvier 2014, que les choix examinés étaient le port d'une ceinture de sécurité à attache frontale lui permettant d'être en sécurité et, au besoin, de se reposer lorsqu'assis dans un fauteuil roulant et l'utilisation d'une tablette lui permettant d'être en sécurité et, au besoin, de se reposer lorsqu'assis dans un fauteuil roulant ou dans un fauteuil berçant.

Le formulaire de consentement à la contention au moyen d'un appareil mécanique ou d'une substance chimique du résident 029 indiquait, un jour particulier de décembre 2011, que les choix examinés étaient le port d'une ceinture de sécurité à quatre points d'arrimage et l'utilisation de deux côtés de lit comme appareils mécaniques.

La directrice des soins a confirmé que les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, y compris la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire, n'ont pas été offertes aux trois résidents susmentionnés.

Il est noté que ce non-respect concernant le recours minimal à la contention avait été signalé précédemment dans un plan de redressement volontaire lors de l'inspection de la qualité des services aux résidents de 2014. [par. 29 (1)]

***Autres mesures requises :***

***L'OC n° 004 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice ».***

***(A1) L'ordre suivant a été modifié : OC n° 004.***

***RD n° 001 – L'avis écrit ci-dessus sera également porté à l'attention du directeur pour qu'il prenne les mesures nécessaires.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 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;
- 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).

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque des côtés de lit sont utilisés, le résident soit évalué et son lit soit 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.

Le 30 octobre 2015, plusieurs lits ont été observés avec des côtés de lit fixes/non réglables en position verticale.

Voici un résumé des renseignements recueillis :

- Sur un total de 57 lits, 17 côtés de lit fixes/non réglables ont été observés.
- Le lit de la chambre 126-4 était bordé à gauche par un côté de lit fixe/non réglable maintenu en place par un loquet en métal situé sur la structure supérieure du lit pour tenir le matelas en place.
- Le lit de la chambre 109 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable.
- Le lit de la chambre 120-4 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable et à gauche par un côté de lit complet en position verticale.

Lors d'un entretien, le résident 033 a affirmé à l'inspectrice 592 que les deux côtés de lit étaient utilisés pour éviter que le résident tombe par terre.

- Le lit de la chambre 126-1 était bordé à gauche par un côté de lit fixe/non réglable et à droite par un côté de lit complet en position verticale.
- Le lit de la chambre 128-2 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable maintenu en place par un loquet en métal sur la structure supérieure du lit pour tenir le matelas en place. Il était bordé à droite par un côté de lit complet en position verticale.
- Le lit de la chambre 127-4 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable.
- Le lit de la chambre 131-1 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable.

- Le lit de la chambre 134-1 était bordé à gauche par un côté de lit fixe/non réglable et à droite par un côté de lit complet en position verticale.
- Le lit de la chambre 111-4 était bordé à gauche par un côté de lit fixe/non réglable retenu par un loquet en métal situé sur la structure supérieure du lit pour tenir le matelas en place. Il était bordé à droite par un côté de lit complet en position verticale.
- Le lit de la chambre 108-2 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable retenu par un loquet en métal situé sur la structure supérieure du lit pour tenir le matelas en place. Il était bordé à droite par un côté de lit complet en position verticale.
- Le lit de la chambre 108-4 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable retenu par un loquet en métal situé sur la structure supérieure du lit pour tenir le matelas en place.
- Le lit de la chambre 106-2 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable.
- Le lit de la chambre 103 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable.
- Le lit de la chambre 101-2 était bordé à gauche par un côté de lit fixe/non réglable et avait un côté de lit complet en position verticale.
- Le lit de la chambre 102-1 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable retenu par un loquet en métal situé sur la structure supérieure du lit pour tenir le matelas en place. Il était bordé à droite par un côté de lit complet en position verticale.
- Le lit de la chambre 102-2 était bordé à gauche par un côté de lit fixe/non réglable.
- Le lit de la chambre 109 était bordé à droite par un côté de lit fixe/non réglable.

La ligne directrice de Santé Canada intitulée « Les lits d'hôpitaux pour adultes : risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » précise que l'espace dans le périmètre de la barrière appelé zone 1 présente un risque de piégeage de la tête et que recommande que cet espace fasse moins de 4 ¾ pouces.

Sur tous les lits susmentionnés, la zone 1 de chaque côté de lit fixe/non réglable a été mesurée et faisait 18 pouces de long sur 15 pouces de large, ce qui dépasse les exigences des lignes directrices de Santé Canada et pose un risque pour les résidents.

Lors d'un entretien, les PSSP 107 et 110 ont affirmé à l'inspectrice 592 que les côtés de lit fixes/non réglables étaient appelés « aides de lit » et que les résidents s'en servaient pour se remettre en place dans leur lit.

Lors d'un entretien, l'administrateur et la directrice des soins ont affirmé à l'inspectrice 592 que les résidents qui utilisaient des côtés de lit fixes/non réglables n'avaient pas été évalués et que leur lit n'avait pas été évalué

conformément aux pratiques fondées sur des données probantes parce que le foyer ne connaissait pas cette marche à suivre. [alinéa 15 (1) a)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les lits utilisés par les résidents du foyer soient évalués conformément aux pratiques fondées sur des données probantes afin de minimiser le risque de coincement. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes qui ont des motifs raisonnables de soupçonner qu'un résident a subi ou peut subir, de la part d'un membre du personnel, un mauvais traitement causant à ce résident un risque de préjudice, fassent immédiatement rapport de leurs soupçons au directeur et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Un jour particulier d'avril 2015, le résident 026 a utilisé la sonnette d'appel et, quand le PSSP 131 a répondu à l'appel, le résident a dit au PSSP qu'un membre du personnel lui avait crié dessus, avait été grossier et lui avait parlé fort. Le PSSP 131 a informé l'IAA 132 de la plainte du résident 026.

À la suite de cet incident, ce matin-là, les PSSP 120, 124 et 133 sont allés voir le résident 026, qui leur a expliqué sa peur et leur a dit que quelqu'un lui avait lancé un objet. Lors d'un entretien avec l'inspectrice 126 le 3 novembre 2015, les PSSP 120 et 124 ont indiqué que le résident 026 avait montré du doigt le PSSP 110 en disant « c'est lui/elle ». Ils ont indiqué que le résident 026 avait peur et était en pleurs. Ils ont également indiqué que chacun d'eux avait écrit une lettre et l'avait glissée sous la porte de l'ancienne directrice adjointe des soins pour l'informer de l'incident. Ils ont indiqué qu'ils n'avaient pas immédiatement informé l'infirmière de l'unité parce que l'employé qui était potentiellement accusé avait un lien de parenté avec l'IAA 132. La PSSP 124 a expliqué qu'elle pensait que le PSSP 133 avait informé l'IAA 132 de l'incident. Elle a indiqué que l'ancienne directrice adjointe des soins avait été informée par texto mais ne savait pas très bien à quel moment.

L'ancienne directrice adjointe des soins est retournée au foyer un jour particulier d'avril 2015 et a signalé l'incident à la directrice, qui a amorcé l'enquête. Le directeur a été informé de cet incident un jour particulier d'avril 2015 par l'ancienne directrice adjointe des soins au moyen du Système de rapport d'incidents critiques. La directrice des soins a dit ne pas savoir pourquoi le directeur avait été informé six jours après que le titulaire de permis a eu connaissance du mauvais traitement potentiel soupçonné. [par. 24 (1)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tout incident soupçonné de mauvais traitement d'un résident de la part de quiconque est immédiatement signalé au directeur. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 27 (Réunion sur les soins).**

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

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

- a) les membres de l'équipe interdisciplinaire qui fournissent des soins à un résident se réunissent dans les six semaines de l'admission de celui-ci et au moins une fois par année pour revoir le programme de soins et toutes autres questions qui ont de l'importance pour le résident et son mandataire spécial, s'il en a un;**
- b) le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute personne désignée par l'un ou l'autre ont la possibilité de participer pleinement aux réunions;**
- c) la date, le nom des participants et les résultats des réunions sont consignés dans un dossier. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 27 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipe interdisciplinaire qui fournit des soins à un résident se réunisse dans les six semaines de l'admission de celui-ci et au moins une fois par année pour revoir le programme de soins et toutes autres questions qui ont de l'importance pour le résident et son mandataire spécial, s'il en a un.

Le 28 octobre 2015, lors d'un entretien avec la famille, il a été signalé à l'inspectrice 592 que la famille du résident 011 ne se souvenait pas à quel moment elle avait été invitée à participer à la réunion annuelle sur les soins du résident.

L'examen du dossier de santé du résident 011 a révélé que le résident avait été admis à l'automne de 2013 et qu'il y avait eu une évaluation à l'admission et une réunion sommaire sur les soins durant l'hiver 2013. En dehors de cela, le dossier du résident ne contenait aucune indication de la tenue d'une autre réunion sur les soins.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier de santé de deux autres résidents.

Le dossier de santé du résident 014 a été examiné et indiquait que la dernière réunion annuelle sur les soins de ce résident avait eu lieu un jour particulier d'août 2014.

Le dossier de santé du résident 016 a été examiné et indiquait que la dernière réunion annuelle sur les soins avait eu lieu un jour particulier d'août 2011.

L'inspectrice 592 a examiné la politique du foyer intitulée Réunion sur les soins du résident, mise en œuvre en janvier et révisée le 13 juin 2015, et les renseignements suivants y étaient documentés :

Sous la rubrique « Procédures », 2<sup>e</sup> paragraphe :

La date de la réunion sur les soins du résident sera fixée en fonction de la visite hebdomadaire du médecin traitant pour qu'il soit plus facile à ce dernier d'y participer.

Sous la rubrique « Qui doit assister à la réunion » :

L'administrateur, le directeur des soins, les aidants naturels, le service de thérapeutique, le médecin traitant, le superviseur du service de diététique, le pharmacien, la directrice des activités, le résident et le membre de sa famille.

Il a été constaté et documenté, lors de la réunion sur les soins qui a suivi l'admission du résident 011, un jour particulier de décembre 2013, que la directrice des soins et la directrice des activités avaient participé à la réunion sur les soins et qu'aucun autre membre de l'équipe interdisciplinaire n'y avait assisté.

L'examen du compte rendu de la dernière réunion annuelle sur les soins du résident 014, qui a eu lieu à l'été 2014, a révélé que le médecin et la directrice des soins avaient participé à la réunion et qu'aucun autre membre de l'équipe interdisciplinaire n'y avait assisté.

Le 30 octobre 2015, lors d'un entretien, la PSSP 113 a affirmé à l'inspectrice 592 qu'elle travaillait au foyer depuis 11 ans et qu'elle y était employée à temps plein. Elle a indiqué que les PSSP n'étaient jamais invités aux réunions sur les soins des résidents étant donné que c'est la directrice des soins qui s'occupe de cela.

Lors d'un entretien le 30 octobre 2015, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que l'équipe interdisciplinaire du foyer regroupait le superviseur du service d'alimentation, le médecin, la directrice des activités, le service des soins de réadaptation, l'infirmière chargée du contrôle des infections, la directrice des soins et le responsable de l'entretien. Elle a également affirmé à l'inspectrice que la directrice des soins était la personne qui organisait la réunion annuelle sur les soins avec la participation du directeur des activités, du résident et des membres de la famille, ajoutant que le médecin, le programme de soins de réadaptation, les membres de la pharmacie et le superviseur du service d'alimentation ne participaient pas à la réunion annuelle sur les soins à moins que les membres des familles ou les résidents le demandent.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a confirmé à l'inspectrice 592 que la réunion annuelle sur les soins n'avait pas eu lieu pour tous les résidents et leurs mandataires spéciaux étant donné qu'il était difficile, parfois, de les joindre. Elle a indiqué à l'inspectrice 592 que le seul membre qui assistait régulièrement aux réunions annuelles sur les soins des résidents était la directrice des activités. Elle a également affirmé à l'inspectrice que les autres membres de l'équipe interdisciplinaire n'y étaient invités qu'à la demande de la famille et qu'il serait impossible au foyer de respecter sa politique, car elle-même ne pouvait pas coordonner une réunion pour laquelle tous les membres de l'équipe interdisciplinaire répondraient présents le même jour et au même moment. [alinéa 27 (1) a)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que chaque résident bénéficie d'une réunion sur les soins après l'admission et, par la suite, d'une réunion annuelle sur les soins qui prévoit la participation de l'équipe interdisciplinaire. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 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. 79/10, par. 33 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé 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.

