



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

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

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

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

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

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

Ottawa Service Area Office 347
Preston St Suite 420 OTTAWA
ON K1S 3J4
Telephone : (613) 569-5602
Facsimile : (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie du public modifiée

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
1 août 2018	2018_621547_0019 (A2)	007094-18	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Titulaire de permis

Genesis Gardens Inc.
1004, chemin Bucksin, Orleans ON K1C 2Y6

Foyer de soins de longue durée

Foyer St-Viateur Nursing Home
1003, chemin Limoges Sud, Limoges ON K0A 2M0

Nom de l'inspectrice



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

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

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

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

Modifié par LYNE DUCHESNE (117) - (A2)

Résumé de l'inspection modifié

L'administrateur du domicile a demandé une prolongation de la date d'échéance de l'ordre de conformité n ° 001 pour tenir compte de la formation du personnel et de l'examen et de la synthèse des politiques. La nouvelle date d'échéance de conformité est le 14 septembre 2018.

Émis le 1 août 2018 (A2).

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice.



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

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

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

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

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

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

Ottawa Service Area Office
347 Preston St Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone : (613) 569-
5602
Facsimile : (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie du public modifiée

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
1 août 2018	2018_621547_0019 (A2)	007094-18	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Titulaire de permis

Genesis Gardens Inc.
1004, chemin Bucksin, Orleans ON K1C 2Y6

Foyer de soins de longue durée

Foyer St-Viateur Nursing Home
1003, chemin Limoges Sud, Limoges ON K0A 2M0

Nom de l'inspectrice



Modifié par LYNE DUCHESNE (117) - (A2)

Résumé de l'inspection modifié

Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27 et 30 avril 2018.

Les rapports d'incidents critiques suivants ont été inspectés simultanément au cours de cette inspection :

Les registres n° 003600-17 — rapport d'incident critique n° 2746-000003-17; n° 000380-17 — rapport d'incident critique n° 2746-000001-17; n° 029715-17 — rapport d'incident critique n° 2746-000017-17; et n° 002035-18 — rapport d'incident critique n° 2746-000001-18 concernaient des chutes de personnes résidentes;

Le registre n° 005053-17 — rapport d'incident critique n° 2746-000005-17 concernait une altercation avec blessure d'une personne résidente de la part d'une personne résidente;

Le registre n° 007813-17 — rapport d'incident critique n° 2746-000008-17 concernait un décès inattendu d'une personne résidente;

Les registres n° 011942-17 — rapport d'incident critique n° 2746-000013-17 et n° 005719-18 — rapport d'incident critique n° 2746-000010-18 concernaient des lésions à des personnes résidentes pour des raisons inconnues;

Le registre n° 003530-18 — rapport d'incident critique n° 2746-000002-18 concernait un cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel;

La plainte suivante été inspectée simultanément au cours de cette inspection :

Le registre n° 020096-17 concernait des préoccupations en lien avec une chute de personne résidente et avec la qualité de la nourriture du foyer.



Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, directrice ou directeur des soins (DDS), directrice ou directeur adjoint des soins (DADS), coordonnatrice ou coordonnateur du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation (RAI), directrice ou directeur des activités, superviseure ou superviseur de l'entretien, chef de bureau, responsable de la nutrition, diététiste agréé(e), infirmières ou infirmiers autorisés (IA), infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), une personne préposée aux services de soutien à la personne pour les soins de rétablissement, aide-ménagère ou aide-ménager, cuisinière ou cuisinier, personnes préposées au service d'alimentation, personnes résidentes et membres des familles.

En outre, les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des documents relatifs à la préparation alimentaire, notamment des menus planifiés, des procès-verbaux du conseil des résidents, des procès-verbaux du conseil des familles, des documents relatifs aux enquêtes du foyer concernant des incidents critiques qui ont été soumis par la ou le titulaire de permis, ainsi que des politiques et marches à suivre concernant ce qui suit : mauvais traitements de personnes résidentes, obligation de faire rapport des incidents critiques, soins de la peau et des plaies, chutes et incidents liés à des médicaments. Les inspectrices ont observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes. Les inspectrices ont examiné l'administration des médicaments et les endroits où ils sont entreposés, et ont observé des services de repas. Les inspectrices ont également examiné ce qui suit : documents d'enquête interne, information sur la formation du personnel, horaires de travail du personnel, attribution des tâches et dossiers du personnel pertinents pour cette inspection.



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

Services d'hébergement — entretien ménager

Prévention des chutes

Conseil des familles

Hospitalisation et changement de l'état pathologique

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Nutrition et hydratation

Douleur

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Rapports et plaintes

Conseil des résidents

Comportements réactifs

Soins de la peau et des plaies

Des non-respects ont été constatés au cours de l'inspection initiale :

14 AE

5 PRV

2 OC

0 RD

0 OTA



NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD — Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

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

AE n° 1 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007, art. 19. Obligation de protéger

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 19. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 012 soit protégée contre des mauvais traitements d'ordre sexuel.

Selon le Règlement de l'Ontario 79/10 « mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend : soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime.



Cette inspection concerne le registre n° 003530-18.

À une certaine date, la ou le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique concernant un incident observé de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui avait eu lieu quatre jours auparavant. On indiquait dans ce rapport d'incident critique que la préposée ou le préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) 120 avait observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à la personne résidente 012 à une certaine partie du corps en disant : « Qu'est-ce que c'est ? »

L'inspectrice 592 a examiné les documents de l'enquête interne de la ou du titulaire de permis. Ces documents révélaient que la ou le PSSP 120 avait observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à une certaine partie du corps de la personne résidente 012, et que celle-ci disait aux PSSP 120 et 122 : « je n'aime pas ça quand cette personne fait ça ».

Au cours de cette inspection, les inspectrices 592 et 547 ont eu un entretien avec la ou le PSSP 120, qui a indiqué avoir observé l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012 de la part d'un membre du personnel à cette date déterminée au début du poste du soir. La ou le PSSP 120 a indiqué avoir fait rapport de cet incident à une superviseure ou un superviseur immédiat comme cela est requis trois jours seulement après l'incident en arrivant au travail pour le poste du soir. La ou le PSSP 120 a fait rapport de cet incident qui avait eu lieu le soir de cette date déterminée à l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 124, et ces deux personnes étaient alors allées faire rapport de cet incident à la ou au DDS et à la codirectrice ou au codirecteur des soins. La ou le PSSP 120 a indiqué avoir discuté de cet incident avec les PSSP 121, 123 et 128 le soir de cet incident. La ou le PSSP 120 a indiqué en outre que la personne résidente a effectivement des problèmes de mémoire, mais qu'elle est en mesure de communiquer sur le moment ses préférences et aversions, et c'est avec ces commentaires que la ou le PSSP 120 a alors réalisé que c'était incorrect. La directrice ou le directeur adjoint des soins du foyer a indiqué aux inspectrices 592 et 547 que la ou le PSSP 122 avait continué de travailler au foyer à cette date déterminée ainsi que le lendemain soir en étant affecté aux soins de la personne résidente 012, car on avait mis au courant de cet incident la ou le titulaire de permis seulement trois jours plus tard.

Ainsi, la personne résidente 012 n'a pas été protégée contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la ou du PSSP 122 quand :



A. les PSSP 120, 121, 123 et 128 ont omis de faire rapport immédiatement, au ou à la titulaire de permis et au directeur, de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui avait eu lieu à une date déterminée, permettant à l'agresseur présumé d'être dans les unités de soins infirmiers à cette date déterminée et lors du poste du lendemain soir, sans avoir pris de précautions supplémentaires pour protéger la personne résidente 012 ou d'autres personnes résidentes des unités de soins infirmiers;

B. Quand la ou le titulaire de permis a pris connaissance de l'incident observé de mauvais traitement d'une personne résidente par un membre du personnel trois jours plus tard, il ou elle n'a pas immédiatement fait une enquête, ni fait rapport au directeur de l'incident de mauvais traitement d'une personne résidente par un membre du personnel comme l'exigent les dispositions législatives et la politique de la ou du titulaire de permis intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements envers une personne résidente) comme on l'indique aux AE n° 9,10 et 11;

C. La ou le titulaire de permis a omis de faire immédiatement rapport de l'incident observé de mauvais traitement d'une personne résidente par un membre du personnel à la police et à la mandataire ou au mandataire spécial (MS) de la personne résidente après avoir été avisé de cet incident, trois jours plus tard, comme on l'indique aux AE n° 12 et 13. [Paragraphe 19. (1)]

2. La ou le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la personne résidente 034 soit protégée contre des mauvais traitements d'ordre physique.

Selon le Règlement de l'Ontario 79/10, « mauvais traitement d'ordre physique » s'entend : de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur, sous réserve du paragraphe (2) est exclu l'usage de la force qui est approprié dans le cadre de la fourniture de soins ou au titre de l'aide fournie à un résident pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, sauf si cet usage est abusif compte tenu de la situation de la personne résidente.

Cette inspection concerne le registre n° 005719-18.

À une date déterminée, la directrice ou le directeur des soins (DDS) a soumis un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé à la personne résidente 034 une lésion importante à un certain endroit du corps qu'un membre du personnel infirmier autorisé avait découvert cinq jours plus tôt. La ou le titulaire de permis a entrepris une enquête concernant cette lésion corporelle quatre jours

seulement après sa découverte lorsque la personne résidente 034 avait manifesté une douleur et un inconfort importants liés à cette lésion corporelle. Durant l'inspection, la ou le DADS a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on avait déterminé que cette lésion corporelle importante pour la personne résidente 034 avait résulté des soins fournis par le personnel infirmier, car il n'y avait pas de mention de chutes pour cette personne résidente qui dépend du personnel infirmier pour tous les soins et qui nécessite un lève-personne mécanique pour les transferts.

Ainsi, la personne résidente 034 n'a pas été protégée des mauvais traitements d'ordre physique comme l'indique ce qui suit :

A. Quand la ou le titulaire de permis a pris connaissance de la lésion corporelle importante de la personne résidente 034 à une date déterminée, il ou elle n'a pas immédiatement enquêté sur cette lésion et ne l'a fait que quatre jours plus tard quand la personne résidente 034 a manifesté une douleur et un inconfort accrus comme on l'indique dans l'AE n° 8.

B. Quand la ou le titulaire de permis a pris connaissance à une date déterminée de la lésion corporelle et de la douleur importantes de la personne résidente 034, il ou elle n'a pas fait rapport au directeur de l'incident de lésion importante à une partie déterminée du corps de la personne résidente au titre de cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique comme l'exigeaient les dispositions législatives et la politique de la ou du titulaire de permis intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitement envers une personne résidente) comme on l'indique dans l'AE n° 10;

C. La ou le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport de l'incident de cas soupçonné de mauvais traitement d'ordre physique à la police et à la mandataire ou au mandataire spécial de la personne résidente (MS) comme on l'indique dans les AE n° 11 et 12. [Paragraphe 19 (1)]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 032 soit protégée contre des mauvais traitements d'ordre physique.

Selon le Règlement de l'Ontario 79/10, « mauvais traitement d'ordre physique » s'entend : de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur, sous réserve du paragraphe (2) est exclu l'usage de la force qui est approprié dans le cadre de la fourniture de soins ou au titre de l'aide fournie à un résident pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, sauf si cet usage est abusif compte tenu de la situation de la personne résidente.



Cette inspection concerne le registre n° 011942-17.

À une date déterminée, la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) a soumis un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé une lésion à la personne résidente 032 deux jours plus tôt. Le foyer avait immédiatement entrepris une enquête sur cet incident concernant un éventuel mauvais traitement d'ordre physique envers la personne résidente 032, car on n'avait signalé aucune chute pour cette personne résidente qui est dépendante pour tous les soins et nécessite un lève-personne mécanique pour les transferts.

L'inspectrice 547 a examiné les documents de l'enquête interne de la ou du titulaire de permis. Ces documents révélaient que la ou le DDS et la ou le DADS n'avaient pas été en mesure de définir comment la personne résidente 032 pouvait avoir subi cette lésion importante. Des entretiens avec la ou le DDS et la ou le DADS et l'inspectrice 547 ont déterminé que la lésion de la personne résidente 032 devait avoir été provoquée par des soins fournis par du personnel infirmier.