Durant la première étape de l'inspection de la qualité des services aux résidents, en procédant à l'observation des résidents, l'inspectrice 592 a constaté que le résident 016 avait des débris d'aliments autour de la bouche et sur la main gauche. L'inspectrice 592 a également constaté que le résident 026 n'avait pas les ongles coupés et qu'il avait une matière brune sous les ongles.

L'examen des feuilles quotidiennes de cheminement des soins a révélé que les résidents 016 et 026 devaient recevoir deux bains par semaine selon l'horaire des bains fourni par le foyer.

Selon la feuille quotidienne de cheminement des soins du résident 016, ce résident devait recevoir un bain les 2, 6, 9, 13, 16, 27 et 30 octobre 2015. L'inspectrice 592 a observé qu'il n'y avait pas de documentation indiquant que ce résident avait reçu un bain, une douche ou une toilette complète à l'éponge.

L'examen de la feuille quotidienne de cheminement des soins a révélé que le résident 026 devait recevoir un bain les 9, 12 et 16 octobre 2015. L'inspectrice 592 a constaté qu'aucune documentation n'indiquait que ce résident avait reçu un bain, une douche ou une toilette complète à l'éponge.

Lors d'un entretien, les PSSP 120 et 124 ont affirmé à l'inspectrice 592 qu'ils étaient les deux PSSP permanents assignés aux bains pour les quarts de jour et qu'ils devaient consigner les bains donnés aux résidents sur les feuilles quotidiennes de cheminement des soins. Les deux PSSP ont affirmé à l'inspectrice 592 que le bain comprenait le nettoyage et la coupe des ongles, ainsi que le lavage des cheveux. Les deux PSSP ont également affirmé à l'inspectrice 592 que, si l'un des PSSP inscrits à l'horaire pour le quart de travail coïncidant avec le jour du bain est absent, l'autre PSSP inscrit à l'horaire pour les bains donne le bain aux résidents autonomes et à ceux qui requièrent l'assistance d'un membre du personnel selon l'horaire des bains établi pour ce jour-là, mais ne doit pas donner le bain aux résidents nécessitant une aide soutenue étant donné qu'il travaille seul. Les deux PSSP ont affirmé à l'inspectrice 592 que lorsqu'il est impossible de donner le bain ou une autre méthode de bain (douche ou toilette complète à l'éponge) à un résident selon l'horaire établi pour un jour particulier, le bain n'est pas reporté à un autre jour.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il était impossible de donner un bain aux résidents deux fois par semaine quand le foyer était à court de personnel. Elle a également affirmé à l'inspectrice 592 qu'elle ne savait pas que le résident 026 ne recevait pas deux bains par semaine car ce résident était censé avoir une toilette complète à l'éponge donnée par le principal aidant naturel et non par le PSSP assigné aux bains. [par. 33 (1)]

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

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement***

***visant à assurer que chaque résident prenne un bain ou une douche au moins deux fois par semaine. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 52 (Gestion de la douleur).**

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

**52. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le résident 001 a été admis au foyer au printemps de 2015 avec plusieurs affections, notamment une insuffisance cardiaque congestive, une angine, une hernie anormale et une fracture par tassement à une partie du corps. L'évaluation la plus récente du résident indiquait chez ce résident une légère douleur à une partie du corps et l'administration quotidienne d'analgésiques.

Lors d'un entretien le 27 octobre 2015, le résident 001 a indiqué qu'il avait une douleur à deux endroits du corps. Le résident a indiqué que, pour soulager sa douleur, il utilisait quatre ou cinq fois par jour une lotion qu'il gardait à son chevet et que celle-ci était efficace. Le résident a montré à l'inspectrice trois lotions différentes sur sa table de chevet.

Le 5 novembre 2015, le résident 001 a indiqué à l'inspectrice que la douleur à deux endroits du corps était constante en raison de plusieurs chutes dans le passé et a évalué sa douleur à 8 sur 10, ajoutant qu'elle était horrible et incessante. Le résident s'est dit contrarié qu'une infirmière ait enlevé ses crèmes de sa table de chevet car il ne pouvait plus frictionner les parties atteintes de son corps pour réduire la douleur. Le résident a ajouté qu'il était une personne autonome, qu'il n'avait pas l'intention de se plaindre et d'appeler pour avoir de l'aide et qu'il voulait continuer à s'administrer ses crèmes lui-même.

L'examen du dossier de santé du résident 001 a révélé que celui-ci avait deux analgésiques particuliers qui lui avaient été prescrits et qu'il devait prendre quatre fois par jour – le même médicament et la même concentration – PRN (au besoin), mais que ni l'un ni l'autre ne lui avaient été administrés durant les mois de septembre, octobre et novembre 2015. Dans une note d'évolution datée d'un jour d'octobre 2015, il était indiqué que deux lotions analgésiques, un médicament naturel et une crème antibiotique avaient été retirés du chevet du résident et placés dans un sac Ziploc, dans la pharmacie, pour la sécurité des autres résidents. Il n'y avait pas de documentation concernant l'évaluation de la douleur ni la mise en place d'une autre intervention.

Lors d'un entretien le 5 novembre 2015, la directrice adjointe des soins a indiqué que le résident 001 était un résident très autonome et que jamais il ne se plaignait ou appelait pour avoir de l'aide. Elle a indiqué que deux analgésiques différents lui étaient administrés quatre fois par jour pour gérer sa douleur. Elle a indiqué qu'elle savait que le résident était mécontent lorsque ses lotions ont été retirées de son chevet et qu'elle avait texté le médecin le 2 novembre 2015 pour lui demander que les lotions soient prescrites et qu'il avait répondu qu'il évaluerait le résident lors de sa prochaine visite. L'IA a indiqué que la visite du médecin était prévue pour le 12 novembre 2015. Elle a également indiqué que la douleur du résident n'avait pas été évaluée quand ses lotions ont été retirées de son chevet, qu'elle n'avait pas consigné au dossier de santé du résident la communication par texto qu'il avait eue avec le médecin et qu'elle consignerait une inscription tardive dans les notes d'évolution pour prévenir les autres membres du personnel infirmier.

L'examen du programme de soins le plus récent, daté d'un jour d'octobre 2015, a révélé que le résident 001 était une personne autonome, qu'il avait une douleur chronique liée à une chute et à une fracture par tassement à une partie du corps. Les interventions consistaient notamment à consulter le médecin si le médicament prescrit était inefficace, à rassurer et à soutenir le résident et à encourager le résident à utiliser la sonnette d'appel pour demander de l'aide.

L'IA 135 a indiqué à l'inspectrice, le 5 novembre 2015, que le résident 001 avait une douleur chronique et qu'on lui administrait deux analgésiques différents quatre fois par jour et qu'un médicament PRN était rarement administré. Elle a indiqué qu'il était malheureux que les lotions du résident aient été confisquées et retirées de son chevet la semaine dernière car ce résident insistait pour rester autonome. L'IA a indiqué que la douleur n'avait pas été évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique mais qu'elle l'évaluerait immédiatement. Elle est revenue plus tard, indiquant à l'inspectrice qu'elle avait parlé au résident et avait évalué sa douleur; elle a ajouté que le résident avait dit qu'il ne voulait pas plus de pilules mais qu'il aimerait avoir ses lotions pour se les appliquer lui-même sur certaines parties du corps. L'IA a indiqué que le résident avait accepté l'application d'une lotion particulière par l'IA et a ajouté qu'elle ne soulageait pas sa douleur.  
[par. 52 (2)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la douleur du résident 001 est évaluée et que des interventions sont mises en place pour atténuer sa douleur. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 57 (Pouvoirs du conseil des résidents).**

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par le conseil des résidents.

L'inspectrice 545 a examiné les procès-verbaux du conseil des résidents concernant cinq réunions tenues entre le 25 septembre 2014 et le 2 septembre 2015. Les résidents ont exprimé leurs préoccupations et formulé des recommandations lors des réunions du 18 décembre 2014, du 4 juin 2015 et du 2 septembre 2015 :

- la présence de groupes musicaux le soir,
- la possibilité d'avoir deux choix de repas et de dessert car, la plupart du temps, le nom du plat annoncé au menu ne correspond pas à ce qui est servi;
- l'offre de deux choix de repas différents afin, par exemple de ne pas faire choisir entre un sandwich aux œufs et une omelette pour le déjeuner, ces deux plats étant trop similaires;
- l'attente que doivent supporter certains résidents avant de recevoir de l'aide pour aller aux toilettes ou pour se rendre à la salle à manger à l'heure des repas;
- du jambon chaud ou froid au lieu de mortadelle, le service de la sauce à part, des assiettes moins chargées, plus d'épices ou de sel pour relever les aliments trop fades.

Le 2 septembre 2015, le procès-verbal a été rédigé à la main et consigné dans le classeur du conseil des résidents fourni à l'inspectrice par la directrice des activités le 4 novembre 2015.

Lors d'un entretien, la présidente du conseil des résidents a indiqué qu'à son avis, le titulaire de permis n'avait pas répondu dans un délai de 10 jours lorsqu'il a été informé de sujets de préoccupation et de recommandations par le conseil des résidents.

La directrice des activités a indiqué à l'inspectrice, le 6 novembre 2015, qu'elle avait été nommée adjointe au conseil des résidents. Elle a indiqué qu'elle était chargée de consigner la minute des réunions, de dactylographier le procès-verbal et de veiller à ce que l'administrateur, la directrice des soins et le superviseur du service d'alimentation en reçoivent une copie, puis devait afficher le procès-verbal au foyer. Elle a indiqué que, lorsqu'il y avait des préoccupations à l'égard des aliments, elle les signalait immédiatement au superviseur du service d'alimentation après la réunion. La directrice des activités a indiqué que le titulaire de permis n'avait pas répondu par écrit dans un délai de 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par le conseil des résidents.

Lors d'un entretien le 6 novembre 2015, l'administrateur a indiqué que le titulaire de permis n'avait pas répondu par écrit dans un délai de 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par le conseil des résidents. [par. 57 (2)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le titulaire de permis répond par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par ce conseil. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73 (Service de restauration et de collation).**

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

**73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :**

**1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.**

**73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :**

**8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.**

**73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :**

**9. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.**

**73. (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

**b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (2).**

**Constatations :**

**1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les menus hebdomadaires et quotidiens soient communiqués aux résidents qui mangent dans la salle à manger principale.**

Le foyer compte deux salles à manger : le salon principal, avec cinq tables, et la salle à manger principale, avec huit tables.

Le 26 octobre 2015, le service du déjeuner a été observé et les faits suivants ont été notés :

Dans le salon principal, l'aperçu du menu régulier de la semaine était affiché sur un babillard

et le menu du déjeuner était écrit au marqueur sur un tableau blanc. Dans la salle à manger principale, l'aperçu du menu de la semaine et le menu du déjeuner n'étaient pas affichés. À 12 h 32, le service du repas a commencé dans la salle à manger principale.

À 12 h 35, quelqu'un a expliqué à un résident assis à une table les choix de repas offerts et lui a demandé ce qu'il voulait. À 12 h 38, quelqu'un a expliqué aux trois résidents assis à une autre table les choix de repas offerts et leur a demandé ce qu'ils voulaient. Le menu du déjeuner n'a pas été communiqué aux autres résidents dans la salle à manger.

Les menus ont été communiqués à quatre des 33 résidents qui ont pris le déjeuner dans la salle à manger.