Ainsi, la personne résidente 032 n'a pas été protégée contre des mauvais traitements d'ordre physique comme l'indique ce qui suit :

A. Quand la ou le titulaire de permis a pris connaissance de la lésion et de la douleur importantes de la personne résidente 032 à une date déterminée, il ou elle n'a pas fait rapport au directeur de l'incident de lésion corporelle et de douleur importantes au titre de cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique comme l'exigeaient les dispositions législatives et la politique de la ou du titulaire de permis intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitement envers une personne résidente) comme on l'indique dans les AE n° 8 et 10;

B. La ou le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport de l'incident de cas soupçonné de mauvais traitement d'ordre physique à la police et à la mandataire ou au mandataire spécial de la personne résidente (MS) comme on l'indique dans les AE n° 11 et 12. [Paragraphe 19 (1)]

Autres mesures requises :

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

(A2) Les ordres suivants ont été modifiés: CO # 001

AE n° 2 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007, art. 6. Programme de soins.

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente 030 lui soient fournis tel que le précise le programme.

Cette inspection concerne le registre n° 007813-17.

La ou le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique à une date déterminée concernant le décès inattendu et soudain de la personne résidente 030 survenu quatre jours auparavant en mangeant un certain aliment qui a provoqué son étouffement.

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 030 qui indiquaient qu'elle avait été admise la veille de cet incident et faisait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont un diagnostic particulier concernant une difficulté de déglutition. Les renseignements concernant la déglutition, fournis lors de la sortie de l'hôpital la veille de l'admission au foyer de soins de longue durée, fournissaient des recommandations et des interventions particulières en matière de régime alimentaire.

L'inspectrice 592 a examiné l'« Admission Nursing Assessment » (évaluation initiale en soins infirmiers lors de l'admission) de la ou du titulaire de permis et le programme de soins de 24 heures qui indiquaient que pour manger la personne résidente 030 nécessitait l'assistance d'une personne assurant une étroite surveillance relativement à la toux et au risque d'aspiration de corps étranger.



L'inspectrice 592 a examiné l'« Unit Daily Record » (journal quotidien de l'unité) du foyer pour la date déterminée de l'admission et le lendemain de l'incident. Le journal quotidien de l'unité pour le poste du soir de la date d'admission indiquait que la personne résidente 030 était nouvellement admise, devait être assise à une certaine table et faire l'objet d'une étroite surveillance de la part du personnel infirmier. Le journal quotidien de l'unité indiquait que le personnel infirmier devait veiller à ce que la personne résidente mange lentement et avale la nourriture avant d'en prendre une autre cuillerée.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice 592 a eu des entretiens avec les préposées ou préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) 115 et 116, qui ont indiqué que lorsqu'une personne résidente est admise au foyer, tous les renseignements concernant les besoins nutritionnels et le degré d'assistance requis figurent sur un formulaire particulier mis à la disposition de tous les membres du personnel infirmier. Les deux PSSP ont également indiqué que tous les renseignements doivent être communiqués sur le rapport de soins infirmiers de 24 heures (journal quotidien de l'unité) lors de chaque changement de poste, pendant plusieurs jours jusqu'à ce que le personnel connaisse la personne résidente. Les PSSP ont indiqué en outre que s'ils ne connaissaient pas très bien les besoins en soins, on leur demandait de consulter le personnel infirmier autorisé pour avoir des directives. La ou le PSSP 115, qui était sur les lieux pendant l'incident concernant la personne résidente 030, a indiqué à l'inspectrice ne pas avoir été affecté(e) pour assister la personne résidente au petit déjeuner lorsque l'incident s'est produit, la ou le PSSP a toutefois indiqué avoir entendu tousser la personne résidente 030, et que la ou le PSSP qui se trouvait à la table avec la personne résidente avait appelé à l'aide. La ou le PSSP 115 a indiqué en outre que la personne résidente 030 était reconnue comme présentant un risque élevé d'étouffement, car elle mangeait très vite et que le personnel devait la faire ralentir après chaque bouchée. La ou le PSSP 115 a indiqué que la personne résidente était assise à une table et qu'une ou un PSSP était présent tout le temps, toutefois la ou le PSSP 115 ne se souvenait pas quel était la ou le PSSP affecté à la personne résidente ce jour-là. La ou le PSSP 115 a indiqué en outre que l'IA avait informé l'ensemble des PSSP des recommandations et interventions particulières en matière de régime alimentaire, lors du rapport de 6 heures du matin de cette date-là après l'admission de la personne résidente 030.

La ou le PSSP 117 a indiqué à l'inspectrice 592 avoir été affecté(e) à la table de la personne résidente 030 à l'heure du petit déjeuner lorsque l'incident s'est produit à une certaine date. La ou le PSSP 117 a indiqué que la personne résidente 030 mangeait sans assistance et qu'elle était assise à cette table pour bénéficier d'une surveillance pendant que la ou le PSSP faisait manger d'autres personnes résidentes à la même table. La ou le PSSP 117 a indiqué que la personne résidente 030 était assise dans un fauteuil roulant de l'autre côté de la table. La ou le PSSP 117 a indiqué qu'une ou un autre PSSP avait donné des instructions concernant la possibilité que la personne résidente 030 s'étouffe et le fait que les PSSP devaient la surveiller. La ou le PSSP 117 a indiqué que le personnel de la cuisine avait servi un certain aliment à la personne résidente 030 et que l'on avait remarqué qu'elle mangeait très vite. La ou le PSSP 117 a indiqué qu'environ deux minutes plus tard, la personne résidente 030 avait commencé à tousser et que l'on avait immédiatement appelé l'infirmière ou l'infirmier. La ou le PSSP 117 a indiqué ne pas être au courant d'autres interventions concernant spécifiquement la personne résidente 030 à ce moment-là. L'inspectrice 592 a demandé comment on met au courant les PSSP des besoins nutritionnels particuliers des personnes résidentes nouvellement admises. La ou le PSSP 117 a indiqué en outre qu'habituellement, les PSSP consultaient le personnel de la cuisine avant de servir à la personne résidente tout aliment d'un régime alimentaire particulier ou pour avoir des recommandations. La ou le PSSP 117 a indiqué qu'à cette date déterminée, le personnel de la cuisine avait servi le matin ces aliments particuliers aux personnes résidentes, et qu'il n'était pas nécessaire de vérifier le régime alimentaire de la personne résidente 030 auprès du personnel de la cuisine.

La directrice ou le directeur des soins (DDS) et la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) ont indiqué à l'inspectrice 592 que les renseignements concernant les besoins nutritionnels de la personne résidente 030 avaient été communiqués lors du rapport du matin. Ces deux personnes ont indiqué que la ou le PSSP 117 n'avait pas fourni les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente 030 pour ce qui concernait ses besoins nutritionnels comme le précisait son programme de soins.

2. La directrice ou le directeur des soins (DDS) et la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) ont déterminé que la personne résidente 031 présentait un risque élevé d'étouffement et devait avoir en place des interventions nutritionnelles précises pour prévenir un étouffement.



L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 031 qui indiquaient qu'elle avait été admise à une certaine date en faisant l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. Selon la plus récente évaluation fournie par l'orthophoniste et effectuée à une certaine date, la personne résidente 031 nécessitait une assistance totale du personnel pour s'alimenter, car elle avait tendance à garder la nourriture dans la bouche en mangeant. On avait évalué qu'elle était capable d'avaler correctement quand le personnel lui prodiguait des encouragements verbaux pour avaler. Le programme de soins écrit de la personne résidente comportait plusieurs recommandations.

À une certaine date pendant cette inspection, l'inspectrice 592 a observé une ou un préposé aux services d'alimentation qui distribuait des boissons dans la salle à manger pendant le service du petit déjeuner, et versait ensuite des liquides à consistance de miel dans trois verres en plastique ordinaires. L'inspectrice 592 a observé ces trois verres en plastique ordinaires sur la table d'une personne résidente, un contenait de l'eau, un autre du lait et un troisième du jus d'orange. On remarquait également à côté de ces trois verres en plastique un contenant en plastique étiqueté « épaississant ». La ou le PSSP 106 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il fallait de la poudre épaississante pour la personne résidente 031. Le personnel infirmier doit ajouter cette poudre épaississante pour donner une consistance de pudding au liquide à consistance de miel pour la personne résidente afin que le liquide ne dégoutte pas de la cuillère. La ou le PSSP 106 a indiqué en outre que la personne résidente 031 oublie d'avaler et que le personnel doit lui prodiguer des encouragements pour qu'elle avale après chaque bouchée.

L'inspectrice 592 a observé l'infirmière ou l'infirmier autorisé (IA) 102 assis à côté de la personne résidente 031 lors de ce service du petit déjeuner pendant que le personnel du service d'alimentation servait un certain aliment à la personne résidente.

L'inspectrice 592 a observé l'IA 102 qui prenait le verre de lait et le remuait avec une cuillère sans ajouter de poudre épaississante. L'IA 102 s'est tourné(e) vers la personne résidente pour lui donner le verre de lait quand la ou le PSSP 106 l'a arrêté(e) et lui a indiqué qu'il fallait ajouter de la poudre épaississante dans le verre afin d'épaissir le liquide jusqu'à l'obtention d'une consistance de pudding. L'IA 102 a ajouté de la poudre épaississante dans le verre de lait en remuant avec une cuillère, et a alors donné une cuillerée de lait à la personne résidente 031. L'inspectrice 592 a remarqué que le lait n'avait pas la consistance d'un pudding, car on remarquait qu'il dégouttait de la cuillère. L'inspectrice 592 s'est approchée de la table de la personne résidente 031, l'IA 102 avait déjà donné à celle-ci la cuillerée de lait et l'on remarquait que le lait coulait de la bouche de la personne résidente. L'inspectrice 592 a demandé

à l'IA 102 quelle texture et quelle consistance on donnait à la personne résidente 031. L'IA 102 a indiqué que la texture préparée pour la personne résidente 031 était appropriée, car l'on n'avait pas ce matin-là d'agent épaississant pour les produits en gelée, et que l'on utilisait donc de la poudre épaississante ce qui n'était pas la même chose et n'avait pas la même consistance. L'inspectrice 592 a demandé si l'IA 102 connaissait la description détaillée de l'exigence d'avoir une consistance de pudding afin que les liquides ne dégouttent pas de la cuillère. L'IA 102 a montré à l'inspectrice 592 la texture du liquide qui dégouttait de la cuillère et a dit que c'était la bonne texture. L'IA 102 a alors consulté la ou le PSSP 112 que l'on affectait régulièrement à la personne résidente 031 et qui n'était pas encore arrivé(e) à la table, et la ou le PSSP 112 a informé l'IA 102 que la consistance n'était pas appropriée pour la personne résidente 031, car elle était trop liquide, et l'on a observé la ou le PSSP 112 qui repoussait les deux autres verres contenant de l'eau et du jus d'orange, et qui ajoutait de la poudre épaississante dans le verre de lait jusqu'à ce qu'il fût d'une texture qui ne dégouttait pas de la cuillère. L'IA 102 a indiqué à l'inspectrice 592 être au courant de la consistance des liquides pour la personne résidente 031, car elle avait eu des contacts avec la personne résidente et l'orthophoniste, toutefois, l'IA a indiqué qu'étant donné que l'on n'avait pas d'agent épaississant pour les produits en gelée, il était difficile d'avoir la bonne texture pour la personne résidente ce matin-là.

À une date déterminée, la ou le DADS a indiqué à l'inspectrice 592 que les directives pour les interventions nutritionnelles particulières à fournir à la personne résidente 031 étaient très détaillées et claires. La ou le DADS a indiqué qu'au cours de la consultation avec l'orthophoniste on avait pris le temps de s'assurer que toutes les exigences particulières comme la description de la texture de pudding étaient claires pour tous les membres du personnel qui prenaient soin de la personne résidente 031. La ou le DADS a indiqué en outre que l'on ne répondait pas aux besoins nutritionnels de la personne résidente 031 comme le précise le programme de soins. [Paragraphe 6 (7)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'ordre ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 002.