Le 27 octobre 2015, le menu n'a pas été communiqué au résident 025, qui prend ses repas dans la salle à manger principale. Le plat de poisson a été servi au résident à 12 h 42. Le résident n'a pas essayé de se nourrir lui-même et personne ne l'a aidé ou encouragé à manger. Environ 15 minutes plus tard, un PSSP a demandé au résident s'il préférerait avoir des spaghettis, mais il n'en restait plus. Le résident 025 a affirmé qu'il n'aimait pas le poisson. Le programme de soins nutritionnels du résident 025 indiquait qu'il n'aimait pas le poisson.

Les choix de boissons disponibles au déjeuner, les 26 et 27 octobre 2015, n'ont pas été communiqués aux résidents qui prennent leurs repas dans la salle à manger. Les boissons étaient déjà versées et posées à la place assignée à chaque résident dans la salle à manger avant que le service du repas commence. Le superviseur du service d'alimentation a indiqué que le foyer avait l'habitude de ne pas communiquer les choix de boissons aux résidents étant donné qu'un employé de la cuisine les versait d'avance et les plaçait en fonction d'une liste indiquant les préférences des résidents en ce qui concerne les boissons. [alinéa 73 (1) 1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les repas soient servis aux résidents un plat après l'autre.

Les tables auxquelles il est fait référence ci-dessous correspondent au plan d'aménagement de la salle à manger principale du foyer.

Les faits suivants ont été notés durant l'observation du déjeuner dans la salle à manger principale le 26 octobre 2015 :

Le 26 octobre 2015 à 12 h 43, un PSSP qui aidait les résidents assis à une table a quitté leur table et a servi le dessert aux trois résidents qui étaient en train de manger à une table voisine. Les trois résidents de cette table en étaient encore à leur plat principal quand le dessert leur a été servi. Le PSSP a ensuite servi le dessert aux résidents assis à une autre table. À cette table, quatre résidents en étaient toujours à leur plat principal et l'un d'eux ne l'avait pas encore reçu quand le dessert a été servi. Le dessert a ensuite été servi à d'autres résidents assis à différentes tables, alors que certains d'entre eux en étaient encore à leur plat principal.

Les programmes de soins de cinq résidents (les résidents 019, 025, 042, 043 et 046) ont été examinés et rien n'y indiquait que ces résidents avaient demandé ou exigé que leurs repas ne leur soient pas servis un plat après l'autre.

Lors d'un entretien, le superviseur du service d'alimentation a indiqué que le dessert ne devait être servi qu'après que le plat principal est terminé et que les résidents ont été débarrassés de leurs assiettes. [alinéa 73 (1) 8]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents reçoivent l'aide personnelle et l'encouragement nécessaires pour manger.

Les tables auxquelles il est fait référence ci-dessous correspondent au plan d'aménagement de la salle à manger principale du foyer.

Le 26 octobre 2015 vers 12 h 35, le résident 025, assis à une table, et le résident 046, assis à une autre table, ont reçu leur plat principal. Ni l'un ni l'autre n'a essayé de se nourrir lui-même. Il y avait, assis à chacune des deux tables, un membre du personnel qui aidait d'autres résidents. À 12 h 47, le résident 046 avait une assiette remplie de macaroni au fromage, de pois hachés et d'une tranche de pain. Il avait aussi de l'ananas et de la compote de pommes. À 13 h 3, le résident a quitté la table en poussant sa chaise.

Il n'a pas touché son plat principal ni son dessert. À 13 h 5, un membre du personnel l'a débarrassé de son assiette et le résident a été invité à quitter la salle à manger à 13 h 8. Au cours des 30 minutes durant lesquelles le résident 047 a eu des aliments devant lui, il n'a pas reçu l'aide personnelle ni l'encouragement nécessaires pour manger et il n'a touché ni le plat principal ni le dessert.

Le programme de soins du résident 046 indique, d'une part, qu'il a été évalué comme étant à haut risque sur le plan nutritionnel en raison de son faible poids corporel, de son manque d'appétit et de sa dysphagie et que, d'autre part, il avait besoin que le personnel le stimule durant les repas, lui rappelle de manger ou le réveille pour qu'il mange. Son poids en octobre était de 18,7 kg inférieur à sa fourchette de poids idéal.

À 12 h 53, le résident 025 avait une assiette remplie de macaroni au fromage, de pois et d'une tranche de pain. Il avait également un dessert. À 13 h 3, un membre du personnel a poussé son assiette et a posé le dessert devant le résident. Au cours de l'intervalle d'environ 30 minutes durant lequel le résident 025 a eu son plat principal devant lui, il n'a pas reçu l'aide personnelle ni l'encouragement nécessaires pour manger et n'a pas touché le plat principal.

Le 27 octobre 2015, le résident 025 a reçu son plat principal à 12 h 43. Le résident n'a pas essayé de se nourrir lui-même et avait une assiette remplie de poisson, de purée de pommes de terre et de chou-fleur. À 12 h 56, un membre du personnel a appelé le nom du résident et a demandé s'il préférerait les spaghettis, mais il n'en restait plus. Le résident 025 n'a pas reçu l'aide personnelle ni l'encouragement nécessaires pour manger et n'a pas touché son plat principal pour la deuxième journée consécutive.

Selon son programme de soins, le résident 025 a été évalué comme étant à risque modéré sur le plan nutritionnel en raison d'un niveau moyen d'appétit moyen et de constipation et qu'il avait besoin de supervision et de surveillance, d'encouragement ou de stimulation pour manger. [alinéa 73 (1) 9]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Les tables auxquelles il est fait référence ci-dessous correspondent au plan d'aménagement de la salle à manger principale du foyer.

Le 26 octobre 2015, le service du déjeuner a été observé dans la salle à manger principale et les renseignements suivants ont été notés :

La salle à manger principale a huit tables. Seule la table n° 3 avait quatre résidents qui mangeaient de façon autonome.

Vers 12 h 32, le résident 015, assis à une table, et les résidents 042, 043 et 044, assis à une autre table, ont reçu leur plat principal.

Les résidents 015, 042 et 043 n'ont pas essayé de se nourrir.

À 12 h 40, huit minutes après que le résident 015 a reçu son assiette, un PSSP s'est assis et l'a aidé à manger. À 12 h 41, neuf minutes après que le résident 042 a reçu son assiette, un PSSP s'est assis et l'a aidé à manger sa purée de macaroni au fromage et de légumes mixtes. À 12 h 43, le PSSP a quitté une table pour servir le dessert aux résidents assis à une autre table et, une minute plus tard, un autre PSSP s'est assis et a continué à aider le résident à manger. À 12 h 46, l'employé a réchauffé les aliments du résident 043 et, 14 minutes après que ce résident a été servi, le PSSP l'a aidé à manger.

[alinéa 73 (2) b)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les menus sont communiqués aux résidents, que les résidents reçoivent leurs repas un plat après l'autre, qu'ils reçoivent l'encouragement et l'aide nécessaires pour manger et qu'aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide avant que quelqu'un ne soit disponible pour l'aider. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).**

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

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

- a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3);**
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;**

- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas documenté ni communiqué les résultats du sondage sur la satisfaction au conseil des familles pour lui demander conseil.

Lors d'un entretien le 30 octobre 2015, la présidente du conseil des familles a indiqué à l'inspectrice 545 que les résultats du sondage sur la satisfaction n'avaient pas été communiqués au conseil des familles.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice, le 3 novembre 2015, que les résultats du sondage sur la satisfaction de 2014 étaient à son avis peu favorables et que, pour cette raison, il ne les avait pas communiqués au conseil des familles pour lui demander conseil. [alinéa 85 (4) a)]

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

Lors d'un entretien le 5 novembre 2015, la présidente du conseil des résidents a indiqué que les résultats du sondage sur la satisfaction n'avaient pas été communiqués au conseil des résidents.

La directrice des activités, adjointe au conseil des résidents, a indiqué qu'elle n'avait pas été informée par l'administrateur que les résultats du sondage sur la satisfaction devaient être communiqués au conseil des résidents pour lui demander conseil. Elle a indiqué que cela n'avait pas été fait au cours de la dernière année.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice que les résultats du sondage sur la satisfaction de 2014 étaient à son avis peu favorables et que, pour cette raison, il ne les avait pas communiqués au conseil des résidents pour lui demander conseil. [alinéa 85 (4) a)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les résultats du sondage sur la satisfaction sont communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107 (Rapports : incidents graves).**

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

**107. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :**

- 1. Une situation d'urgence, notamment un incendie, une évacuation non planifiée ou l'accueil de personnes évacuées.**
- 2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.**
- 3. Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus.**
- 4. Un résident porté disparu qui retourne au foyer avec une lésion ou des changements indésirables de son état peu importe la durée de sa disparition.**
- 5. Il s'est déclaré une maladie à déclaration obligatoire ou une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.**
- 6. La contamination d'une source d'approvisionnement en eau potable. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (1); Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances lorsqu'il y a, au foyer, une évacuation non planifiée et une éclosion de maladie à déclaration obligatoire ou de maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

La directrice adjointe des soins a informé le directeur par l'entremise de l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage (ECRET), le 14 janvier 2015, que le foyer connaissait une éclosion de maladie respiratoire depuis le 5 janvier 2015. La directrice adjointe des soins a indiqué que cette éclosion avait été déclarée de façon tardive en raison de problèmes avec le Système de rapport d'incidents critiques (SIC) et parce qu'on ne savait pas très bien qui et où appeler pour cela.

La directrice des soins a indiqué que, mis à part les problèmes qu'ils éprouvaient avec le SIC et le fait de ne pas savoir où téléphoner, elle ne savait pas pourquoi l'éclosion n'avait pas été déclarée plus tôt. [par. 107 (1)]

2. Comme l'indique le rapport d'incident grave n° 2746-000018-15, les résidents du foyer ont été évacués le 5 septembre 2015 en raison de l'activation du système d'alarme-incendie. Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur le 9 septembre 2015, quatre jours plus tard.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer avait éprouvé des difficultés techniques avec l'accès au SIC et confirmé qu'elle n'avait pas appelé la ligne de l'ECRET en dehors des heures normales de travail pour l'informer de l'évacuation non planifiée.

Ainsi, contrairement aux exigences législatives, le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur de l'évacuation non planifiée des résidents. [par. 107 (1)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les incidents graves sont communiqués au directeur dans le délai que prescrit la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).**

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

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

**a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :**

**(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,**

**(ii) il est sûr et verrouillé,**

**(iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,**

**(iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;**

**b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sûr et verrouillé.

Le 27 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé, dans la chambre du résident 001, quatre types de crèmes différents, un produit naturel et un médicament pour la digestion.

Le résident 001 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il prenait tous ces médicaments pour des besoins particuliers et qu'il les avait achetés de sa propre initiative. Le résident a également affirmé à l'inspectrice 545 qu'il était autonome et qu'il s'appliquait chaque crème lui-même.

Lors d'un entretien le 29 octobre 2015, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 592 qu'aucun résident n'avait le droit de garder des médicaments dans sa chambre puisque tous les médicaments doivent être gardés et verrouillés dans le chariot à médicaments ou dans l'entrepôt désigné. La directrice adjointe des soins a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle ne savait pas que ces médicaments étaient dans la chambre du résident. [alinéa 129 (1) a)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments au foyer, y compris les crèmes topiques, sont gardés dans un endroit sûr et verrouillé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

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

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

**3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :**

**8. Le résident a le droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter ses besoins personnels et à les promouvoir entièrement.

Le 28 octobre 2015 à 9 h 50, l'inspectrice 545 a frappé à la porte d'une chambre à coucher commune pour rencontrer le résident 007. En entrant dans la chambre, l'inspectrice a vu le résident 002 allongé sur son lit, son corps exposé, pendant que les PSSP 103 et 104 changeaient son sous-vêtement et le changeaient de position dans son lit. Les rideaux de séparation, ainsi que les rideaux des fenêtres (rez-de-chaussée) de la chambre à quatre lits n'étaient pas fermés. Les résidents 007 et 008 étaient dans la chambre au moment de cette observation.

Lors d'un entretien, la PSSP 103 a indiqué que le foyer exigeait que les rideaux de séparation soient fermés durant les soins aux résidents.