AE n° 3 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

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

b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 8 (1) b), car le foyer n'a pas veillé à ce que toute politique et toute marche à suivre établies ou par ailleurs mises en place fussent respectées.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 48 (1) 2, la ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré et mis en œuvre au foyer le programme interdisciplinaire suivant : programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression et le recours à des interventions efficaces en la matière. Conformément au Règl. de l'Ont., disposition 30 (1) 1 - exigences générales - chaque programme structuré comme le programme de soins de la peau et des plaies doit avoir des politiques et des marches à suivre pertinentes.

La politique du foyer intitulée « Skin and Wound Policy » (politique relative aux soins de la peau et des plaies) révisée le 13 février 2018 a été fournie par la ou le DDS et examinée par l'inspectrice 592, et les exigences suivantes étaient documentées :

Marche à suivre :

3. « Déterminer le stade » de toute lésion de pression que l'on a remarquée et l'inscrire dans le « Weekly Leg Ulcer Assessment/Progress Tool » (outil d'évaluation hebdomadaire et de mesure des progrès des lésions de pression aux jambes) si la lésion de pression est à la jambe, ou dans le « Weekly Ulcer Assessment/ Progress Tool » (outil d'évaluation hebdomadaire et de mesure des progrès des lésions de pression) si la lésion de pression est sur le corps. Inscrire tous les autres problèmes de peau ou toutes les autres lésions que l'on a remarqués dans le « Skin Care Management –Treatment and Observation Record » (dossier de gestion des soins de la peau – traitement et observations).

5. Le personnel infirmier autorisé réévalue au minimum une fois par semaine tous les problèmes de peau remarqués, et inscrit les progrès sur le formulaire pertinent comme indiqué ci-dessus. Mesurer les progrès de toutes les lésions de pression à l'aide de l'outil « Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) » (échelle de cicatrisation des lésions de pression [PUSH]) utilisé conjointement avec le « Pressure Ulcer Healing Chart » (tableau de cicatrisation des lésions de pression).

La politique du foyer relative aux soins de la peau et des plaies contenait également une autre page intitulée « Wound Care » (soins des plaies) révisée le 4 mars 2008, qui a été révisée par l'inspectrice 592, et les exigences suivantes étaient documentées :

4. Toute personne résidente qui présente une rupture de l'épiderme ou une plaie doit être évaluée chaque semaine (le mercredi) et au besoin, par un membre du personnel infirmier autorisé, et les observations consignées sur le formulaire « Ulcer Assessment » (évaluation des lésions de pression) ou « Skin Care Management » (gestion des soins de la peau) selon ce qui convient. Cette documentation comprendra une description de l'endroit du corps, notamment la couleur, la taille, la profondeur, l'emplacement et l'étendue de tout drainage, l'état de l'endroit de la plaie et de la zone environnante.

On avait déterminé à une certaine date que la personne résidente 019 avait une lésion de pression déterminée, et on l'avait adressée à la ou au spécialiste en soins des plaies.

La ou le spécialiste en soins des plaies avait vu la personne résidente 019 deux jours plus tard, et les mesures de la plaie indiquaient que sa longueur était de 3 cm sur 1,5 cm de largeur et que l'on devait prodiguer un certain traitement à la personne résidente.



À une date déterminée, cinq mois plus tard environ, la personne résidente 019 nécessite toujours un traitement conformément aux ordres du médecin et de la ou du spécialiste en soins des plaies, car la lésion de pression ne s'est pas cicatrisée.

Lors d'un examen du « Skin Care Management –Treatment and Observation Record » (dossier de gestion des soins de la peau – traitement et observations) que le personnel autorisé utilise pour fournir un traitement aux personnes résidentes, le formulaire indiquait de rédiger des notes de l'évaluation de suivi hebdomadaire un certain jour de la semaine. Le formulaire indiquait également que la documentation hebdomadaire de l'évaluation des soins de la peau devait comprendre une description de l'endroit affecté : couleur, taille, profondeur, emplacement, drainage (couleur, odeur), état de la plaie et de la zone environnante. Il comportait également une colonne pour documenter l'évaluation hebdomadaire.

Lors d'un examen du « Skin Care Management –Treatment and Observation Record » (dossier de gestion des soins de la peau – traitement et observations) de la personne résidente 019 depuis cette date précise de début, on n'a pas trouvé de documentation concernant la taille et la profondeur de sa lésion de pression déterminée.

On a poursuivi l'examen avec deux autres personnes résidentes ayant des problèmes de soins de la peau et des plaies;

On avait déterminé que la personne résidente 027 avait des lésions de pression à certains endroits. Lors d'un examen du dossier de gestion des soins de la peau – traitement et observations, sur une période déterminée de quatre mois, l'inspectrice 592 n'a pas été en mesure de trouver de documentation concernant la taille et la profondeur réelles des deux lésions de pression.

On avait déterminé que la personne résidente 028 avait des lésions de pression à certains endroits. Lors d'un examen du « Skin Care Management –Treatment and Observation Record » (dossier de gestion des soins de la peau – traitement et observations) sur une période déterminée de quatre mois, l'inspectrice 592 n'a pas été en mesure de trouver de documentation concernant la taille et la profondeur réelles des deux lésions de pression.

Lors d'un entretien à une date déterminée, l'IA 102 a indiqué à l'inspectrice 592 que le formulaire utilisé pour toute altération de l'intégrité épidermique des personnes résidentes était le « Skin Care Management –Treatment and Observation Record » (dossier de gestion des soins de la peau – traitement et observations). L'IA 102 a indiqué en outre que les mesures et les évaluations des plaies étaient effectuées chaque semaine, au jour déterminé par l'IA ou l'IAA. Quand l'inspectrice s'est enquis des mesures et de la détermination du stade des lésions de la personne résidente 019, l'IA a examiné son dossier actuel de gestion des soins de la peau – traitement et observations, et a dit ne pas savoir si cela n'était plus requis, car le dossier n'était pas rempli pour la personne résidente 019. L'IA 102 a indiqué en outre que lorsque les plaies de la personne résidente s'amélioraient il n'était pas nécessaire de les mesurer, toutefois si elles ne s'amélioraient pas, alors le personnel infirmier autorisé les mesurerait. L'IA 102 n'avait pas connaissance d'autres formulaires que le foyer utilisait spécialement pour les lésions de pression.

À une certaine date, l'IA 104 a indiqué à l'inspectrice 592 ne pas connaître la taille et la profondeur des plaies des personnes résidentes 019, 027 et 028; en effet, le personnel infirmier autorisé ne mesurait pas les plaies, car c'était fait par la ou le spécialiste en soins des plaies. L'IA 104 n'avait pas connaissance d'autres formulaires que le foyer utilisait particulièrement pour les lésions de pression.

La ou le DDS a indiqué à l'inspectrice 592 que conformément à la politique du foyer le personnel infirmier autorisé devait effectuer une évaluation hebdomadaire des plaies pour chaque personne résidente dont on avait déterminé qu'elle avait une altération de l'intégrité épidermique, mais qu'on ne le faisait pas l'heure actuelle. La ou le DDS a indiqué en outre que pour toutes les personnes résidentes dont on a déterminé qu'elles ont des lésions de pression, on devrait utiliser un formulaire précis intitulé « Weekly Leg Ulcer Assessment/Progress Tool » (outil d'évaluation hebdomadaire et de mesure des progrès des lésions de pression aux jambes), mais qu'il n'était pas encore mis en œuvre. La ou le DDS a indiqué qu'il y avait un autre formulaire d'outil à utiliser pour les lésions de pression qui s'intitulait « Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) » (échelle de cicatrisation des lésions de pression [PUSH]) conjointement avec le « Pressure Ulcer Healing Chart » (tableau de cicatrisation des lésions de pression), cependant on ne les utilisait pas à l'heure actuelle. La ou le DDS a indiqué qu'actuellement le foyer utilisait le formulaire « Skin Care Management -Treatment and Observation Record » (dossier de gestion des soins de la peau – traitement et observations) pour tous les types d'altérations de l'intégrité épidermique, formulaire que l'on utilisait habituellement seulement pour les problèmes de peau ou les lésions. La ou le DDS a confirmé que l'on ne se conformait pas à la politique et que le foyer y travaillait activement.

Par conséquent, le foyer n'a pas veillé à ce que l'on détermine le stade des lésions de pression, et à ce qu'on l'inscrive dans l'outil « Weekly Leg Ulcer Assessment/Progress Tool » (outil d'évaluation hebdomadaire et de mesure des progrès des lésions de pression aux jambes) sur une base hebdomadaire, et qu'on ne les avait pas non plus mesurées à l'aide de l'outil « Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) » (échelle de cicatrisation des lésions de pression [PUSH]) conjointement avec le « Pressure Ulcer Healing Chart » (tableau de cicatrisation des lésions de pression). En outre, le foyer n'a pas veillé à ce que l'on fasse une description de la lésion de pression, comme sa taille et sa profondeur.
[Dispositions 8 (1) a), 8. (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel infirmier du foyer se conforme à la politique et à la marche à suivre relatives aux soins de la peau et des plaies. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007, art. 57. Pouvoirs du conseil des résidents

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 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. La ou le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par le conseil des résidents de sujets de préoccupation ou de recommandations.



À une date déterminée, une lettre a été remise à la ou au titulaire de permis; elle mentionnait des préoccupations concernant les comportements verbalement perturbateurs de la personne résidente 010 qui affectaient les personnes résidentes du foyer. Cette lettre était écrite par la présidente ou le président du conseil des résidents et elle était cosignée par 16 autres personnes résidentes du foyer.

À une date déterminée, la présidente ou le président du conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice 547 que le conseil des résidents n'avait reçu aucune réponse écrite de la ou du titulaire de permis concernant la lettre de plainte faite 11 jours auparavant.

La directrice ou le directeur des soins (DDS) a indiqué qu'ils avaient reçu la lettre de plainte de la présidente ou du président du conseil des résidents à une certaine date, mais qu'aucune réponse écrite n'avait été donnée au conseil des résidents, car la ou le DDS avait documenté, dans les notes d'évolution de la personne résidente, la réponse verbale faite au plaignant le même jour que la plainte. La ou le DDS a indiqué qu'à ce jour on n'avait pas fourni de réponse au conseil des résidents. [Par. 57. (2)]

2. À une certaine date, l'inspectrice 592 a examiné les procès-verbaux du conseil des résidents sur une période déterminée de six mois. Des sujets de préoccupation étaient mentionnés et présentés par le conseil des résidents comme suit :

À une certaine date, on mentionnait le fait que certaines personnes résidentes s'inquiétaient de la surveillance médiocre pendant les soirées dans le salon avant. On a trouvé une réponse écrite dans un formulaire intitulé « Multidisciplinary Referral » (renvoi de la question à l'équipe multidisciplinaire) à l'attention de la ou du DDS indiquant que le foyer était toujours à la recherche d'étudiants, néanmoins, on n'a pas trouvé de mention de solution, de date et de signature de la personne qui avait répondu aux sujets de préoccupation.

À une autre date déterminée, on mentionnait le fait que certaines personnes résidentes se plaignaient qu'il y avait « trop de parfum », on a trouvé un renvoi de la question à l'équipe multidisciplinaire à l'attention de la ou du DDS, toutefois aucune réponse écrite n'était documentée ou n'a été trouvée.



À une troisième date déterminée, on mentionnait le fait que des personnes résidentes se plaignaient qu'il y avait trop de bruit dans la salle à manger de l'aire de repos avant, en particulier quand d'autres personnes résidentes avaient des visiteurs. On a trouvé une note à côté de la mention des préoccupations indiquant « informer l'administratrice ou l'administrateur », mais aucune réponse écrite. On a trouvé un formulaire « renvoi de la question à l'équipe multidisciplinaire » indiquant que le sujet de préoccupation avait été présenté à la ou au DDS et à l'administratrice ou l'administrateur, toutefois aucune réponse écrite n'était documentée ou n'a été trouvée.

Au cours de cette inspection, lors d'un entretien avec la directrice ou le directeur des activités (DDA) que l'on a nommé adjointe ou adjoint au conseil des résidents, la ou le DDA a confirmé que les commentaires ou les plaintes susmentionnés avaient été présentés lors des comités du conseil des résidents. La ou le DDA a indiqué qu'à la suite de la réunion, on remet un formulaire intitulé « renvoi de la question à l'équipe multidisciplinaire » à chaque responsable de service concerné par les préoccupations, formulaire qui mentionne les plaintes et les questions particulières soulevées au cours de la réunion. La ou le DDA a montré à l'inspectrice le formulaire qui comportait une section pour que la ou le responsable de service réponde par écrit avec la date à laquelle le formulaire a été donné et la date prévue pour les réponses écrites. La ou le DDA a indiqué en outre qu'après la réunion, le même jour, le formulaire est distribué aux responsables de service concernés. La ou le DDA a également indiqué que souvent il n'y avait pas de réponse écrite dans les 10 jours, que l'on fait maintes fois un suivi auprès de chaque responsable de service, et que souvent l'on ne fournit pas de réponses au conseil des résidents.

La ou le DDS a confirmé être au courant des préoccupations exprimées par le conseil des résidents et a indiqué que l'on n'avait pas répondu par écrit aux préoccupations exprimées lors d'un certain mois. Pour les préoccupations exprimées lors d'un autre mois déterminé, la ou le DDS n'était pas en mesure de se souvenir du problème particulier et de la raison pour laquelle il n'y avait pas de réponses écrites. Pour les préoccupations exprimées lors du troisième mois déterminé, la ou le DDS a indiqué que l'administratrice ou l'administrateur s'en occupait.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué que l'on n'avait fourni aucune réponse par écrit à la suite des préoccupations exprimées lors de la réunion d'un certain mois, toutefois on en avait discuté verbalement avec les membres du personnel.

La ou le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par le conseil des résidents de sujets de préoccupation ou de recommandations. [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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer qu'il ou elle répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par le conseil des résidents de sujets de préoccupation ou de recommandations. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007, art. 60. Pouvoirs du conseil des familles

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 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. La ou le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par le conseil des familles de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice 547 a examiné les procès-verbaux du conseil des familles sur une période déterminée de trois mois quand le foyer avait en place un conseil des familles. Des sujets de préoccupation étaient mentionnés et présentés par le conseil des familles comme suit :



À une certaine date, la présidente ou le président du conseil des familles a fourni à la ou au titulaire de permis le procès-verbal d'une autre réunion déterminée du conseil des familles qui contenait une recommandation à l'administratrice ou l'administrateur du foyer. Le conseil des familles lui demandait où il y aurait un lieu de rencontre privé pour les visiteurs et les personnes résidentes à l'heure des repas.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué à l'inspectrice 547 avoir répondu verbalement au conseil des familles concernant cette demande deux mois plus tard lors d'une certaine réunion du conseil des familles. L'administratrice ou l'administrateur a indiqué qu'aucune réponse écrite n'avait été fournie au conseil des familles comme l'exigeait ce paragraphe. [Par. 60. (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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer qu'il ou elle répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par le conseil des familles de sujets de préoccupation ou de recommandations. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 71. Planification des menus

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 71. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer soit examiné par le conseil des résidents.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice 592 a eu un entretien avec la ou le président du conseil des résidents, qui a indiqué que le foyer n'avait examiné aucun cycle de menus avec le conseil des résidents.

La superviseure ou le superviseur du service d'alimentation (SSA) a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer servait à l'heure actuelle aux personnes résidentes le cycle de menus d'hiver. La ou le SSA a indiqué que le foyer a deux cycles de menus, soit les cycles d'été et d'hiver. La ou le SSA a indiqué que le cycle de menus d'hiver aurait dû commencer à une date déterminée environ quatre mois auparavant, toutefois ce cycle de menus n'avait pas été examiné avec le conseil des résidents. La ou le SSA a indiqué en outre que le cycle de menus d'été aurait dû commencer à une date précise et qu'il n'avait pas non plus été examiné par le conseil des résidents.

Ainsi, les cycles des menus servis aux personnes résidentes n'avaient pas été examinés par le conseil des résidents comme l'exige cette disposition.

[Disposition 71. (1) f)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le menu du foyer est examiné par le conseil des résidents. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé(e) au Règl. de l'Ont. 9/10, art. 107. Rapports : incidents graves

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 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) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (1).

Par. 107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

4. une lésion nécessitant que la personne soit transportée à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

Par 107. (5) Le titulaire de permis veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, ou toute autre personne désignée par l'un ou l'autre soit avisé promptement d'une lésion ou d'une maladie grave dont souffre le résident, conformément aux directives fournies par la ou les personnes qui doivent en être avisées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (5).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas informé le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, d'un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Cette inspection concerne le registre n° 007813-17.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à une date déterminée et concernait le décès inattendu de la personne résidente 030 qui avait eu lieu à une date précise quatre jours plus tôt. La directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) avait contacté le téléavertisseur après les heures de bureau à une certaine date trois jours après l'incident.

Lors d'un examen du rapport d'incident critique par l'inspectrice 592, on indiquait que la personne résidente 030 avait été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet d'un diagnostic particulier concernant des préoccupations en matière de déglutition, et qu'on lui avait servi au petit déjeuner le lendemain de son admission un certain aliment qui avait provoqué un étouffement causant une mort subite. Le rapport d'incident critique indiquait qu'en raison de l'existence d'un diagnostic précédent lié à la déglutition, le coroner et le médecin de famille n'avaient pas décidé que la cause du décès de la personne résidente 030 était inattendue.



Lors d'un entretien au cours de cette inspection, la ou le DADS, qui avait soumis le rapport d'incident critique, a indiqué à l'inspectrice 592 qu'après une discussion avec la ou le préposé du bureau du coroner et le médecin traitant du foyer, ils n'avaient pas considéré le décès comme étant inattendu, par conséquent la ou le DADS ne savait pas exactement s'il fallait soumettre immédiatement le rapport d'incident critique au directeur.

Ainsi, la ou le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur du décès soudain de la personne résidente 030. [Disposition 107. (1) 2.]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas informé le directeur au plus tard un jour ouvrable après que s'était produit un incident qui a causé à une personne résidente une lésion provoquant un changement important dans son état de santé et nécessitant son transport à un hôpital.

Cette inspection concerne le registre n° 020096-17.

À une date et une heure déterminées, la personne résidente 026 a subi une chute sans témoin qui s'est traduite par certaines lésions. On a envoyé la personne résidente à l'hôpital à une autre date et à une autre heure déterminées aux fins d'évaluation pour une douleur incontrôlée à la poitrine et au sternum. Les notes d'évolution de la personne résidente documentaient à cette date déterminée, que l'hôpital avait informé le foyer que la personne résidente était admise à l'hôpital en raison d'une certaine lésion importante.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins de la personne résidente avant et après l'hospitalisation, et a remarqué que des changements à son programme de soins étaient requis. La personne résidente nécessitait des mesures accrues visant à assurer son confort, des évaluations de la douleur, des changements concernant la mobilité et le transfert en rapport avec la lésion déterminée. La personne résidente avait des changements épidermiques en rapport avec la lésion subie lors de la chute et on avait apporté des changements au programme de soins en raison d'un ulcère survenu après l'hospitalisation.

La directrice ou le directeur des soins a indiqué que le foyer n'avait pas soumis de rapport d'incident critique pour l'hospitalisation et pour le changement d'état pathologique lié à une blessure importante de la personne résidente 026, comme l'exige cette disposition. [Disposition 107. (3) 4.]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la ou le mandataire spécial (MS) désigné par la personne résidente fût avisé promptement d'une lésion grave liée à une chute, conformément à toute directive fournie par la ou les personnes qui doivent en être avisées.

Cette inspection concerne le registre n° 020096-17.

À une certaine date, le directeur a reçu une plainte de la ou du MS de la personne résidente 026 concernant un incident au cours duquel la personne résidente 026 avait fait une chute au foyer à une certaine date, mais que l'on n'avait pas avisé la ou le MS.

L'inspectrice 547 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 026 à cette date précise; elles mentionnaient une chute sans témoin qui avait eu lieu à une certaine heure. Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente 026 avait subi certaines lésions et que la ou le MS était censé être informé plus tard ce matin-là. Les notes d'évolution ne comportaient pas de mention que l'on avait avisé la ou le MS de la chute de la personne résidente. Une note d'évolution à une autre date déterminée indiquait que la ou le MS de la personne résidente était contrarié d'avoir été informé de la chute avec lésions de la personne résidente 026 seulement un certain nombre d'heures plus tard. Les notes d'évolution indiquaient en outre que l'on avait envoyé la personne résidente à l'hôpital pour subir une évaluation plus poussée concernant cette chute, et qu'elle avait été admise à l'hôpital ce soir-là avec une lésion importante.

L'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 101 a indiqué à l'inspectrice 547 avoir été l'IAA de service lors du poste de travail après la chute de la personne résidente 026. L'IAA 101 a indiqué ne pas avoir avisé comme c'était requis la ou le MS de la personne résidente 026 concernant la chute qui avait eu lieu plus tôt ce jour-là en raison d'un malentendu concernant les rôles et les responsabilités du personnel infirmier autorisé ce jour-là.

Ainsi, l'IAA 101 n'a pas avisé promptement la ou le MS de la personne résidente 026 concernant la lésion et la chute de celle-ci comme l'exige ce paragraphe.

[Paragraphe 107. (5)]



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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à informer le directeur immédiatement, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, d'un décès inattendu ou soudain. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 8 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007, art. 20. Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) qui promeut la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Cette inspection concerne le registre n° 003530-18.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2. (1), « mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend : « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel ».

L'inspectrice 592 a examiné la politique de la ou du titulaire de permis intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) entrée en vigueur en juillet 1998, avec une date de révision en juillet 2016.



La politique indiquait ce qui suit :

Marche à suivre pour le signalement et l'enquête par le personnel d'une allégation de mauvais traitements et de négligence :

1. Dans tout cas de mauvais traitement ou tout cas allégué de mauvais traitement, le membre du personnel ou toute autre personne qui est témoin ou qui a connaissance d'un incident doit, verbalement, signaler immédiatement l'incident à sa superviseuse ou son superviseur immédiat.

L'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des soins ou bien le membre du personnel désigné doit veiller à ce que toutes les personnes résidentes soient protégées du risque de tout autre mauvais traitement en prenant des mesures immédiates.

La politique du foyer relative aux mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente indiquait de plus, au numéro 6 de la marche à suivre pour les mauvais traitements et la négligence à l'égard des personnes résidentes, qui se trouve à la page 6 de la politique, de faire ce qui suit :

Prévenir et intervenir en déterminant les situations réelles et potentielles dans lesquelles un mauvais traitement se produit ou pourrait se produire. Faire sortir des lieux la personne résidente en cause afin d'assurer la sécurité.

À une certaine date, la ou le titulaire de permis a rédigé un rapport d'incident critique concernant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel.

Les documents de l'enquête interne du foyer d'accueil indiquaient en outre que la ou le préposé aux services de soutien à la personne 120 avait signalé à une certaine date à l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 124 l'incident de cas observé de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui s'était produit dans la soirée trois jours auparavant.