Le 28 octobre 2015 à 13 h 10, l'inspectrice 545 a frappé à la porte d'une chambre à coucher commune pour rencontrer le résident 007. Au moment où elle entrait dans la chambre, le PSSP 105 en sortait. L'inspectrice a observé le résident 007, pantalons baissés jusqu'aux chevilles et assis sur la toilette, sa peau exposée de l'abdomen jusqu'aux genoux. Un PSSP était debout à côté du résident, le fauteuil du résident était installé devant lui et la porte de la salle de toilette était grande ouverte. Les résidents 002 et 008 étaient dans la chambre au moment de l'observation.

La PSSP 103 a indiqué à l'inspectrice le 29 octobre 2015 que le personnel ne fermait pas toujours la porte de la salle de toilette lorsqu'il aidait le résident durant l'élimination, particulièrement si un lève-personne était utilisé. Elle a indiqué que le personnel n'utilisait pas de lève-personne pour transférer le résident 007 de son fauteuil roulant à la toilette et vice versa.

Lors d'un entretien, le résident 007 a indiqué qu'il n'avait pas besoin de son fauteuil roulant dans la salle de toilette, qu'il demandait souvent au personnel de fermer la porte de la salle de toilette lorsqu'il y allait mais que le personnel la fermait rarement. [alinéa 3 (1) 8]

2. Le 28 octobre 2015, l'inspectrice 592 a frappé à la porte de la chambre 102 et a été priée d'entrer. En entrant dans la chambre, l'inspectrice 592 a observé les PSSP 106 et 107 qui donnaient des soins à un résident au lit. Les jambes du résident étaient découvertes et le produit pour incontinence était exposé. Le résident du lit n° 1 et celui du lit n° 2 étaient présents dans la chambre. L'un des PSSP a été observé pendant qu'il fermait le rideau de séparation entre deux lits, laissant les rideaux de séparation ouverts au pied du lit et exposant encore le résident de ce lit au regard des autres résidents de la chambre. Après une minute environ, l'un des PSSP a fermé le rideau de séparation d'un côté du lit mais, tout le temps des soins, les rideaux sont restés ouverts au pied du lit, exposant le résident de ce lit.

Lors d'un entretien le 29 octobre 2015, la PSSP 106 a indiqué à l'inspectrice 592 que lorsqu'elle donnait des soins aux résidents, elle fermait toujours les rideaux de séparation de chaque côté du lit et utilisait un drap de coton pour couvrir les parties du corps. Lorsque l'inspectrice 592 lui a fait remarquer que, dans une chambre particulière, les rideaux de séparation du résident d'un lit particulier n'avaient pas été fermés durant les soins, elle a indiqué qu'elle avait ouvert les rideaux pour voir qui entra dans la chambre mais avait oublié de les refermer. [alinéa 3 (1) 8]

3. Le 27 octobre 2015 vers 10 h, le résident 037 a été accompagné à la salle de toilette par un membre du personnel qui l'a aidé. L'inspectrice 551 était dans la chambre avec deux autres résidents partageant cette chambre. La porte de la salle de toilette et celle de la chambre avaient été laissées entrouvertes et le résident 037 était facilement visible de l'intérieur de la chambre pendant qu'il était assis sur la toilette.

Lors d'un entretien, le PSSP 107 a affirmé que, lorsqu'il aidait un résident durant l'élimination dans la salle de toilette, le personnel devait assurer l'intimité du résident en fermant la porte de la salle de toilette. [alinéa 3 (1) 8]

---

**AE n° 16 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).**

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

**6. (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).**

**Constatations :**

1. 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.

Le résident 008 a été diagnostiqué de plusieurs affections telles que l'aphasie, l'ostéoporose et la maladie d'Alzheimer. Selon l'évaluation la plus récente, il a été documenté, d'une part, que le résident avait une amplitude de mouvement limitée dans les bras et les mains et une perte partielle de mouvement volontaire de l'épaule et du coude ainsi que du poignet et des doigts d'un côté et, d'autre part, que le résident était totalement autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne.

L'inspectrice 545 a observé que deux parties du corps du résident 008 étaient contractées et qu'il y avait une odeur nauséabonde provenant de ces deux parties de son corps. Aucune attelle n'a été observée.

Affichées au chevet du résident, il y avait des directives précises écrites par l'ergothérapeute sur la façon dont le personnel devait appliquer une attelle tous les jours à une partie particulière du corps. Les directives indiquaient également qu'il fallait enlever l'attelle pour une période de 30 à 45 minutes à chaque repas puis la remettre en place pour une courte période si la partie du corps ou la prothèse était humide et toujours porter la prothèse la nuit.

Lors d'un entretien, la PSSP 122 a indiqué que le résident 008 n'avait pas la prothèse en place sur cette partie du corps lorsqu'elle est arrivée ce matin-là. La PSSP 123 a indiqué que l'attelle n'avait pas été appliquée depuis plusieurs mois, qu'elle nettoyait habituellement la partie du corps du résident avec une crème No Rinse Tena Cream chaque matin durant les soins.

l'IAA 112 a indiqué que l'attelle sur cette partie du corps du résident 008 devait toujours être appliquée selon les directives données. La directrice des soins a plus tard indiqué que le personnel devait nettoyer cette partie du corps du résident durant les soins, ainsi qu'au besoin, et appliquer l'attelle selon les recommandations de l'ergothérapeute. [par. 6 (7)]

---

**AE n° 17 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9 (Portes).**

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

**9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :**

**1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :**

**i. gardées fermées et verrouillées,**

**ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,**

**iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :**

**A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,**

**B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes auxquelles les résidents n'ont pas accès soient gardées fermées et verrouillées.

Le 26 octobre 2015 à 9 h 30 et le 29 octobre 2015 à 11 h 25, l'inspectrice 545 a vu la porte donnant sur le local de rangement 153 non verrouillée et grande ouverte. En entrant dans la salle d'entreposage, l'inspectrice a vu des étagères avec aliments en pots, en conserves et dans des cartons. L'inspectrice a également vu une grande porte blanche dotée d'un pêne qui, lorsqu'on le tournait, déverrouillait la porte. L'inspectrice a pu ouvrir la porte qui donnait sur le stationnement. Sur la porte, un écriteau rose indiquait que celle-ci devait rester fermée et verrouillée en tout temps. Lors de ces deux observations, il n'y avait pas de personnel assurant la surveillance de la porte ouverte.

Le 26 octobre 2015 à 9 h 30, l'inspectrice 545 a constaté que la porte donnant sur le local des installations mécaniques 152 était fermée mais non verrouillée. En entrant dans le local, l'inspectrice a vu plusieurs éléments de matériel et des fournitures qui pouvaient poser un risque pour la sécurité des résidents, par exemple des disjoncteurs, des réservoirs à eau chaude, des fils et une feuille métallique aux bords tranchants. Sur la porte, un écriteau rose indiquait que celle-ci devait rester fermée et verrouillée en tout temps. Lors de ces deux observations, il n'y avait pas de personnel dans ce local ni de personnel assurant la surveillance de la porte non verrouillée.

Le 29 octobre 2015, la PSSP 103 a indiqué que les portes donnant sur la salle d'entreposage 153 et le local des installations mécaniques 152 étaient des aires non résidentielles et devaient rester fermées et verrouillées en tout temps.

La cuisinière 102 a indiqué à l'inspectrice que la porte donnant sur la salle d'entreposage 153 était restée ouverte parce qu'elle attendait une livraison de denrées alimentaires. Elle a indiqué que la porte devait rester fermée et verrouillée en tout temps. [sous-alinéa 9 (1) 1 i]

---

**AE n° 18 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13 (Rideaux de séparation).**

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

**13. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13.**

**Constatations :**

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

La chambre 108 est occupée par quatre résidents.

Au lit n° 1, quand le rideau de séparation était tiré, il y avait une ouverture d'environ un pied entre la fin du rideau de séparation et le mur.

La tête du lit n° 1 et celle du lit n° 2 sont contre le même mur et les lits sont séparés par des commodes adossées au mur. Au lit n° 2, une glissière traverse le plafond. Il n'y avait pas de rideau de séparation allant du mur à la glissière au plafond, soit sur une distance de deux pieds et demi environ.

Au lit n° 3, quand le rideau de séparation était tiré, il y avait une ouverture d'environ un pied entre la fin du rideau de séparation et le bord de la fenêtre.

Au lit n° 4, quand le rideau de séparation était tiré, il y avait une ouverture d'environ deux pieds entre la fin du rideau de séparation et le mur.

La chambre 111 est occupée par quatre résidents.

Au lit n° 1, quand le rideau de séparation était tiré, il y avait une ouverture d'environ deux pieds entre la fin du rideau de séparation et le mur.

Au lit n° 2, quand le rideau de séparation était tiré, il y avait une ouverture d'environ deux pieds entre la fin du rideau de séparation et le bord de la fenêtre.

La chambre 120 est occupée par quatre résidents.

Au lit n° 1, quand le rideau de séparation était tiré, il y avait une ouverture d'environ deux pieds entre la fin du rideau de séparation et le mur.

Au lit n° 2, quand le rideau de séparation était tiré, il y avait une ouverture d'environ deux pieds entre la fin du rideau de séparation et le bord de la fenêtre.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a affirmé que le rideau de séparation devait assurer l'intimité totale du résident. [art. 13]

---

**AE n° 19 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

Le résident 005 a été observé par l'inspectrice 545 le 28 octobre 2015 avec les yeux rouges et enflés, les cils desséchés couverts d'une croûte jaunâtre et avec de la matière blanche à la base de l'œil gauche. Les 2 et 3 novembre 2015, une croûte jaune a été observée dans l'œil gauche ainsi qu'une rougeur et de l'enflure.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé qu'un médicament à prendre au besoin avait été ordonné. Durant les mois d'octobre et novembre 2015, ce médicament n'a pas été administré.

La PSSP 126 a indiqué que le résident avait souvent les yeux croûtés, particulièrement le matin en raison d'une affection oculaire, et que l'infirmière lui administrait souvent un médicament particulier. Elle a indiqué qu'il était difficile de nettoyer les yeux du résident, qui était combatif, et a ajouté que, si le résident la laissait faire, elle utilisait une débarbouillette et de l'eau.

Lors d'un entretien, l'IAA 125 a indiqué que le résident avait de longs cils qui étaient inversés et causaient des infections oculaires fréquentes. Elle a indiqué qu'un médicament particulier à prendre au besoin avait été ordonné mais n'avait pas été administré au cours du dernier mois. Elle a également indiqué que c'était au personnel qui fournit des soins directs de lui nettoyer les yeux durant les soins, a ajouté qu'elle nettoyait les yeux du résident si elle observait quelque chose, mais qu'elle n'avait rien observé aujourd'hui. [art. 32]

---

**AE n° 20 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 40.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit habillé de façon appropriée compte tenu de ses préférences.

Le résident 029 réside au foyer depuis 2011. À un moment donné, le résident a été amputé d'un membre. Le résident nécessite une aide complète pour tous les aspects de ses soins, y compris l'habillement.

Tout au long de l'inspection, il a été noté que le résident 029 ne portait pas de vêtements appropriés à ses membres et avait une serviette ou une couverture qui couvrait cette partie de son corps.

Lors d'un entretien, les PSSP 107 et 103 ont affirmé que le résident 029 ne portait plus de vêtements sur cette partie de son corps depuis l'amputation. La PSSP 107 a affirmé que le résident était agressif durant les soins et qu'ainsi le port de vêtements sur cette partie de son corps avait cessé. L'IA 115 a affirmé que le résident ne

portait pas de vêtements particuliers sur ces parties du corps, d'une part pour son confort et d'autre part pour réduire le risque d'agression.

Le programme de soins du résident 029 a été examiné et ne contenait pas de directives à l'intention du personnel du fait que le résident ne portait pas un type particulier de vêtement sur une partie de son corps. [art. 40]

---

**AE n° 21 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 60 (Pouvoirs du conseil des familles).**

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

**60. (2) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 et 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 60 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre au conseil des familles par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par ce conseil.