Lors d'un entretien téléphonique, la ou le PSSP 120 a décrit aux inspectrices 547 et 592 ce qui s'était produit à cette date déterminée de l'incident. La ou le PSSP a indiqué que l'incident s'était produit au début du poste du soir et qu'on l'avait affecté à la personne résidente 012. La ou le PSSP 120 a indiqué être entré avec la ou le PSSP 122 dans la chambre de la personne résidente 012, et avoir observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à une certaine partie du corps de la personne résidente en disant : « Qu'est-ce que c'est ? » La ou le PSSP 122 a



entendu la personne résidente 012 dire aux deux PSSP : « je n'aime pas ça quand cette personne fait ça ». La ou le PSSP 120 a indiqué aux deux inspectrices 592 et 597 ne pas avoir fait immédiatement rapport des faits à une ou un superviseur immédiat, seulement trois jours plus tard lors du poste de soir à l'IAA 124. La ou le PSSP 120 a indiqué en outre avoir discuté avec la ou le PSSP 121 de cet incident de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Au cours d'un entretien téléphonique, la ou le PSSP 121 a indiqué avoir travaillé lors du poste du soir de cette date déterminée de l'incident, et que la ou le PSSP 120 avait décrit l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012 de la part de la ou du PSSP 122. La ou le PSSP 121 a indiqué aux inspectrices 592 et 547 ne pas avoir fait rapport de cet incident de mauvais traitement d'ordre sexuel à une ou un superviseur immédiat parce qu'il s'agissait d'une rumeur, qu'il ou elle n'avait pas effectivement été témoin du mauvais traitement, et que c'était le rôle de la ou du PSSP 120 de faire rapport de ce dont il ou elle avait été témoin. La ou le PSSP 121 a dit en outre que la ou le PSSP 120 avait aussi mis au courant de cet incident la ou le PSSP 123 ce soir-là.

Lors d'un entretien téléphonique, la ou le PSSP 123 a indiqué avoir travaillé lors du poste du soir déterminé, et que la ou le PSSP 120 avait décrit l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012 de la part de la ou du PSSP 122. La ou le PSSP 123 a indiqué aux inspectrices 592 et 547 ne pas avoir fait rapport de cet incident de mauvais traitement d'ordre sexuel à une ou un superviseur immédiat, car il ou elle n'avait pas vu ce mauvais traitement et qu'il ne lui incombait pas d'en faire rapport, car c'était le rôle de la ou du PSSP 120. La ou le PSSP 123 a indiqué en outre que la ou le PSSP 120 avait aussi mis au courant la ou le PSSP 128 le soir de cette date-là.

Lors d'un entretien téléphonique, la ou le PSSP 128 a indiqué avoir travaillé lors du poste du soir de cette date déterminée, et que la ou le PSSP 120 avait décrit l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012 de la part de la ou du PSSP 122. La ou le PSSP 128 a indiqué aux inspectrices 592 et 547 ne pas avoir fait rapport de cet incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel à une ou un superviseur immédiat, car la ou le PSSP 120 avait fait rapport de ce qu'il ou elle avait vu.

Lors d'un entretien, la ou le PSSP 120 a indiqué d'une part avoir discuté du mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente de la part d'un membre du personnel avec les PSSP 121, 123 et 128 qui constituaient l'équipe de PSSP qui travaillait le soir de cette date déterminée, et d'autre part être au courant qu'il était prévu que la ou le PSSP 122 travaille auprès de la personne résidente 012 et d'autres personnes résidentes à cette date déterminée et le lendemain du jour où cet incident s'était produit.

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) a indiqué aux inspectrices 547 et 592 avoir pris connaissance de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012 de la part d'un membre du personnel. La ou le DADS et la ou le DDS ont eu connaissance de l'incident par l'IAA 124 au début du poste du soir d'une certaine date, trois jours après l'incident.

Clairement, les PSSP qui travaillaient le soir de la date déterminée de l'incident n'ont pas respecté la politique de la ou du titulaire de permis intitulée mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente, datée de juillet 2016, qui fait partie du programme de prévention des mauvais traitements de la ou du titulaire de permis.

[Paragraphe 20. (1)]

2. Cette inspection concerne le registre n° 011942-17.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2 (1), mauvais traitement d'ordre physique s'entend, sous réserve du paragraphe (2) :

- a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur,
- c) soit de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

Le paragraphe (2) indiquait qu'est exclu de l'alinéa a) de la définition de « mauvais traitement d'ordre physique » au paragraphe (1), l'usage de la force qui est approprié dans le cadre de la fourniture de soins ou au titre de l'aide fournie à un résident pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, sauf si cet usage est abusif compte tenu des circonstances.



À une date déterminée, la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) a soumis un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé une lésion corporelle à la personne résidente 032 à une certaine date. Le foyer avait immédiatement commencé une enquête sur cet incident concernant un éventuel mauvais traitement d'ordre physique envers la personne résidente 032, car on n'avait signalé aucune chute pour cette personne résidente qui est dépendante pour tous les soins et nécessite un lève-personne mécanique pour les transferts.

La politique de la ou du titulaire de permis intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) indiquait ce qui suit :

À la page 2, concernant les mauvais traitements d'ordre physique, on indiquait qu'il s'agissait de tout acte de violence ou de brutalité, qu'il en résulte ou non des lésions corporelles réelles. Il s'agit d'infliger une douleur physique dont la conséquence était de l'inconfort, une douleur et une lésion.

À la page 7, le paragraphe 6 d) mentionnait d'aviser le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) le plus rapidement possible par le Système électronique de rapport d'incidents critiques (SIC) de tout incident soupçonné de mauvais traitement d'une personne résidente.

La ou le DADS a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on n'avait envoyé aucun rapport d'incident critique au MSSLD par le SIC pour cet incident.

La ou le DADS a fourni en outre une copie de la politique du foyer intitulée « Critical Incident System Reporting » (production de rapports dans le Système de rapport d'incidents critiques) dont la date d'entrée en vigueur est mars 2017 et qui accompagne la politique du foyer sur les mauvais traitements à l'intention du personnel infirmier autorisé du foyer, et qui indique ce qui suit :

« L'IA ou l'IAA de service que l'on met au courant d'un incident dont on doit faire rapport au directeur (MSSLD) et qui n'a pas accès au système en ligne de rapport d'incidents critiques, doit faire immédiatement rapport de l'incident en utilisant le numéro du téléavertisseur après les heures de bureau pour les appels de signalement au directeur (MSSLD) ».

Cette lésion a été identifiée pendant les heures de bureau normales, cependant elle n'a été signalée que deux jours après l'incident, à l'aide du SIC ou du numéro du téléavertisseur après les heures de bureau pour les appels de signalement au directeur.

La politique intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) indiquait ce qui suit :

7. Dans tous les cas où il existe des éléments de preuve suffisants pour étayer une allégation de mauvais traitement d'ordre physique, l'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des soins, la directrice ou le directeur adjoint des soins ou bien la personne remplaçante désignée doit aviser la police.

La ou le DADS a indiqué qu'aucun corps de police n'avait été avisé de cet incident comme l'exige la politique.

La politique intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) indiquait ce qui suit :

n° 9 c) Il incombe à l'administration de prendre des mesures correctives lorsqu'il y a eu mauvais traitement ou lorsqu'on a de forts soupçons, mais pas de preuve concluante jusqu'à ce que l'enquête soit terminée. On doit soumettre au ministère de la Santé et des Soins de longue durée un rapport final qui présente les constatations de l'enquête et les mesures correctives quand il est rédigé dans le mois qui suit le rapport initial soumis au directeur.

Le rapport d'incident critique transmis par la ou le titulaire de permis ne contient pas de rapport final qui présente les résultats de l'enquête et les mesures correctives comme l'exige la politique.

Ainsi, on n'a pas respecté les politiques de la ou du titulaire de permis intitulées « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) et « Critical Incident System Reporting » (production de rapports dans le Système de rapport d'incidents critiques) en place au foyer lorsque cet incident de cas allégué ou soupçonné de mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente 032 a eu lieu à une date déterminée. [Paragraphe 20. (1)]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on respecte sa politique et marche à suivre intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente).

Cette inspection concerne le registre n° 005719-18.



Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2 (1), mauvais traitement d'ordre physique s'entend, sous réserve du paragraphe (2) :

- a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur,
- c) soit de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

Le paragraphe (2) indiquait qu'est exclu de l'alinéa a) de la définition de « mauvais traitement d'ordre physique » au paragraphe (1), l'usage de la force qui est approprié dans le cadre de la fourniture de soins ou au titre de l'aide fournie à un résident pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, sauf si cet usage est abusif compte tenu des circonstances.

À une date déterminée, la directrice ou le directeur des soins (DDS) a soumis un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé une lésion à la personne résidente 034 cinq jours plus tôt.

La politique et marche à suivre de la ou du titulaire de permis intitulée « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) indiquait ce qui suit :

À la page 2, concernant les mauvais traitements d'ordre physique, on indiquait qu'il s'agissait de tout acte de violence ou de brutalité, qu'il en résulte ou non des lésions corporelles réelles. Il s'agissait d'infliger une douleur physique dont de l'inconfort, une douleur et une lésion étaient la conséquence.

À la page 7 :

Alinéa 6 b) : il y a lieu d'approfondir l'enquête pour étayer un incident de mauvais traitement, et l'on doit rédiger un rapport conformément à la politique du foyer;

Alinéa 6 d) : le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD est avisé de tout incident de cas soupçonné de mauvais traitement d'une personne résidente le plus tôt possible par le Système électronique de rapport d'incidents critiques [SIC];

L'article 7 indiquait que dans les cas où il existe des éléments de preuve suffisants pour étayer une allégation de mauvais traitement d'ordre physique, l'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des soins, la directrice ou le directeur adjoint des soins ou bien la personne remplaçante désignée doit aviser la police.

À la page 8 :

Paragraphe 9 c) : il incombe à l'administration de prendre des mesures correctives lorsqu'il y a eu mauvais traitement, ou lorsqu'on a de forts soupçons mais pas de preuve concluante jusqu'à ce que l'enquête soit terminée, et l'on doit soumettre un rapport final au directeur.

La politique et la marche à suivre de la ou du titulaire de permis précisaient que l'on entend par incident critique tout incident, événement, situation ou accident entraînant un risque de préjudice potentiel ou réel pour les personnes résidentes. La mesure requise consistait à ce que l'IA ou l'IAA de service qui a connaissance de l'incident doive en faire immédiatement rapport au directeur.

La ou le titulaire de permis a soumis le rapport d'incident critique seulement cinq jours après que le personnel infirmier autorisé a été mis au courant et a fait une évaluation de la personne résidente en raison du changement important de son état de santé avec lésion et douleur.

La ou le titulaire de permis n'a pas immédiatement enquêté sur l'incident comme cela est requis.

La ou le titulaire de permis n'a pas immédiatement signalé cet incident à un corps de police.

La ou le titulaire de permis n'a pas immédiatement signalé à la ou au MS de la personne résidente 034 l'incident de changement important d'état de santé qui lui causait de la douleur. [Paragraphe 20. (1)]

AE n° 9 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007, art. 23. Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir
En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par 23. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :

(i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,



- (ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,
 - (iii) tout autre acte que prévoient les règlements; 2007, chap. 8, par. 23 (1).
- b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident; 2007, chap. 8, par. 23 (1).
- c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).

Par. 23. (2) Le titulaire de permis fait rapport au directeur sur les résultats de chaque enquête menée aux termes de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise aux termes de l'alinéa (1) b) 2007, chap. 8, par. 23 (2).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente 012 de la part de quiconque dont la ou le titulaire de permis a connaissance ou dont on lui fait rapport fasse l'objet d'une enquête immédiate.

Cette inspection concerne le registre n° 003530-18.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2. (1), « mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend : « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel ».

À une certaine date, la ou le titulaire de permis a rédigé un rapport d'incident critique concernant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui s'était produit à une date déterminée. On a documenté dans ce rapport que la ou le préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) 120 avait observé la ou le PSSP 122 faire des attouchements inappropriés à la personne résidente 012 sur une certaine partie du corps en disant : « Qu'est-ce que c'est ? »

L'inspectrice 592 a examiné les documents de l'enquête interne de la ou du titulaire de permis. Les documents du foyer indiquaient que la ou le PSSP 120 avait observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à une certaine partie du corps de la personne résidente 012, et que la personne résidente 012 disait aux PSSP 120 et 122 : « je n'aime pas ça quand cette personne fait ça ».