L'examen du procès-verbal du conseil des familles fourni par le président a révélé le 13 novembre 2014 que le conseil des familles recommandait qu'en période d'éclosion au foyer, une communication soit envoyée aux familles de manière proactive dans le but d'aider le personnel à gérer une situation conflictuelle avec les familles, libérant ainsi du personnel à même de s'occuper des résidents.

Lors d'un entretien le 30 octobre 2015, la présidente du conseil des familles a indiqué que, durant la réunion du 13 novembre 2014, les membres avaient demandé à l'administrateur de donner des clarifications sur les visites en période d'éclosion au foyer car, selon les membres des familles, les panneaux affichés au foyer portaient à confusion. Elle a indiqué qu'aucune réponse n'avait été donnée par écrit au conseil des familles et que les renseignements concernant les éclosions figuraient dans le bulletin *L'Écho du Foyer* publié par l'établissement le 15 février 2015.

Le 3 novembre 2015, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice que, contrairement à la législation, il n'avait pas répondu au conseil des familles par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé, par ce conseil, de sujets de préoccupation ou de recommandations concernant la communication d'éclosions. [par. 60 (2)]

---

**AE n° 22 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 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, art. 67.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à consulter régulièrement le conseil des familles et, dans tous les cas, tous les trois mois au moins.

Lors d'un entretien le 30 octobre 2015, la présidente du conseil des familles a indiqué que le conseil s'était réuni deux fois en 2015 : le 31 mars et le 21 septembre. Elle a également indiqué que le titulaire de permis n'avait pas consulté le conseil des familles depuis la réunion du 13 novembre 2014, à laquelle il avait assisté pour répondre aux questions des membres.

Le 3 novembre 2015, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il ne savait pas qu'il devait consulter le conseil des familles régulièrement et tous les trois mois au moins. Il a également indiqué que la dernière fois qu'il avait consulté le conseil des familles, c'était en novembre 2014 lorsqu'il avait assisté à la réunion pour répondre aux questions.

Le 3 novembre 2015, l'administrateur a confirmé les renseignements ci-dessus. Il a indiqué qu'il n'avait pas été invité aux réunions du conseil des familles au cours de la dernière année et qu'il ne savait pas qu'il devait consulter le conseil tous les trois mois au moins. [art. 67]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à consulter régulièrement le conseil des résidents et, dans tous les cas, tous les trois mois au moins.

Lors d'un entretien le 5 novembre 2015, la présidente du conseil des résidents a indiqué que le conseil se réunissait tous les trois mois. Elle a également indiqué que le titulaire de permis n'avait pas consulté le conseil des résidents.

Le 6 novembre 2015, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il ne savait pas qu'il devait consulter régulièrement le conseil des résidents et, dans tous les cas, tous les trois mois au moins et que, par conséquent, il n'avait pas rempli cette exigence aux termes de la législation. [art. 67]

---

Date de délivrance : 30 décembre 2015 (A1)

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

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

**Ministry of Health and Long-Term Care**Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée**Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité**Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice**Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la  
*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, 4<sup>e</sup> étage  
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670Division de la responsabilisation et de  
la performance du système de santé  
Direction de l'amélioration de la  
performance et de la conformité**Copie destinée au public - Modification**

---

<b>Nom des inspecteurs ou inspectrices :</b>	JOANNE HENRIE (550) - (A1)
<b>N° du rapport d'inspection :</b>	2015_289550_0025 (A1)
<b>N° de registre :</b>	O-002664-15 (A1)
<b>Type d'inspection :</b>	Inspection de la qualité des services aux résidents
<b>Date du rapport :</b>	30 décembre 2015;(A1)
<b>Titulaire de permis :</b>	GENESIS GARDENS INC 438, CHEMIN PRESLAND, OTTAWA ON K1K 2B5
<b>Foyer de soins de longue durée :</b>	FOYER ST VIATEUR NURSING HOME 1003 Limoges Road South, Limoges ON K0A 2M0
<b>Nom de l'administrateur :</b>	Richard Marleau

---

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

---

Aux termes du présent document, GENESIS GARDENS INC est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

---

**N° de l'ordre :** 001**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Lien vers l'ordre existant :**

2014\_289550\_0025, OC n° 002;

**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :

1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.
2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.
3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.
4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :
  - i. les questions visées à la disposition 3,
  - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,
  - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit consigner par écrit une description du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources qui comprend buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.

Les rapports d'inspection du ministère doivent être utilisés comme guide pour prioriser les initiatives d'amélioration de la qualité pour 2015-2016. Le système doit être permanent et interdisciplinaire.

Le titulaire de permis doit présenter un premier rapport d'étape par écrit le 25 février 2016 et un second le 21 avril 2016 à l'inspectrice Angèle Albert-Ritchie, par courriel adressé à OttawaSAO.MOH@ontario.ca.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système visé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :
  1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.
  2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.
  3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.
  4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :
    - i. les questions visées à la disposition 3,
    - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,
    - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.

L'inspectrice 545 a examiné le manuel du foyer concernant l'amélioration constante de la qualité. Le « mandat », qui a été examiné, indiquait que le « comité » élaborerait un plan d'action annuel pour simplifier et rationaliser l'amélioration de la qualité, les activités, la surveillance et la consignation des soins, de façon à :

- identifier, classer et prioriser les points à améliorer;
- déterminer, surveiller et combler les problèmes concernant la qualité et la sécurité;
- identifier les connaissances et les preuves émergentes, les tendances ou les innovations;
- évaluer l'assurance, la surveillance et la vérification de la qualité. »

Le mandat indiquait également que le comité s'efforcera de tenir des réunions hebdomadaires, qu'il se réunirait toutes les deux semaines et qu'il présenterait des rapports périodiques aux résidents et aux familles sur les priorités, les cibles identifiées et les plans pour les atteindre.

Lors d'un entretien, l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 545 que le foyer était encore à élaborer son système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources. L'administrateur a indiqué que les politiques, les procédures et les protocoles n'avaient pas encore été élaborés. Il a également indiqué que le « comité d'amélioration constante de la qualité » ne s'était pas réuni depuis le 23 juin 2015, comme en témoigne le procès-verbal fourni par l'inspecteur.

L'administrateur a également indiqué à l'inspectrice qu'en 2015, le foyer s'était concentré sur l'amélioration des programmes de soins et que les autres priorités n'avaient pas été menées à bien, contrairement à ce qui était prévu dans le plan d'action interne du foyer, élaboré en novembre 2014. Il a ajouté que le foyer n'assurait pas la surveillance, l'analyse, l'évaluation et l'amélioration de la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents du foyer de soins de longue durée et prévus dans leur programme, sauf les programmes de soins des résidents.

Étant donné qu'un système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources n'a pas été entièrement mis en œuvre et n'est pas fonctionnel et constant au foyer,

le titulaire de permis a des problèmes qui concernent son programme de contrôle des infections et sa politique visant à réduire au minimum la contention, ce qui crée un risque élevé pour ses résidents. Il y a également un non-respect récurrent qui touche le service de restauration et de collation, les programmes de soins, les services d'hébergement, l'obligation de faire rapport au directeur dans certains cas, la contention au moyen d'appareils mécaniques, la formation du personnel, le sondage sur la satisfaction, les côtés de lit, les rapports d'incidents graves et l'entreposage sécuritaire des médicaments.

Un non-respect aux termes de la LFSLD, chap. 8, art. 84, a été délivré précédemment dans un avis écrit le 31 mai 2012 et dans un ordre de conformité délivré à la suite de l'inspection n<sup>o</sup> 2014\_289550\_0012 le 7 novembre 2014 avec une date de conformité fixée au 31 mars 2015. (545)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 23 juin 2016**

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

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

**N° de l'ordre :** 002**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Lien vers l'ordre existant :**

2014\_289550\_0025, OC n° 002;

**Aux termes du/de la :**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) est adoptée une méthode interdisciplinaire aux fins de la coordination et de la mise en oeuvre du programme;
- b) l'équipe interdisciplinaire qui coordonne et met en oeuvre le programme se réunit au moins tous les trimestres;
- c) le médecin-hygiéniste local est invité à assister aux réunions;
- d) le programme est 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;
- e) sont consignés dans un dossier chaque évaluation prévue à l'alinéa d), 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 oeuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (2).

**Ordre :**

Le titulaire de permis veillera à ce que :

- soit adoptée une méthode interdisciplinaire aux fins de la coordination et de la mise en oeuvre du programme de contrôle des infections qui est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes aux pratiques couramment admises, tel que l'exige le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) avec l'accent mis sur l'établissement de politiques et de procédures claires liées aux organismes résistant aux antibiotiques tels que le SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) et l'ERV (entérocoque résistant à la vancomycine);
- l'équipe de contrôle des infections se réunisse tous les trois mois;
- l'évaluation du programme soit incluse dans le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources.

Le titulaire de permis doit présenter un premier rapport d'étape par écrit le 25 février 2016 et un second le 21 avril 2016 à l'inspectrice Angèle Albert-Ritchie, par courriel adressé à OttawaSAO.MOH@ontario.ca.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qui suit :  
est adoptée une méthode interdisciplinaire aux fins de la coordination et de la mise en oeuvre du programme;
- b) l'équipe interdisciplinaire qui coordonne et met en oeuvre le programme se réunit au moins tous les trimestres;
- c) le médecin-hygiéniste local est invité à assister aux réunions;
- d) le programme est 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;
- e) sont consignés dans un dossier chaque évaluation prévue à l'alinéa d), 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 oeuvre.

L'inspectrice 550 a examiné le manuel du programme de contrôle des infections que lui a fourni la directrice adjointe des soins et a noté que le manuel était signé comme ayant été mis à jour par l'infirmière chargée du contrôle des infections et daté de septembre 2015. En examinant ce manuel, l'inspectrice 550 a remarqué que de nombreuses politiques du foyer étaient en place depuis longtemps et n'avaient pas été mises à jour de façon à refléter les meilleures pratiques en vigueur.

L'inspectrice 550 a interrogé l'infirmière chargée du contrôle des infections. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas participé à l'évaluation et à la mise à jour du programme de contrôle des infections étant donné que cette tâche avait été assignée à la directrice des soins et à l'ancienne directrice adjointe des soins. Elle a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait examiné et signé les politiques de contrôle des infections figurant dans le manuel en septembre 2015 parce que le foyer était dans l'attente d'une accréditation et que cela devait être fait aux fins de l'accréditation. Elle a également indiqué qu'elle n'avait pas utilisé les meilleures pratiques du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) lorsqu'elle a examiné les politiques.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a dit avoir participé, à distance, à la révision et à la mise à jour du programme de contrôle des infections avec l'ancienne directrice adjointe des soins. La directrice des soins a indiqué qu'elle n'était pas certaine du travail qui avait été effectué ni de ce qu'il restait encore à faire et que l'ancienne directrice adjointe des soins avait quitté le foyer en août 2015. Elle a indiqué que l'ouvrage de référence utilisé au foyer était le document sur les meilleures pratiques du CCPMI et qu'elle avait ce document à sa disposition aux fins de consultation.

L'inspectrice 550 a noté que les résidents 025 et 043 avaient une liste de précautions à prendre lors de contacts affichée à l'entrée de leurs chambres à coucher, à côté de la porte. Dans les chambres de ces résidents, il n'y avait pas de panier à linge où disposer des blouses contaminées. Il n'y avait, ni dans leurs chambres ni à l'extérieur, aucun chariot d'isolement avec équipement de protection individuelle adéquat à la disposition du personnel pour donner des soins à ces deux résidents. L'inspectrice a vu que le résident 025 avait quelques blouses d'isolement dans le dernier tiroir de son meuble de chevet mais le résident 043 n'en avait pas.

Un examen du dossier de santé de chacun de ces résidents a indiqué que le résident 025 avait été diagnostiqué d'une maladie infectieuse particulière depuis son admission un jour particulier de juillet 2015 et que, pour sa part, le résident 043 avait été diagnostiqué d'une autre maladie infectieuse particulière un jour particulier de septembre 2015. Les deux résidents nécessitent des précautions spéciales en raison de leurs maladies infectieuses.

Lors d'un entretien, la PSSP 127 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'il y avait habituellement un panier à linge dans la salle de toilette des résidents 025 et 043 mais qu'il n'y en avait pas au moment de l'entretien et qu'elle avait dû sortir des chambres des résidents pour aller jeter le linge contaminé dans le panier qui reste en permanence dans le couloir.

Il n'y a pas d'équipement de protection individuelle dans les chambres de ces deux résidents, sauf la blouse d'isolement qui se trouve dans le meuble de chevet du résident 025. La PSSP a indiqué qu'elle avait dû se procurer tout l'équipement de protection individuelle dans le chariot qui est gardé dans la salle de bain et de douche.

La PSSP 126 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle était la PSSP affectée aux résidents 025 et 043 et que lorsqu'elle fournissait des soins directs à ces deux résidents, elle devait porter des gants. L'inspectrice 550 a montré à la PSSP 126 que la liste de précautions à prendre lors de contacts affichée à l'entrée des chambres des résidents 025 et 043 indiquait le lavage des mains, ainsi que le port de gants, d'une blouse et d'équipement de protection individuelle. Quand l'inspectrice a fait remarquer que, sur la liste de précautions à prendre lors de contacts avec le résident 025, les gants et la blouse étaient encerclés, la PSSP 126 a indiqué qu'elle avait oublié mais qu'en effet elle devait porter, non seulement des gants, mais une blouse aussi lorsqu'elle fournit des soins directs à ce résident et que cependant aucune autre précaution n'était requise. Elle a également indiqué qu'étant donné qu'il n'y avait rien d'encerclé sur la liste de précautions affichée à l'entrée de la chambre du résident 043, elle n'était tenue qu'au port des gants durant la fourniture de soins à ce résident et aucune autre précaution n'était requise.

Lors d'un entretien, l'IAA125 a indiqué à l'inspectrice 550 que le personnel devait être vigilant durant les soins au résident 025 et qu'il devait porter un masque et des lunettes lorsque le résident a un rhume. En dehors de cela, le personnel n'est tenu que de se laver les mains. Lorsqu'il donne des soins au résident 043, le personnel doit prendre les précautions universelles et porter des gants lorsqu'il donne des soins périnéaux. L'IAA 125 a indiqué que les PSSP devaient porter une blouse lors des soins directs au résident et que l'infirmière devait porter une blouse et des gants pour changer le pansement du résident et se laver les mains lorsqu'elle a fini.

L'IAA 125 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle ne disposait pas de l'équipement spécial indiqué sur la liste de précautions à prendre lors de contacts. Elle a indiqué que lorsqu'elle devait partager un instrument tel qu'un sphygmomanomètre avec d'autres résidents du foyer, elle le nettoyait au moyen de tampons imbibés d'alcool après tout usage sur ce résident infecté.

L'inspectrice 550 a examiné le programme effectif des deux résidents et constaté qu'il y avait deux feuilles distinctes pour ceux-ci dans leurs dossiers de santé et que ces feuilles faisaient partie de leur programme de soins écrit; elle a constaté également que le programme avait été révisé et imprimé le 3 novembre 2015.

L'inspectrice a interrogé l'infirmière chargée du contrôle des infections, qui a indiqué qu'après notre entretien de la journée précédente, elle avait examiné le programme de soins de ces deux résidents et constaté qu'il n'avait pas été révisé ni mis à jour de façon à refléter la maladie infectieuse que chacun présentait. Elle a ensuite mis à jour le programme de soins écrit du résident 025 et celui du résident 043 de façon à refléter leurs maladies infectieuses et les a imprimés pour le personnel.

Lorsqu'elle a examiné le programme de soins du résident 025, l'inspectrice 550 a constaté que les interventions y figurant indiquaient ce qui suit :

- précautions en vigueur pour une maladie infectieuse particulière;
- le résident 025 a eu 2 résultats négatifs;
- le résident 025 doit avoir 3 prélèvements de cultures négatives à au moins 1 semaine d'intervalle.

Lors d'un entretien, l'infirmière chargée du contrôle des infections a indiqué à l'inspectrice 550 que la politique du foyer relative au SARM, à laquelle le personnel doit se reporter pour connaître les précautions en vigueur en pour le SARM, est conservée dans le manuel sur le contrôle des infections, dont l'infirmière chargée du contrôle des infections a la garde. Le manuel sur le contrôle des infections est conservé dans le bureau verrouillé de l'infirmière chargée du contrôle des infections. Lorsque celle-ci ne travaille pas, les PSSP n'ont pas accès à son bureau.

La directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que seuls les chefs de service avaient accès au bureau de l'infirmière chargée du contrôle des infections, où se trouve le manuel des politiques relatives au contrôle des infections. [par. 229 (2)] (550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 23 juin 2016**

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

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

**N° de l'ordre :** 003**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Lien vers l'ordre existant :**

2014\_289550\_0025, OC n° 004;

**Aux termes du/de la :**

*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 15 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

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

**Ordre :**

Le titulaire de permis est tenu de faire ce qui suit :

- élaborer et mettre en œuvre des procédures d'entretien périodique et correctif;
- résoudre tous les sujets de préoccupation décrits dans les motifs du présent ordre de conformité;
- élaborer des outils de vérification, tenir des vérifications régulières des aires résidentielles du foyer et évaluer l'efficacité des mesures prises pour résoudre les déficiences par l'entremise du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources du foyer.

Le titulaire de permis doit présenter un premier rapport d'étape par écrit le 25 février 2016 et un second le 21 avril 2016 à l'inspectrice Angèle Albert-Ritchie, par courriel adressé à OttawaSAO.MOH@ontario.ca.

**Motifs :**

1. 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel soit toujours propre et sanitaire. Durant l'observation des résidents, les inspectrices 550, 545 et 592 ont noté, les 27, 28, 29 et 30 octobre 2015, que plusieurs aides à la mobilité des résidents n'étaient pas propres :

le fauteuil roulant du résident 022 avait le coussin du siège souillé de traînées de liquides; le fauteuil roulant du résident 23 avait les deux accoudoirs couverts de débris séchés et d'une pellicule blanchâtre, la ceinture de sécurité couverte de taches blanches et d'aliments séchés et la structure couverte de poussière et d'aliments séchés; le fauteuil roulant prêté au résident 006 avait la ceinture de sécurité couverte de débris séchés; le fauteuil roulant du résident 009 avait la structure poussiéreuse, des débris collés au cadre autour du dispositif de frein et sur le repose-pied droit.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que les PSSP devaient nettoyer le matériel de mobilité des résidents suivant l'horaire affiché dans les salles de bain et de douche et de signer la feuille une fois la tâche terminée. Elle a également indiqué que si la feuille n'était pas signée, cela signifiait que la tâche n'avait pas été accomplie. Si le matériel de mobilité d'un résident se salit entre les nettoyages prévus, le foyer exige que PSSP chargé du résident nettoie rapidement le fauteuil et laisse une note dans le registre pour indiquer au PSSP qui travaille de 13 h à 21 h de faire un nettoyage en profondeur.

L'inspectrice 550 et la directrice adjointe des soins ont observé que le matériel de mobilité des résidents, comme il est indiqué précédemment, n'était toujours pas propre.

L'inspectrice 550 a examiné le registre de la période du 25 au 30 octobre 2015 et noté qu'il n'y avait aucune documentation concernant le nettoyage du matériel de mobilité de ces résidents.

L'inspectrice 550 et la directrice adjointe des soins ont examiné les feuilles affichées dans les salles de bain et de douche que les PSSP doivent signer après avoir nettoyé le matériel de mobilité des résidents, pour le mois d'octobre 2015. Il a été noté qu'il n'y avait pas de documentation pour le résident 022 et que le nom de ce résident ne figurait pas sur l'horaire de nettoyage.

La directrice adjointe des soins a indiqué que ce résident n'utilisait un fauteuil roulant que depuis cinq jours mais que les PSSP auraient dû nettoyer le coussin du siège dès qu'ils ont remarqué qu'il n'était pas propre. Il n'y avait pas de documentation pour les résidents 003 et 009. Il était documenté que le fauteuil roulant du résident 006 était nettoyé chaque semaine et que le dernier nettoyage avait été fait deux jours auparavant. [alinéa 15 (2) a)]

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

Le 28 octobre 2015, l'inspectrice 592 a examiné, dans une salle de toilette commune reliant deux chambres à coucher, chacune des barres d'appui installées de chaque côté de la toilette. Quand elle a touché les barres d'appui, l'inspectrice 592 a remarqué qu'elles n'étaient pas stables et qu'elles n'étaient pas fixées au sol, ce qui posait un risque pour la sécurité des résidents utilisant ces barres d'appui.

Quand l'inspectrice 592 lui a montré les barres d'appui de chaque côté de la toilette, la PSSP 121 a dit que les deux barres d'appui étaient utilisées pour trois des quatre résidents qui partagent cette salle de toilette pour leur procurer la stabilité et l'aide nécessaires quand ils se lèvent de la toilette.

Le 2 novembre 2015, quand l'inspectrice a montré les barres d'appui au chef des services environnementaux, celui-ci a indiqué qu'elles étaient sécuritaires pour les résidents mais qu'elles n'étaient peut-être instables et qu'il essaierait d'en acheter de nouvelles. Il a également indiqué que le résident 022 n'allait pas seul aux toilettes et qu'ainsi le risque de blessure était diminué.

L'examen du dossier de santé du résident 022 a révélé que le résident 022 avait du mal à supporter lui-même son poids et qu'il avait une démarche instable. Dans les notes d'évolution, il est également noté que, le 2 novembre 2015, le résident 022 est allé aux toilettes seul à quelques reprises et était donc à risque pour ce qui concerne les chutes.

Le 2 novembre 2015, quand l'inspectrice 592 lui a montré les barres d'appui, la directrice adjointe des soins a affirmé que les barres d'appui n'étaient pas sécuritaires, qu'elles exposaient les résidents à un risque et qu'il fallait les remplacer par des barres d'appui plus sécuritaires. (550)

2. 3. Du 26 octobre au 6 novembre 2015, les problèmes d'entretien suivants ont été observés et notés :

- dans la chambre 102, les murs de la salle de toilette étaient endommagés;
- dans la chambre 102, il manquait du mastic autour de la toilette;
- dans la salle de toilette de la chambre 107, les carreaux de sol autour de la toilette étaient tachés;
- dans la petite salle à manger, les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;
- sur les rampes en bois dans le couloir, le vernis était bien usé, ce qui laissait paraître le grain du bois;
- les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes dans la chambre 120 étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;
- dans la salle de télévision, il y avait deux fauteuils grand confort dont le revêtement en vinyle était déchiré et laissait paraître l'intérieur en mousse;
- dans les deux salles à manger, les plinthes chauffantes étaient bosselées et avaient la peinture éraflée et de la rouille à plusieurs endroits;
- dans la salle de toilette des résidents 005 et 008, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé;
- dans la salle de toilette du résident 010, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé.

L'inspectrice 592 a remarqué que le bouton de la sonnette d'appel avait été retiré de sa prise, ce qui laissait paraître le mécanisme interne du bouton.

L'inspectrice 550 a visité le voyer avec l'administrateur et il a été que bon nombre des problèmes susmentionnés étaient les mêmes que ceux qui avaient été relevés en septembre 2014, par exemple :

- dans la chambre 102, les murs de la salle de toilette étaient endommagés;
- dans la chambre 102, il manquait du mastic autour de la toilette;
- dans la salle de toilette de la chambre 107, les carreaux de sol autour de la toilette étaient tachés;
- dans la petite salle à manger, les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;

- sur les rampes en bois dans le couloir, le vernis était bien usé, ce qui laissait paraître le grain du bois;
- les carreaux de sol sous les plinthes chauffantes dans la chambre 120 étaient brisés là où le sous-plancher se soulevait, ce qui laissait paraître le sous-plancher en ciment, où de la poussière et des débris se sont accumulés;
- dans la salle de télévision, il y avait deux fauteuils grand confort dont le revêtement en vinyle était déchiré et laissait paraître la mousse en dessous;
- dans les deux salles à manger, les plinthes chauffantes étaient bosselées et avaient la peinture éraflée et de la rouille à plusieurs endroits;
- dans la salle de toilette des résidents 005 et 008, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé;
- dans la salle de toilette du résident 010, l'inspectrice 545 a remarqué que le drain du lavabo était rouillé.