Lors d'un entretien en présence des inspectrices 592 et 547, la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) a dit aux deux inspectrices que l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 124 et la ou le PSSP 120 lui avaient fait rapport de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel à une certaine date. La ou le DADS a indiqué que l'IAA 124 et la ou le PSSP 120 lui avaient donné verbalement les détails de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel, et qu'à la suite de la discussion, la ou le DADS avait demandé d'avoir documenté sur papier les détails de l'incident et ce que l'on avait observé, ce que la ou le PSSP 120 lui avait fourni le lendemain.

La ou le DADS a indiqué que l'on avait fait un suivi auprès de la personne résidente 012 à la suite du signalement de l'incident qui avait eu lieu à cette date déterminée, notamment un contrôle visuel pour s'assurer que la personne résidente était saine et sauve, cependant on n'avait fait aucune enquête immédiate jusqu'au lendemain, lorsque l'on avait reçu le document de la ou du PSSP 120 concernant l'incident. La ou le DADS a indiqué en outre que l'on n'avait pas documenté l'enquête sur cet incident. La ou le DADS avait effectivement demandé aux autres personnes résidentes alertes de sexe féminin s'il s'était produit des attouchements inappropriés de la part du personnel, et aucune d'elles n'avait d'autre incident à signaler.
[Disposition 23. (1) a)]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente 034 dont la ou le titulaire de permis a connaissance ou dont on fait rapport fasse l'objet d'une enquête immédiate.

Cette inspection concerne le registre n° 005719-18.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2 (1), mauvais traitement d'ordre physique s'entend :

- a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur,
- c) soit de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.



À une date déterminée, la ou le titulaire de permis a fait un rapport d'un incident critique concernant le fait que la personne résidente 034 avait subi une lésion importante lors d'un incident de cause inconnue. La lésion de la personne résidente était importante de sorte que son médecin avait demandé de l'envoyer à l'hôpital pour un examen approfondi. Les dossiers médicaux de la personne résidente ne faisaient pas mention d'une chute récente qui aurait pu causer cette lésion. Le rapport d'incident critique indiquait en outre que l'infirmière ou l'infirmier autorisé (IA) responsable du poste de nuit avait remarqué pour la première fois la lésion de la personne résidente lors du poste de nuit cinq jours auparavant.

La personne résidente 034 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, et elle nécessitait une assistance totale pour tous les soins personnels, notamment pour se laver, s'habiller, pour l'élimination et les transferts. Elle nécessitait un certain type de transfert pendant la période où la lésion s'est produite.

L'inspectrice 547 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente qui mentionnaient une évaluation faite à une date déterminée pendant les postes de jour et du soir après que l'on avait découvert la lésion pour la première fois. La personne résidente 034 a nécessité quotidiennement un analgésique et un calmant jusqu'à ce qu'on l'envoie à l'hôpital quatre jours plus tard pour une évaluation plus approfondie de sa lésion.

La directrice ou le directeur des soins (DDS) a indiqué lors d'un entretien avec l'inspectrice 547 que la lésion de la personne résidente demeurait de cause inconnue. La directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) a indiqué que la lésion et la douleur de la personne résidente étaient de cause inconnue. La ou le DADS a indiqué que c'était probablement lié à un transfert, mais que l'on n'avait découvert aucune indication d'incidents pour causer cette lésion pendant les transferts.

On a documenté que l'enquête avait débuté à une date déterminée pour cette lésion que l'on avait repérée quatre jours auparavant. Ainsi l'on n'avait pas immédiatement enquêté sur cette lésion importante de la personne résidente 034. [Disposition 23. (1) a)]

3. La ou le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on fasse rapport au directeur des résultats de l'enquête sur le cas allégué ou soupçonné de mauvais traitement ou de négligence.

Cette inspection concerne le registre n° 011942-17.

La ou le titulaire de permis a soumis à une certaine date un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé, deux jours auparavant, une lésion qui s'était traduite par un préjudice pour la personne résidente 032. L'enquête avait débuté immédiatement quand on avait fait rapport de cette lésion à la ou au titulaire de permis, et on en avait documenté les résultats dans les notes d'évolution de la personne résidente 032 rédigées par l'administratrice ou l'administrateur à une date déterminée plusieurs jours plus tard. On n'avait pas fourni au directeur de rapport d'incident critique mentionnant les résultats de l'enquête sur le cas allégué ou soupçonné de mauvais traitement, comme l'exige le présent paragraphe.

[Paragraphe 23. (2)]

AE n° 10 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007, art. 24. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 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), 195 (2).**

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

Cette inspection concerne le registre n° 003530-18.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 2. (1), « mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend : « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel ».

À une certaine date, le foyer a rédigé un rapport d'incident critique concernant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui s'était produit quatre jours auparavant. On avait documenté dans ce rapport que la ou le préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) 120 avait observé la ou le PSSP 122 faire des attouchements inappropriés à la personne résidente 012 sur une certaine partie du corps en disant : « Qu'est-ce que c'est ? »

L'inspectrice 592 a examiné les documents de l'enquête interne du foyer. Ils indiquaient que la ou le PSSP 120 avait observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à une certaine partie du corps de la personne résidente 012, et que celle-ci disait aux PSSP 120 et 122 : « je n'aime pas ça quand cette personne fait ça ».

Lors d'un entretien en présence des inspectrices 592 et 547, la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) a dit aux deux inspectrices que l'IAA 124 avait fait rapport de l'incident de mauvais traitement à une certaine date, trois jours plus tard. La ou le DADS a indiqué que l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 124 et la ou le PSSP 120 lui avaient donné verbalement les détails de l'incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel, et qu'à la suite de la discussion, la ou le DADS avait demandé d'avoir sur papier les détails de l'incident et ce que l'on avait observé, détails que la ou le PSSP 120 lui avait fournis le lendemain. La ou le DADS a indiqué que le directeur avait été informé plus tard, seulement le jour suivant, une fois reçue la lettre rédigée par la ou le PSSP 120.



Par conséquent, on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur des renseignements concernant l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel comme l'exige le présent paragraphe. [Paragraphe 24. (1)]

2. Cette inspection concerne le registre n° 011942-17.

À une date déterminée, la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé une lésion à la personne résidente 032 à une certaine date deux jours plus tôt.

La ou le titulaire de permis avait des motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente 032 de la part de qui que ce soit lui avait causé un préjudice. Cet incident n'avait pas été signalé immédiatement au directeur tel que requis, mais seulement deux jours plus tard après que la personne résidente 032 avait manifesté une lésion et une douleur importantes.

[Paragraphe 24. (1)]

3. Cette inspection concerne le registre n° 005719-18.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé, quand il y a des motifs raisonnables de soupçonner que l'administration d'un traitement ou de soins à la personne résidente 034 de façon inappropriée ou incompétente lui a causé un préjudice, à faire immédiatement rapport au directeur de ce soupçon et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

À une date déterminée, l'IA responsable de nuit au foyer a documenté une évaluation de la personne résidente 034 indiquant qu'elle avait subi à une certaine partie du corps une lésion importante d'origine inconnue qui nécessitait une surveillance du personnel infirmier autorisé. Le personnel infirmier autorisé des postes de jour et de nuit au foyer avait surveillé la lésion de la personne résidente et en avait documenté des évaluations. La ou le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique au directeur cinq jours après avoir découvert la lésion importante. [Paragraphe 24. (1)]

AE n° 11 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 97. Notification : incidents

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 97. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mandataires spéciaux (MS) de la personne résidente 012 fussent avisés dès qu'il ou elle prend connaissance de l'incident observé de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012.

Cette inspection concerne le registre n° 003530-18.

À une certaine date, la ou le titulaire de permis a rédigé un rapport d'incident critique concernant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel. On indiquait qu'à une date antérieure déterminée, la ou le préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) 120 avait observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à la personne résidente 012 à une certaine partie du corps en disant : « Qu'est-ce que c'est ? »

L'inspectrice 592 a examiné les documents de l'enquête interne de la ou du titulaire de permis. Les documents du foyer indiquaient que la ou le PSSP 120 avait observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à une certaine partie du corps de la personne résidente 012, et que celle-ci disait aux PSSP 120 et 122 : « je n'aime pas ça quand cette personne fait ça ».

La directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) et la directrice ou le directeur des soins (DDS) avaient été informés de l'incident trois jours plus tard par l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 124 et la ou le PSSP 120.

La ou le DADS a indiqué à l'inspectrice 592 qu'après le signalement de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel à cette date déterminée trois jours après l'incident, l'enquête avait débuté le lendemain vers 10 h 30 à la suite d'une discussion avec la ou le DDS/DADS et l'administratrice ou l'administrateur. La ou le DADS a indiqué que l'administratrice ou l'administrateur avait avisé la ou le MS à la suite de la discussion qui avait eu lieu au foyer, par conséquent la ou le MS de la personne résidente avait été informé par l'administratrice ou l'administrateur un jour après que la ou le titulaire de permis avait eu connaissance de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Ainsi, on n'a pas avisé la ou le MS de la personne résidente 012 immédiatement lorsque la ou le titulaire de permis a eu connaissance de l'incident observé de mauvais traitement ou de négligence de la personne résidente. [Alinéa 97. (1) a)]

2. Cette inspection concerne le registre n° 005719-18.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser immédiatement la ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 034 lorsque la ou le titulaire de permis a eu connaissance de l'incident de cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence de la personne résidente qui lui a causé une lésion physique et de la douleur, et des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être.

L'inspectrice 547 a examiné les notes d'évolution de la personne résidente qui indiquaient que l'on avait avisé sa ou son MS à une date déterminée quatre jours après avoir découvert pour la première fois la lésion importante qui nécessitait une évaluation approfondie en hôpital.



Ainsi, on n'avait pas immédiatement avisé la ou le MS de la personne résidente de cette lésion physique et de cette douleur qui avait causé à la personne résidente 034 des souffrances qui auraient pu nuire à sa santé et à son bien-être. [Alinéa 97. (1) a)]

AE n° 12 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser immédiatement le corps de police concerné du cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente 012.

Cette inspection concerne le registre n° 003530-18.

À une certaine date, la ou le titulaire de permis a rédigé un rapport d'incident critique concernant un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel qui s'était produit à une date déterminée quatre jours auparavant. On indiquait dans ce rapport que la ou le préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) 120 avait observé la ou le PSSP 122 faire des attouchements inappropriés à la personne résidente 012 à une certaine partie du corps tout en disant : « Qu'est-ce que c'est ? »

L'inspectrice 592 a examiné les documents de l'enquête interne de la ou du titulaire de permis. Les documents du foyer révélaient que la ou le PSSP 120 avait observé la ou le PSSP 122 qui faisait des attouchements inappropriés à une certaine partie du corps de la personne résidente 012, et que celle-ci disait aux PSSP 120 et 122 : « je n'aime pas ça quand cette personne fait ça ».

La directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) et la directrice ou le directeur des soins (DDS) avaient été informés de l'incident par l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) 124 et la ou le PSSP 120 à une certaine date, trois jours après l'incident.



La ou le DADS a indiqué à l'inspectrice 592 qu'après le signalement de l'incident de mauvais traitement d'ordre sexuel à cette date déterminée, l'enquête avait débuté le lendemain à la suite d'une discussion avec la ou le DDS/DADS et l'administratrice ou l'administrateur. La ou le DADS a indiqué que l'on avait alors avisé la police plus tard à cette date.

Ainsi, on n'avait pas immédiatement avisé le corps de police du mauvais traitement d'ordre sexuel observé. [Article 98]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser immédiatement le corps de police concerné de tout incident de cas allégué ou soupçonné de mauvais traitement ou de négligence de la personne résidente 032.

Cette inspection concerne le registre n° 011942-17.

La ou le titulaire de permis a soumis à une certaine date un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé à une autre date déterminée une lésion à la personne résidente 032 qui s'était traduite par un préjudice. L'enquête avait commencé immédiatement lorsqu'on avait signalé cette lésion à la ou au titulaire de permis, toutefois on n'avait jamais avisé de corps de police de cet incident comme l'exige le présent article. [Article 98]

3. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser immédiatement le corps de police concerné de tout incident de cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence de la personne résidente 034.

Cette inspection concerne le registre n° 005719-18.