L'administrateur était déçu de voir que certains cas de mauvais entretien identifiés l'an dernier n'avaient pas été abordés. Il a indiqué à l'inspectrice qu'il avait remis le rapport à son responsable de l'entretien, croyant qu'il ferait chaque réparation indiquée dans le rapport. Il a également indiqué que le superviseur de l'entretien était en congé pour deux mois mais que celui-ci aurait dû l'informer de ce qui n'avait pas été fait.

L'administrateur a indiqué à l'inspectrice qu'il n'était au courant d'aucun des problèmes d'entretien cités durant cette inspection de la qualité des services aux résidents. Il a indiqué que lorsque le personnel remarquait quelque chose qui avait besoin d'une réparation, il écrivait une note dans le cahier d'entretien pour que la personne chargée de l'entretien s'en occupe et effectue la réparation nécessaire. Il a indiqué qu'il effectuait chaque mois un contrôle de haut niveau du foyer pour relever les choses à réparer mais que parfois il ne voyait pas tout ce qui avait besoin de réparation étant donné qu'il est au foyer tous les jours.

L'inspectrice 592 a examiné le registre d'entretien pour la période de novembre 2014 à ce jour et a noté que le drain rouillé du lavabo dans la salle de toilette des chambres 107 et 102 et la sonnette d'appel défectueuse de la chambre 102-4 n'avaient pas été signalés comme ayant besoin de réparations.

L'administrateur a montré à l'inspectrice 550 un calendrier d'entretien périodique, préventif et correctif qui était en place et qu'il a désigné comme étant celui qu'il fallait suivre. Ce calendrier était un tableau indiquant les tâches quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles et trimestrielles; une fois les tâches accomplies, la personne préposée à l'entretien cochait les cases correspondantes pour indiquer que le travail avait été fait.

L'administrateur a également indiqué qu'il n'avait pas élaboré ni établi de marches à suivre pour l'entretien périodique et correctif afin d'assurer l'entretien continu du foyer et qu'il n'avait pas pensé à demander une prorogation de la date de conformité.



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

Un non-respect avait été reconnu aux termes de la LFSLD, dans un plan de redressement volontaire le 31 mai 2012 et dans un ordre de conformité le 7 novembre 2014. (550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 23 juin 2016**

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

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

**N° de l'ordre :** 004**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Aux termes du/de la :**

*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 29 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés. 2007, chap. 8, par. 29 (1)

**Ordre :**

(A1)

Le titulaire doit veiller à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à réduire au minimum la contention sur les résidents et veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément aux alinéas 29 (1) a) et b) de la Loi et aux exigences que peuvent prévoir les articles 109, 110, 111, 112 et 113 du Règlement.

Le titulaire de permis doit élaborer, présenter et mettre en œuvre un plan visant à assurer la conformité à la LFSLD, alinéas 29 (1) a) et b) en prenant les mesures suivantes :

1. élaborer une politique pour réduire au minimum la contention sur les résidents conformément aux articles suivants du Règlement :

- art. 109 : Politique visant le recours minimal à la contention;
- art. 110 : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique;
- art. 111 : Exigences : utilisation d'un appareil d'aide personnelle;
- art. 112 : Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements;
- art. 113 : Évaluation.

2. Pour tous les membres du personnel qui appliquent des appareils mécaniques ou qui surveillent les résidents maîtrisés au moyen d'appareils mécaniques, assurer et documenter la formation sur l'application, l'utilisation et les dangers potentiels de tels appareils, ainsi que l'exige le paragraphe 221 (5); pour les membres du personnel qui appliquent des appareils d'aide personnelle ou qui surveillent les résidents qui ont des appareils d'aide personnelle, assurer et documenter la formation sur l'application, l'utilisation et les dangers potentiels des appareils d'aide personnelle, ainsi que l'exige le paragraphe 221 (6).

3. Envisager et documenter des solutions de rechange au recours aux appareils mécaniques pour les résidents 005, 010 et 029, y compris la façon dont ces solutions de rechange sont planifiées, élaborées et mises en œuvre, utilisant une approche interdisciplinaire.

4. Documenter l'évaluation de tous les résidents maîtrisés au moyen d'appareils mécaniques et d'appareils d'aide personnelle.

5. Réviser et mettre à jour le programme de soins écrit de chaque résident maîtrisé au moyen d'appareils mécaniques et d'appareils d'aide personnelle, établissant les soins prévus, les objectifs des soins et des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à ces résidents.

6. Mettre en oeuvre un processus d'évaluation mensuelle qui comprend des vérifications documentées de l'observation directe des résidents maîtrisés au moyen d'appareils mécaniques ou d'appareils d'aide personnelle, afin d'assurer la conformité à la nouvelle politique du foyer visant le recours minimum à la contention des résidents, qui sera évaluée par l'entremise du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources.

Ce plan doit être présenté par écrit à l'inspectrice Angèle Albert-Ritchie le 8 janvier 2016, par courriel adressé à [OttawaSAO.MOH@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.MOH@ontario.ca), et être suivi de rapports d'étapes à présenter par écrit le 25 février et le 21 avril 2016.

#### **Motifs :**

1. Politique visant le recours minimal à la contention

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer aux termes de l'article 29 de la Loi aborde les sujets suivants :

- la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;
- les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser;
- la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la Loi;
- les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en oeuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;
- le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement;

La LFSLD indique qu'un appareil mécanique comprend tous les appareils qui sont utilisés par le foyer et qui ont pour effet de restreindre la liberté de mouvement d'un résident ou son accès normal à son corps. Un résident peut être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique si la contention est prévue dans son programme de soins. L'utilisation d'un appareil mécanique dont un résident a la capacité, soit physique, soit cognitive, de se dégager ne constitue pas une contention. Selon l'outil d'évaluation RAI (Resident Assessment Instrument), un appareil mécanique désigne :

« une méthode manuelle ou un appareil mécanique, du matériel ou de l'équipement qui est attaché ou adjacent au corps d'une personne, que cette personne ne peut retirer facilement et qui restreint ou a le potentiel de restreindre la liberté de mouvement du résident ou son accès normal à son corps.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer intitulée « Least Restraints Policy Résident Safeguard », mise à jour en juin 2013, ainsi que l'a indiqué la directrice adjointe des soins.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué que la politique du foyer intitulée « Least Restraints Policy Safeguard » avait été examinée en juin 2013 selon les normes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée datées de novembre 2004 (Document 0809-01), qui n'incluent pas toutes les exigences conformément à la LFSLD. L'inspectrice 545 a déterminé que cette politique ne contenait pas toutes les exigences prévues aux termes des articles 109 à 113 du Règlement de l'Ontario 79/10 (Politique visant le recours minimal à la contention).

La politique n'indiquait pas ce qui suit :

- (c) la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;
- (d) les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser;
- (e) la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la Loi;
- (f) les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;
- (g) le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement.

Formation annuelle obligatoire et formation au moment de l'orientation : politique du foyer visant le recours minimal à la contention

Durant les observations de résidents qui ont eu lieu dans le cadre de la première étape de l'inspection de la qualité des services aux résidents, plus résidents ont été vus en fauteuil roulant avec une, deux et trois mesures de contention. À la suite de ces observations, l'inspectrice 545 a interrogé le personnel au sujet de la formation qu'il avait reçue, en particulier sur les mesures de contention et les appareils d'aide personnelle, et a examiné le dossier de santé de certains résidents ainsi que la politique du foyer visant le recours minimal à la contention.

La PSSP 114, également chargée des soins de réadaptation, pensait qu'une formation sur la contention avait été offerte par l'ergothérapeute qui visite le foyer chaque mois. Elle ne se souvenait pas de la date de la dernière formation.

Les PSSP 110 et 107, qui sont employées par le foyer depuis plus de 20 ans, ont affirmé n'avoir reçu aucune formation sur la contention et les appareils d'aide personnelle. Le PSSP 107 pensait qu'un physiothérapeute avait offert une séance environ cinq ans auparavant. L'IA 101, qui travaille au foyer depuis trois ans, a indiqué qu'elle n'avait pas reçu de formation sur les mesures de contention et les appareils d'aide personnelle, ni au moment de son embauche ni annuellement.

Lors d'un entretien, la responsable de la formation a indiqué que la formation sur les mesures de contention et les appareils d'aide personnelle n'avait pas été offerte au personnel fournissant des soins directs, notamment au personnel infirmier, depuis au moins quatre ans; qu'elle a également dit ne pas savoir que cette formation devait être donnée chaque année. Elle a également indiqué que le programme d'orientation offert par le foyer n'incluait pas de formation sur les mesures de contention ou les appareils d'aide personnelle.

Lors d'un entretien le 3 novembre 2015, la directrice des soins a indiqué que le foyer n'avait pas fourni de formation au personnel qui applique des appareils mécaniques ou des appareils d'aide personnelle ou qui surveille les résidents maîtrisés au moyen de tels appareils et qu'il n'avait pas non plus fourni la formation qu'exige la loi au moment de l'embauche et annuellement sur l'application, l'utilisation et les dangers potentiels de ces appareils mécaniques.

Contention au moyen d'un appareil mécanique non prévue dans le programme de soins du résident 029

Le résident 029 a été admis au foyer un jour particulier de l'hiver 2011 avec plusieurs affections, notamment un accident cérébral vasculaire et une dépression, ainsi qu'une amputation et un trouble épileptique. Selon l'évaluation la plus récente, qui date du 7 octobre 2015, le résident était autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne, était confiné à un fauteuil roulant qu'il faisait pousser et n'avait pas de mesures de contention du tronc ou n'était pas dans des fauteuils l'empêchant de se lever.

L'examen du programme de soins le plus récent (daté d'août 2015) a révélé que le résident 029 portait une ceinture de sécurité à fermeture frontale lorsqu'il était dans son fauteuil roulant. La note indiquait également que la ceinture à fermeture frontale ne servait pas à maîtriser le résident.

Les 28 et 29 octobre et le 2 novembre 2015, l'inspectrice a observé le résident 029 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture à quatre points d'arrimage attachée devant. Quand on lui a demandé s'il pouvait détacher la ceinture à attache frontale, le résident n'avait pas la capacité physique requise pour le faire. Il convient de noter que le résident était paralysé d'un membre, qui reposait sur un dispositif d'appui coussiné.

La PSSP 122 a indiqué que le résident portait une ceinture de sécurité frontale lorsqu'assis dans son fauteuil roulant. Elle pensait qu'il était incapable d'enlever sa ceinture et que celle-ci lui avait été mise pour l'empêcher de tomber. La PSSP a indiqué qu'elle ne pensait pas que le résident était capable d'enlever la ceinture de sécurité à attache frontale.

L'IAA 125 a indiqué que la ceinture était appliquée au résident par mesure de sécurité, pour la prévention des chutes et les changements de position. Elle a indiqué qu'auparavant le résident avait l'habitude d'essayer de se lever de son fauteuil roulant mais qu'il n'avait plus essayé depuis un an. L'IAA a indiqué qu'elle ne pensait pas que le résident était capable d'enlever la ceinture de sécurité à attache frontale.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe des soins a indiqué que le programme de soins le plus récent ne fournissait pas de directives claires à l'intention du personnel concernant l'utilisation

quotidienne d'un appareil mécanique tel qu'une ceinture de sécurité à attache frontale pour maîtriser le résident 029.

L'application de l'appareil mécanique du résident 010 n'était pas conforme aux instructions particulières du médecin.