La ou le titulaire de permis a soumis à une certaine date un rapport d'incident critique concernant un incident qui avait causé à la personne résidente 034 une lésion identifiée pour la première fois quatre jours auparavant et qui s'était traduite par un préjudice. L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente, et aucun document n'indiquait que l'on avait avisé un corps de police concernant cette lésion et cette douleur importantes de la personne résidente 034.

La ou le DADS a indiqué que l'on n'avait jamais contacté de corps de police concernant un incident qui avait causé une lésion importante à la personne résidente 034. [Article 98]

AE n° 13 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131. Administration des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par 131. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice 592 a examiné, avec la directrice ou le directeur des soins (DDS), la marche à suivre pour faire rapport des incidents liés à des médicaments.

L'inspectrice 592 a examiné les incidents liés à des médicaments sur une période déterminée de trois mois.

Au cours de l'examen, on remarquait qu'il y avait deux cas où les médicaments de deux personnes résidentes ne leur avaient pas été administrés conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Le premier incident concerne la personne résidente 023 :

À une certaine date, on avait administré à la personne résidente 023 un certain médicament à une heure déterminée, puis de nouveau 75 minutes plus tard, alors que les ordres et le mode d'emploi donnés par le médecin consistaient à administrer ce médicament toutes les quatre heures au besoin.

Après un examen de l'analyse et du suivi effectué par la ou le DDS, on indiquait que le médicament avait été administré, car le membre du personnel autorisé n'avait pas signé les dossiers d'administration des médicaments (MAR) indiquant que l'administration du médicament avait précédemment eu lieu, par conséquent on avait procédé à une seconde administration 75 minutes plus tard.

Le deuxième incident concerne la personne résidente 022 :

À une certaine date, on avait administré à la personne résidente 022 un médicament déterminé à 21 h 20, alors que les ordres et les directives donnés par le médecin consistaient à administrer une dose supplémentaire de ce médicament déterminé à 13 heures si nécessaire.

Après un examen de l'analyse et du suivi effectué par la ou le DDS, on indiquait que le médicament déterminé avait été administré au mauvais moment. La documentation indiquait en outre que le membre du personnel infirmier autorisé devrait examiner correctement les ordres du médecin avant l'administration des médicaments.

Par conséquent, on n'a pas administré aux personnes résidentes 022 et 023 leurs médicaments conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. [Paragraphe 131. (2)]

AE n° 14 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 135. Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 135. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient :

- a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).**
- b) d'autre part, rapportés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (1).**

Par. 135. (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

(a) un examen trimestriel est entrepris à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament qui est survenu au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).

(b) les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen sont mises en œuvre; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).

(c) est consigné dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 135 (3).

Constatations :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause une personne résidente et chaque réaction indésirable à un médicament soient :

a) d'une part, documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente étant également consignés dans un dossier;

b) d'autre part, rapportés à la personne résidente, à sa ou son mandataire spécial (MS), s'il en a une ou un, à la directrice ou au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant de la personne résidente ou à l'infirmière ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant la personne résidente et au fournisseur de services pharmaceutiques.

Au cours de cette inspection, l'infirmière ou l'infirmier autorisé (IA) 102 a indiqué à l'inspectrice 592 que lorsqu'il se produit au foyer un incident lié à des médicaments, le personnel infirmier autorisé doit remplir un formulaire de rapport d'incident lié à des médicaments. L'IA 102 a indiqué en outre que l'on doit alors signaler cet incident à la ou au MS de la personne résidente, à la pharmacie, au médecin traitant de la personne résidente, et à la directrice ou au directeur des soins (DDS). Une fois que ce document est rempli, on remet alors le formulaire de rapport d'incident à la ou au DDS qui examine l'information et gère ensuite la situation avec le membre du personnel infirmier concerné. L'IA a également indiqué qu'un examen de l'incident lié à des médicaments avait eu lieu lors de leur réunion du personnel infirmier autorisé.



L'inspectrice 592 a examiné les rapports d'incident lié à des médicaments du ou de la titulaire de permis pour deux incidents survenus au cours d'une période déterminée de trois mois, rapports qui avaient été rédigés par le personnel infirmier autorisé du foyer. Ces rapports indiquaient que l'on doit signaler les incidents au médecin, au membre de la parenté ou bien à la ou au MS de la personne résidente, et au fournisseur de services pharmaceutiques, et d'indiquer la date et l'heure auxquelles ils sont signalés. Ces rapports contenaient également de la documentation requise pour indiquer quels soins on avait prodigués ou quelles mesures immédiates on avait prises. L'inspectrice 592 a également remarqué que les rapports d'incidents liés à des médicaments étaient signés et datés par la ou le DDS.

On a remarqué que le médecin, la ou le MS et le fournisseur de services pharmaceutiques n'avaient pas été mis au courant de ces incidents liés à des médicaments qui concernaient des personnes résidentes du foyer, et que l'on n'avait pas rédigé de documents concernant les soins ou les mesures prises dans l'immédiat à la suite de ces deux incidents liés à des médicaments.

La ou le DDS a indiqué, après examen des deux incidents liés à des médicaments concernant des personnes résidentes du foyer, qu'aucun médecin, MS, fournisseur de services pharmaceutiques ne figuraient dans les documents comme étant informés. La ou le DDS a indiqué en outre que l'on n'avait pas documenté les soins ou les mesures prises dans l'immédiat à la suite de ces deux incidents liés à des médicaments. La ou le DDS a indiqué que l'on effectuera, avec le personnel infirmier autorisé, une révision de la marche à suivre pour remplir les rapports d'incidents liés à des médicaments, comme on l'indique dans la marche à suivre du foyer.

[Paragraphe 135. (1)]

2. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qui suit :

- a) entreprendre un examen trimestriel à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament survenus au foyer depuis le dernier examen afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence,
- b) mettre en œuvre les modifications et les améliorations identifiées lors de l'examen,
- c) consigner dans un dossier tout ce qui est exigé aux alinéas a) et b).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice 592 a examiné, avec la directrice ou le directeur des soins (DDS), la marche à suivre pour faire rapport des incidents liés à des médicaments.



La ou le DDS a indiqué que chaque incident lié à des médicaments est examiné et qu'il lui incombait d'intervenir à la suite de ces incidents mettant en cause des personnes résidentes.

L'inspectrice 592 a examiné les incidents liés à des médicaments sur une période déterminée de trois mois.

Les rapports d'incidents liés à des médicaments mentionnaient deux incidents liés à des médicaments qui avaient eu lieu pendant cette période, rapports qui avaient été rédigés par le personnel infirmier autorisé et signés par la ou le DDS. L'inspectrice a également remarqué que la ou le DDS avait effectué une analyse et un suivi pour chaque incident lié à des médicaments.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 592, la ou le DDS a indiqué que les incidents liés à des médicaments sont examinés et évalués pour chaque personne résidente, toutefois on n'avait pas fait d'examen trimestriel de tous les incidents liés à des médicaments et de toutes les réactions indésirables à des médicaments qui avaient eu lieu au foyer. La ou le DDS a en outre indiqué que, par conséquent, on n'avait pas défini ni mis en œuvre des changements et des améliorations, mais que cela faisait partie du plan du foyer à l'avenir. [Paragraphe 135. (3)]

Émis le 1 août 2018 (A2).

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice.



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

Order(s) of the Inspector

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

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch
Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection des FLSD**

Ottawa Service Area Office
347 Preston St, Suite 420
OTTAWA, ON, K1S-3J4
Telephone : (613) 569-5602
Facsimile : (613) 569-9670

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA, ON K1S-3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie du public modifiée

Nom de l'inspectrice (n°) : Rapport modifié par LYNE DUCHESNE (117) - (A2)

N° de l'inspection : 2018_621547_0019 (A2)

Appel/Dir n° :

N° de registre : 007094-18 (A2)

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

Date du rapport : 1 août 2018 (A2)

Titulaire de permis : Genesis Gardens Inc.
1004, chemin Bucksin, Orleans ON K1C-2Y6

Foyer de SLD : Foyer St-Viateur Nursing Home
1003, chemin Limoges Sud, Limoges ON K0A-2M0

**Nom de l'administratrice
ou de l'administrateur :** Benoît Marleau



Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

À l'intention de Genesis Gardens Inc., vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre suivant d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Ordre n° 001 **Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes de la :

LFSLD, 2007, paragraphe 19 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Ordre :

La ou le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 19 (1) de la Loi.

En particulier, la ou le titulaire de permis doit veiller à protéger des mauvais traitements les personnes résidentes 012, 032, 034, et toute autre personne résidente.

1. Tout le personnel doit avoir suivi une séance de formation obligatoire, exhaustive et interactive offerte dans des présentations diverses pour répondre aux besoins d'apprentissage des apprenants adultes concernant toutes les formes de mauvais traitements des personnes résidentes. La formation doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

a. Un examen de la politique de la ou du titulaire de permis « Resident's Abuse » (mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente) tel que le stipule l'article 20 de la LFSLD, 2007, qui indique que la ou le titulaire de permis doit veiller à ce que soit respectée la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes.

b. Un examen de l'obligation de la ou du titulaire de permis d'enquêter immédiatement sur tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou sur tout traitement d'une personne résidente causant une lésion importante comme le stipule la LFSDL, 2007, art. 23.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

c. Les obligations de faire rapport comme le stipule la LFSDL, 2007, art. 24, à savoir que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement ou de la négligence d'une personne résidente de la part de qui que ce soit ou d'un membre du personnel s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés au directeur, à la ou au mandataire spécial de la personne résidente et au corps de police concerné.

d. Des registres des présences aux formations doivent être documentés pour toutes les formations.

2. Un processus de suivi doit être élaboré pour veiller à ce qui suit :

a) chaque incident de cas de mauvais traitement allégué, soupçonné ou observé fait immédiatement l'objet d'une enquête,

b) quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que des mauvais traitements ont eu lieu ou ont pu avoir lieu fait immédiatement part de ses soupçons au directeur,

c) la ou le MS de la personne résidente sont immédiatement avisés de tout incident de cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement,

d) le corps de police concerné est immédiatement avisé de tous les incidents de cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement d'ordre sexuel dont la ou le titulaire de permis soupçonne qu'ils peuvent constituer une infraction criminelle.

3. un dossier de ce processus de surveillance doit être documenté et conservé au foyer.



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

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

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Motifs :

1. Le foyer a des antécédents de niveau 4, car il a déjà fait l'objet d'un ordre précédent pour non-conformité à cet article de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, et notamment :

Ordre de conformité (OC) - art.19 obligation de protéger émis le 10 janvier 2017 (2017_620126_0001) (547).

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

14 septembre 2018 (A2)

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Ordre n° 002 **Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes de la :

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

Ordre :

La ou le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 6 (7) de la LFSLD.

En particulier, le titulaire de permis doit :

1. veiller à ce que la personne résidente 031 et toute autre personne résidente, notamment les personnes résidentes qui présentent un risque élevé d'étouffement, reçoivent les régimes alimentaires et les interventions nutritionnelles déterminées qui leur sont prescrits, y compris sans toutefois s'y limiter, les interventions concernant la dysphagie et la prévention de l'étouffement, comme le précise le programme de soins;
2. veiller à ce que tout le personnel du foyer de soins de longue durée qui s'occupe de diététique, d'activités et de soins infirmiers reçoive une formation sur la fourniture d'aliments et de liquides sans danger pour les personnes résidentes, en particulier en ce qui concerne les aliments et les liquides à texture modifiée, la dysphagie et d'autres facteurs liés au risque d'étouffement. Tenir à jour des registres des présences pour cette formation;
3. instaurer un processus de surveillance pour veiller à ce que le régime alimentaire et les autres interventions nutritionnelles qui sont prescrits soient fournis comme le précise le programme de soins, et mettre en œuvre des mesures correctives si les interventions ne sont pas efficaces. Un dossier de ce processus de surveillance doit être documenté et conservé au foyer.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Motifs :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente 030 lui soient fournis tel que le précise le programme.

Cette inspection concerne le registre n° 007813-17.