Le résident 010 a été admis avec plusieurs affections, notamment la maladie d'Alzheimer avec déficience cognitive sévère et une maladie oculaire particulière. Selon l'évaluation la plus récente, le résident a été évalué comme n'ayant pas besoin d'une mesure de contention du tronc.

Lors d'observations faites les 27, 29 et 30 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé le résident 010 dans un fauteuil roulant inclinable avec ceinture de sécurité à attache frontale, ainsi qu'une tablette coussinée. Lorsqu'on lui a demandé d'enlever la tablette et de détacher la ceinture de sécurité à fermeture frontale, le résident n'avait pas la capacité cognitive de le faire.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé que, selon la révision trimestrielle des médicaments datée d'un jour particulier de septembre 2015 par le médecin, les mesures de sécurité suivantes avaient été prescrites :

- attacher la ceinture ventrale (à attache frontale) PRN (au besoin) par mesure de sécurité et prévoir une période de repos;
- fixer la tablette au fauteuil roulant ou au fauteuil berçant PRN (au besoin) par mesure de sécurité et prévoir une période de repos.

Un examen des appareils de contention (dossier des observations et des changements de position pour le mois d'octobre 2015) a révélé que le résident 005 portait une ceinture de sécurité ventrale à attache frontale et qu'il avait une tablette fixée à son fauteuil roulant de 7 h à 20 h ou 21 h tous les jours. Il n'y avait pas de documentation indiquant que ces mesures étaient appliquées selon l'ordre du médecin, par exemple au besoin, ni de disposition prévoyant une période de repos.

Lors d'un entretien, la PSSP 114, également chargée des soins de réadaptation, a indiqué que le résident avait une ceinture de sécurité à attache frontale et une tablette en tout temps, et non pas au besoin comme le voulaient les ordres du médecin. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas de périodes de repos pour le résident, sauf les huit jours d'octobre 2015 cités, lors desquels deux membres du personnel l'ont fait marcher. La PSSP 103 a indiqué le 30 octobre 2015 que le résident avait une ceinture de sécurité à attache frontale et une tablette pour prévenir les chutes. La PSSP a indiqué que le résident avait ces mesures de contention pour prévenir les chutes et pour sa sécurité, qu'elle a ajouté qu'elle n'était pas au courant des chutes récentes et ignorait que le résident avait essayé de se lever de son fauteuil roulant. Elle a également indiqué que la ceinture de sécurité à attache frontale et la tablette étaient appliquées le matin quand le résident était installé dans le fauteuil roulant pour le petit-déjeuner. Elle a indiqué que le résident ne se reposait pas après le petit-déjeuner ni après le déjeuner et regardait la télévision dans le salon ou dans sa chambre.

La directrice adjointe des soins a indiqué que rien n'était prévu pour accorder au résident 010 des périodes de repos lors desquelles il serait libéré de sa ceinture à attache frontale et de sa

tablette durant les quarts de jour et de nuit. Elle a également indiqué que les appareils mécaniques n'étaient pas appliqués selon les directives particulières du médecin.

Aucun ordre du médecin ou consentement d'un mandataire spécial n'avait été donné à l'égard de la contention du résident 005 au moyen d'un appareil mécanique.

Les 28, 29 et 30 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé le résident 005 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture de sécurité attachée devant et une tablette en plastique transparente attachée à l'arrière du fauteuil roulant. Deux fois, le résident s'était endormi devant la télévision dans le salon et, une autre fois, dans sa chambre, près de son lit.

Lors de l'examen du dossier de santé du résident, on n'a pas trouvé d'ordres du médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure ni de consentement du mandataire spécial concernant l'utilisation d'une tablette s'attachant derrière.

Le programme de soins le plus récent daté d'un jour d'octobre 2015 indiquait que le résident utilisait un fauteuil roulant inclinable, une tablette, des repose-pieds et une ceinture à attache frontale. Il n'y avait pas de documentation indiquant que la tablette s'attachait à l'arrière du fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, les PSSP 116 et 103 ont indiqué que le résident avait une tablette à manchon arrière attaché à l'arrière du fauteuil. Les deux PSSP ont indiqué que la ceinture de sécurité et la tablette étaient utilisées pour la sécurité du résident et pour prévenir les chutes, mais aussi pour y placer les boissons de la collation et se reposer les bras. La PSSP 116 a indiqué qu'elle pensait que parfois le résident mettait les mains sous la tablette et la repoussait.

La directrice adjointe des soins a indiqué, le 30 octobre 2015, que le personnel appliquait un appareil mécanique tous les jours, par exemple une tablette avec manchon arrière attaché que le résident 005 était incapable de détacher. La directrice des soins a également indiqué que la contention au moyen d'un appareil mécanique n'avait pas été ordonnée ni approuvée par un médecin ou une infirmière autorisée de la catégorie supérieure et que le consentement du mandataire spécial à cet égard n'avait pas été obtenu, contrairement aux exigences législatives. L'état des résidents 005 et 029 n'a pas été réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'a pas été évaluée, contrairement aux exigences prévues dans les règlements.

Les 28, 29 et 30 octobre 2015, l'inspectrice 545 a observé le résident 005 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture de sécurité attachée devant et une tablette en plastique transparente attachée à l'arrière du fauteuil roulant. Deux fois, le résident s'était endormi devant la télévision dans le salon et, une autre fois, dans sa chambre, près de son lit.

L'examen des directives trimestrielles du médecin (septembre 2015) a révélé que les mesures de contention suivantes avaient été prescrites depuis l'admission un jour particulier de l'automne 2012 :

- sécurité : ceinture ventrale (attache frontale) fixée au fauteuil roulant pour la sécurité et une posture optimale.
- dispositifs de sécurité : 2 côtés de lit relevés pour la sécurité.

Le programme de soins le plus récent, daté d'un jour particulier d'octobre 2015, indiquait que le résident utilisait un fauteuil roulant inclinable, une tablette, des repose-pieds et une ceinture à attache frontale. Il était également documenté que le résident était à risque moyen pour les chutes.

Un consentement signé par le membre de la famille du résident un jour particulier de l'automne 2012 indiquait qu'une ceinture de sécurité ventrale (s'attachant à l'avant) et deux côtés de lit seraient utilisés pour accroître la sécurité du résident en raison d'une perte de tonus musculaire, d'une mobilité réduite, d'incontinence, de constipation et d'une mauvaise circulation. Les avantages documentés étaient : la réduction du risque de chute et le sentiment de sécurité. Aucune autre évaluation des méthodes de contention n'a été trouvée dans le dossier de santé du résident.

Lors d'un entretien, la PSSP 114, également préposée aux soins de réadaptation, a indiqué que le physiothérapeute aurait dû réévaluer les mesures de contention du résident pour examiner le risque; cependant, qu'elle a été incapable de fournir la preuve de cela. Elle a également indiqué que le résident avait été admis avec les trois méthodes de contention : fauteuil inclinable, ceinture de sécurité avec attache frontale et tablette attachée derrière.

Lors d'un entretien le 30 octobre 2015, la directrice adjointe des soins a indiqué que les méthodes de contention du résident 005 n'avaient pas été réévaluées depuis sa réadmission en 2012 pour déterminer le risque. La directrice adjointe des soins a également indiqué qu'à sa connaissance, le résident 005 n'avait pas fait de chutes récemment ni de tentatives pour se lever de son fauteuil roulant et que, compte tenu de son état actuel, certaines de ces mesures de contention n'étaient probablement plus nécessaires.

Les 28 et 29 octobre et le 2 novembre 2015, l'inspectrice a observé le résident 029 dans un fauteuil roulant inclinable avec une ceinture de sécurité à quatre points d'arrimage attachée devant. Quand on lui a demandé s'il pouvait détacher la ceinture à attache frontale, le résident n'avait pas la capacité physique requise pour le faire. Il convient de noter que le résident était paralysé d'un membre, qui reposait sur un dispositif d'appui coussiné.

L'examen des directives trimestrielles du médecin (en septembre 2015) a révélé que les mesures de contention suivantes avaient été prescrites depuis mars 2015 :

- sécurité : ceinture ventrale (attache frontale) fixée au fauteuil roulant pour la sécurité et une posture optimale.
- dispositifs de sécurité : 2 côtés de lit relevés pour la sécurité.

Le programme de soins le plus récent, daté d'un jour particulier de septembre 2015, indiquait que, lorsqu'il était en fauteuil roulant, le résident portait une ceinture de sécurité à attache frontale pour une posture optimale, et non pas comme mesure de contention. Il n'y avait aucune mention de l'utilisation d'un fauteuil roulant inclinable empêchant le résident de se lever.

Un consentement signé par le membre de la famille du résident un jour particulier de décembre 2011 indiquait qu'une ceinture à quatre points d'arrimage serait utilisée pour rehausser le soutien postural et le confort et pour réduire le risque de chutes et de blessures. Il

n'y avait pas de documentation indiquant que l'état du résident et l'efficacité de la contention avaient été réévalués depuis son admission en 2011.

La PSSP 122 a indiqué que le résident 029 portait une ceinture de sécurité attachée devant et était dans un fauteuil roulant inclinable. Elle a également indiqué que le résident était incapable de détacher la ceinture de sécurité et qu'elle ne l'avait jamais vu essayer de se lever de son fauteuil roulant.

Lors d'un entretien le 2 novembre 2015, la directrice adjointe des soins a indiqué que les méthodes de contention du résident 029 n'avaient pas été réévaluées depuis son admission en 2011 pour examiner le risque ou l'efficacité des appareils de contention. La directrice adjointe des soins a également indiqué qu'à sa connaissance, le résident n'avait pas fait de tentatives récemment pour se lever de son fauteuil roulant et que, compte tenu de son état actuel, il faudrait peut-être réévaluer la contention au moyen d'appareils mécaniques.

Pour les résidents 005, 010 et 020, il n'y a pas de solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire. Ces résidents ont été observés durant leur contention au moyen d'appareils mécaniques entre le 26 octobre et le 6 novembre 2015. Le dossier de santé de ces résidents a été examiné et il n'y avait pas de documentation concernant des solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire.

Le formulaire de consentement à la contention au moyen d'un appareil mécanique ou d'une substance chimique du résident 005 indiquait, un jour particulier de novembre 2012, que les choix examinés étaient l'utilisation de deux côtés de lit relevés pour la sécurité du résident et le port d'une ceinture de sécurité à attache frontale pour sa sécurité et une posture optimale.

Le formulaire de consentement à la contention au moyen d'un appareil mécanique ou d'une substance chimique du résident 010 indiquait, un jour particulier de janvier 2014, que les choix examinés étaient le port d'une ceinture de sécurité à attache frontale lui permettant d'être en sécurité et, au besoin, de se reposer lorsqu'assis dans un fauteuil roulant et l'utilisation d'une tablette lui permettant d'être en sécurité et, au besoin, de se reposer lorsqu'assis dans un fauteuil roulant ou dans un fauteuil berçant.

Le formulaire de consentement à la contention au moyen d'un appareil mécanique ou d'une substance chimique du résident 029 indiquait, un jour particulier de décembre 2011, que les choix examinés étaient le port d'une ceinture de sécurité à quatre points d'arrimage et l'utilisation de deux côtés de lit comme appareils mécaniques.

La directrice des soins a confirmé que les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, y compris la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire, n'ont pas été offertes aux trois résidents susmentionnés.

Il est noté que ce non-respect concernant le recours minimal à la contention avait été signalé précédemment dans un plan de redressement volontaire lors de l'inspection de la qualité des services aux résidents de 2014. (550)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 23 juin 2016**

**Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice**Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la  
*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8**RÉEXAMEN ET APPELS****AVIS IMPORTANT :**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

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

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

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

**Commission d'appel et de révision des services de santé**À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5**et Directeur**a.s. du commis aux appels  
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
TORONTO (Ontario) M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603

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

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

**Date de délivrance :**



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

Health System Accountability and Performance Division  
Performance Improvement and Compliance Branch

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

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

**Signature de l'inspecteur :**

**Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :**

**Bureau régional de services :**

Original signé par

Ottawa