La ou le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique à une date déterminée concernant le décès inattendu et soudain de la personne résidente 030 survenu quatre jours auparavant en mangeant un certain aliment qui a provoqué son étouffement.

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 030 qui indiquaient qu'elle avait été admise la veille de cet incident et faisait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont un diagnostic particulier concernant une difficulté de déglutition. Les renseignements concernant la déglutition, fournis lors de la sortie de l'hôpital la veille de l'admission au foyer de soins de longue durée, fournissaient des recommandations et des interventions particulières en matière de régime alimentaire.

L'inspectrice 592 a examiné l'« Admission Nursing Assessment » (évaluation initiale en soins infirmiers lors de l'admission) de la ou du titulaire de permis et le programme de soins de 24 heures qui indiquaient que pour manger la personne résidente 030 nécessitait l'assistance d'une personne assurant une étroite surveillance relativement à la toux et au risque d'aspiration de corps étranger.

L'inspectrice 592 a examiné l'« Unit Daily Record » (journal quotidien de l'unité) du foyer pour la date déterminée de l'admission et le lendemain de l'incident. Le journal quotidien de l'unité pour le poste du soir de la date d'admission indiquait que la personne résidente 030 était nouvellement admise, devait être assise à une certaine table et faire l'objet d'une étroite surveillance de la part du personnel infirmier. Le journal quotidien de l'unité indiquait que le personnel infirmier devait veiller à ce que la personne résidente mange lentement et avale la nourriture avant d'en prendre une autre cuillerée.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

Au cours de cette inspection, l'inspectrice 592 a eu des entretiens avec les préposées ou préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) 115 et 116, qui ont indiqué que lorsqu'une personne résidente est admise au foyer, tous les renseignements concernant les besoins nutritionnels et le degré d'assistance requis figurent sur un formulaire particulier mis à la disposition de tous les membres du personnel infirmier. Les deux PSSP ont également indiqué que tous les renseignements doivent être communiqués sur le rapport de soins infirmiers de 24 heures (journal quotidien de l'unité) lors de chaque changement de poste, pendant plusieurs jours jusqu'à ce que le personnel connaisse la personne résidente. Les PSSP ont indiqué en outre que s'ils ne connaissaient pas très bien les besoins en soins, on leur demandait de consulter le personnel infirmier autorisé pour avoir des directives. La ou le PSSP 115, qui était sur les lieux pendant l'incident concernant la personne résidente 030, a indiqué à l'inspectrice ne pas avoir été affecté(e) pour assister la personne résidente au petit déjeuner lorsque l'incident s'est produit, la ou le PSSP a toutefois indiqué avoir entendu tousser la personne résidente 030, et que la ou le PSSP qui se trouvait à la table avec la personne résidente avait appelé à l'aide. La ou le PSSP 115 a indiqué en outre que la personne résidente 030 était reconnue comme présentant un risque élevé d'étouffement, car elle mangeait très vite et que le personnel devait la faire ralentir après chaque bouchée. La ou le PSSP 115 a indiqué que la personne résidente était assise à une table et qu'une ou un PSSP était présent tout le temps, toutefois la ou le PSSP 115 ne se souvenait pas quel était la ou le PSSP affecté à la personne résidente ce jour-là. La ou le PSSP 115 a indiqué en outre que l'IA avait informé l'ensemble des PSSP des recommandations et interventions particulières en matière de régime alimentaire, lors du rapport de 6 heures du matin de cette date-là après l'admission de la personne résidente 030.

La ou le PSSP 117 a indiqué à l'inspectrice 592 avoir été affecté(e) à la table de la personne résidente 030 à l'heure du petit déjeuner lorsque l'incident s'est produit à une certaine date. La ou le PSSP 117 a indiqué que la personne résidente 030 mangeait sans assistance et qu'elle était assise à cette table pour bénéficier d'une surveillance pendant que la ou le PSSP faisait manger d'autres personnes résidentes à la même table. La ou le PSSP 117 a indiqué que la personne résidente 030 était assise dans un fauteuil roulant de l'autre côté de la table. La ou le PSSP 117 a indiqué qu'une ou un autre PSSP avait donné des instructions concernant la possibilité que la personne résidente 030 s'étouffe et le fait que les PSSP devaient la surveiller. La ou le PSSP 117 a indiqué que le personnel de la cuisine avait servi un certain aliment à la personne résidente 030 et que l'on avait

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

remarqué qu'elle mangeait très vite. La ou le PSSP 117 a indiqué qu'environ deux minutes plus tard, la personne résidente 030 avait commencé à tousser et que l'on avait immédiatement appelé l'infirmière ou l'infirmier. La ou le PSSP 117 a indiqué ne pas être au courant d'autres interventions concernant spécifiquement la personne résidente 030 à ce moment-là. L'inspectrice 592 a demandé comment on met au courant les PSSP des besoins nutritionnels particuliers des personnes résidentes nouvellement admises. La ou le PSSP 117 a indiqué en outre qu'habituellement, les PSSP consultaient le personnel de la cuisine avant de servir à la personne résidente tout aliment d'un régime alimentaire particulier ou pour avoir des recommandations. La ou le PSSP 117 a indiqué qu'à cette date déterminée, le personnel de la cuisine avait servi le matin ces aliments particuliers aux personnes résidentes, et qu'il n'était pas nécessaire de vérifier le régime alimentaire de la personne résidente 030 auprès du personnel de la cuisine.

La directrice ou le directeur des soins (DDS) et la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) ont indiqué à l'inspectrice 592 que les renseignements concernant les besoins nutritionnels de la personne résidente 030 avaient été communiqués lors du rapport du matin. Ces deux personnes ont indiqué que la ou le PSSP 117 n'avait pas fourni les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente 030 pour ce qui concernait ses besoins nutritionnels comme le précisait son programme de soins.

2. La directrice ou le directeur des soins (DDS) et la directrice ou le directeur adjoint des soins (DADS) ont déterminé que la personne résidente 031 présentait un risque élevé d'étouffement et devait avoir en place des interventions nutritionnelles précises pour prévenir un étouffement.

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 031 qui indiquaient qu'elle avait été admise à une certaine date en faisant l'objet de plusieurs diagnostics médicaux. Selon la plus récente évaluation fournie par l'orthophoniste et effectuée à une certaine date, la personne résidente 031 nécessitait une assistance totale du personnel pour s'alimenter, car elle avait tendance à garder la nourriture dans la bouche en mangeant. On avait évalué qu'elle était capable d'avaler correctement quand le personnel lui prodiguait des encouragements verbaux pour avaler. Le programme de soins écrit de la personne résidente comportait plusieurs recommandations.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

À une certaine date pendant cette inspection, l'inspectrice 592 a observé une ou un préposé aux services d'alimentation qui distribuait des boissons dans la salle à manger pendant le service du petit déjeuner, et versait ensuite des liquides à consistance de miel dans trois verres en plastique ordinaires. L'inspectrice 592 a observé ces trois verres en plastique ordinaires sur la table d'une personne résidente, un contenait de l'eau, un autre du lait et un troisième du jus d'orange. On remarquait également à côté de ces trois verres en plastique un contenant en plastique étiqueté « épaississant ». La ou le PSSP 106 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il fallait de la poudre épaississante pour la personne résidente 031. Le personnel infirmier doit ajouter cette poudre épaississante pour donner une consistance de pudding au liquide à consistance de miel pour la personne résidente afin que le liquide ne dégoutte pas de la cuillère. La ou le PSSP 106 a indiqué en outre que la personne résidente 031 oublie d'avaler et que le personnel doit lui prodiguer des encouragements pour qu'elle avale après chaque bouchée.

L'inspectrice 592 a observé l'infirmière ou l'infirmier autorisé (IA) 102 assis à côté de la personne résidente 031 lors de ce service du petit déjeuner pendant que le personnel du service d'alimentation servait un certain aliment à la personne résidente. L'inspectrice 592 a observé l'IA 102 qui prenait le verre de lait et le remuait avec une cuillère sans ajouter de poudre épaississante. L'IA 102 s'est tourné(e) vers la personne résidente pour lui donner le verre de lait quand la ou le PSSP 106 l'a arrêté(e) et lui a indiqué qu'il fallait ajouter de la poudre épaississante dans le verre afin d'épaissir le liquide jusqu'à l'obtention d'une consistance de pudding. L'IA 102 a ajouté de la poudre épaississante dans le verre de lait en remuant avec une cuillère, et a alors donné une cuillerée de lait à la personne résidente 031. L'inspectrice 592 a remarqué que le lait n'avait pas la consistance d'un pudding, car on remarquait qu'il dégouttait de la cuillère. L'inspectrice 592 s'est approchée de la table de la personne résidente 031, l'IA 102 avait déjà donné à celle-ci la cuillerée de lait et l'on remarquait que le lait coulait de la bouche de la personne résidente. L'inspectrice 592 a demandé à l'IA 102 quelle texture et quelle consistance on donnait à la personne résidente 031. L'IA 102 a indiqué que la texture préparée pour la personne résidente 031 était appropriée, car l'on n'avait pas ce matin-là d'agent épaississant pour les produits en gelée, et que l'on utilisait donc de la poudre épaississante ce qui n'était pas la même chose et n'avait pas la même consistance. L'inspectrice 592 a demandé si l'IA 102 connaissait la description détaillée de l'exigence d'avoir une consistance de pudding afin que les liquides ne

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

dégouttent pas de la cuillère. L'IA 102 a montré à l'inspectrice 592 la texture du liquide qui dégouttait de la cuillère et a dit que c'était la bonne texture. L'IA 102 a alors consulté la ou le PSSP 112 que l'on affectait régulièrement à la personne résidente 031 et qui n'était pas encore arrivé(e) à la table, et la ou le PSSP 112 a informé l'IA 102 que la consistance n'était pas appropriée pour la personne résidente 031, car elle était trop liquide, et l'on a observé la ou le PSSP 112 qui repoussait les deux autres verres contenant de l'eau et du jus d'orange, et qui ajoutait de la poudre épaississante dans le verre de lait jusqu'à ce qu'il fût d'une texture qui ne dégouttait pas de la cuillère. L'IA 102 a indiqué à l'inspectrice 592 être au courant de la consistance des liquides pour la personne résidente 031, car elle avait eu des contacts avec la personne résidente et l'orthophoniste, toutefois, l'IA a indiqué qu'étant donné que l'on n'avait pas d'agent épaississant pour les produits en gelée, il était difficile d'avoir la bonne texture pour la personne résidente ce matin-là.

À une date déterminée, la ou le DADS a indiqué à l'inspectrice 592 que les directives pour les interventions nutritionnelles particulières à fournir à la personne résidente 031 étaient très détaillées et claires. La ou le DADS a indiqué qu'au cours de la consultation avec l'orthophoniste on avait pris le temps de s'assurer que toutes les exigences particulières comme la description de la texture de pudding étaient claires pour tous les membres du personnel qui prenaient soin de la personne résidente 031. La ou le DADS a indiqué en outre que l'on ne répondait pas aux besoins nutritionnels de la personne résidente 031 comme le précise le programme de soins.

La gravité de ces problèmes était de niveau 3, car il y avait un préjudice réel pour la personne résidente 030 et un risque de préjudice pour la personne résidente 031. L'étendue du préjudice était de niveau 2 en ce qui a trait à deux des trois personnes résidentes ayant fait l'objet de l'examen. Le foyer avait des antécédents de niveau 3, car il avait un ou plusieurs non-respects de cet article de la LFSLD, et notamment :

Avis écrit fait en application du par. 6 (7) du Règlement, 26 octobre 2015.

Avis écrit fait en application du par. 6 (7) du Règlement, 15 août 2017 (592).

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

13 juillet 2018 (A1)



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

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

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

RENSEIGNEMENTS RELATIF AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

Toronto ON M5S 2B1

Télécopieur : 416-327-7603



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

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

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur
(e) 151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 2T5

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603



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

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

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 1 août 2018 (A2).

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice :

Modifié par LYNE DUCHESNE - (A2)

Bureau régional de services :

Ottawa