



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

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

Amended Public Copy/Copie du public modifiée

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre 013509-16	Type of Inspection / Genre d'inspection
8 septembre 2016	2016_286547_0019 (A1)		Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Licensee/Titulaire de permis

CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP

766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s Southbridge Care Homes Inc. CAMBRIDGE ON N3H 5L8

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

MANOIR MAROCHEL

949, ROUTE DE MONTRÉAL, OTTAWA ON K1K 0S6

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

LISA KLUKE (547) (A1)

Amended Inspection Summary/Résumé de l'inspection modifié



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

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

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

**Rapport d'inspection en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

**L'ordre de conformité n° 001 a été modifié pour changer la date de conformité du
9 septembre 2016 au 16 septembre 2016 à la demande de la directrice des soins/du directeur des
soins.**

Émis le 8 septembre 2016 (A1)

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

Original du rapport signé par l'inspectrice/l'inspecteur.



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

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

Amended Public Copy/Copie du public modifiée

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre 013509-16	Type of Inspection / Genre d'inspection
8 septembre 2016	2016_286547_0019		Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Licensee/Titulaire de permis

CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP

766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s Southbridge Care Homes Inc. CAMBRIDGE ON N3H 5L8

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

MANOIR MAROCHEL

949, ROUTE DE MONTRÉAL, OTTAWA ON K1K 0S6

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

LISA KLUKE (547) (A1)

Amended Inspection Summary/Résumé de l'inspection modifié



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

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28 et 29 juillet 2016 et 2 août 2016.

Les inspections d'incidents critiques suivants n° 020238 / 019437 / 020887-16 concernant des allégations de mauvais traitements commis par une personne en visite à l'égard d'une personne résidente, n° 019175-16 concernant des allégations de mauvais traitements commis par du personnel à l'égard d'une personne résidente, et le registre de plainte n° 017233-16 concernant des problèmes d'entretien ménager et de lutte contre les ravageurs ont été menées en même temps lors de cette inspection.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/les inspectrices ont contacté les personnes suivantes : administrateur, directrice régionale/directeur régional d'Extendicare, directrices des soins (DDS) intérimaires, coordonnatrice/coordonnateur du RAI, directrice/directeur des programmes, superviseur de l'entretien, chef de bureau, superviseure/superviseur des services d'alimentation (SSA), diététiste professionnelle (Dt.P.), physiothérapeute (PT), assistante/assistant en physiothérapie (APT), infirmières autorisées (IA), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), préposée d'aide aux activités, cuisinière, aides-ménagères/aides-ménagers, étudiantes et étudiants bénévoles, personnes résidentes et membres de leurs familles.

De plus, l'équipe d'inspection a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes, les documents concernant la production des aliments, y compris les menus planifiés et les fiches de consommation quotidienne d'aliments et de liquides des personnes résidentes, les procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles, le manuel des bénévoles, les relevés de température ambiante. Les documents relatifs aux enquêtes du foyer concernant quatre incidents critiques déclarés par le foyer ont également été examinés, ainsi que les politiques et procédures relatives à ce qui suit : lutte contre les infections, prévention des mauvais traitements, programme de prévention et de gestion des chutes, aide aux personnes résidentes pour manger, programme et plaintes concernant l'entretien préventif. L'équipe d'inspection a observé certains aspects des soins aux personnes résidentes et les interactions avec le personnel, ainsi que l'administration des médicaments et plusieurs services de repas.

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

- Services d'hébergement – entretien ménager
- Services d'hébergement – entretien
- Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
- Dignité, choix et vie privée
- Observation du service de restauration
- Prévention des chutes
- Conseil des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Médicaments



**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 en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

Recours minimal à la contention
Services de soutien à la personne
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles
Rapports et plaintes
Conseil des résidents
Foyer sûr et sécuritaire
Soins de la peau et des plaies
Comptes en fiducie

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

7 AE
5PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 du Règl. de l'Ont. 79/10, Côtés de lit

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

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

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

Findings/Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lits sont utilisés, des mesures soient prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes.

L'inspectrice n° 655 a remarqué que le lit de la personne résidente n° 039 avait un côté de lit aux trois quarts relevé les 20, 22, 25 et 29 juillet, et le 2 août 2016.

Le 22 juillet 2016, la personne résidente n° 039 a dit à l'inspectrice n° 655 qu'elle pensait que le côté de lit était dangereux, car son genou lui faisait mal quand il se coinçait à l'intérieur du côté de lit, et qu'elle aimerait qu'on l'enlève. Le 2 août 2016, la personne résidente n° 039 a indiqué à l'inspectrice n° 655 qu'elle a également parfois enjambé le côté de lit.

Pendant l'entrevue du 2 août 2016, la conjointe/le conjoint de la personne résidente n° 039 a indiqué à l'inspectrice n° 655 que le côté de lit de la personne résidente était mal fixé et qu'il était ainsi depuis longtemps. L'inspectrice n° 655 a également remarqué que le côté de lit de la personne résidente était desserré le 2 août 2016.

L'inspectrice n° 655 a examiné le document intitulé « Cardinal Health – Facility Entrapment Inspection Sheet » (Cardinal Health – fiche d'inspection des possibilités de coincement des lits du foyer) qui n'était pas daté, et qui indiquait qu'il y avait un côté de lit mal fixé au lit de la personne résidente n° 039 et que les zones de coincement deux et trois des côtés de lit n'avaient pas satisfait aux critères lors de cette évaluation. Un autre document intitulé « Bed Entrapment Audit Results » (résultats de la vérification des possibilités de coincement dans les lits) qui n'était pas daté non plus indiquait que 62,5 % (40 sur 64) des lits ayant fait l'objet d'une vérification, dont le lit de la personne résidente n° 039, n'avaient pas satisfait aux normes de l'inspection du foyer concernant les possibilités de coincement.

L'inspectrice n° 655 a examiné un autre document intitulé « Extencicare Bed Rail Device Assessment Survey – Appendix III » (Extencicare – enquête d'évaluation sur les dispositifs de côtés de lit – annexe III) portant une date spécifiée de mai 2016. Ce document indiquait que le lit de la personne résidente n° 039 avait deux côtés de lit qui n'étaient pas nécessaires et qui n'étaient pas sécurisés. Le document indiquait de plus à la rubrique « mesures à prendre pour réduire les possibilités de coincement pour cette personne résidente » que l'on devait enlever les deux côtés de lit du lit de la personne résidente n° 039. Dans le même document, on indiquant qu'il fallait enlever les côtés de lit aux lits de 15 autres personnes résidentes qui étaient hébergées dans la même zone du foyer de soins que la personne résidente n° 039.

L'infirmière auxiliaire (IA) n° 107 a indiqué à l'inspectrice n° 655 lors d'une entrevue le 25 juillet 2016, que les deux côtés du lit de la personne résidente n° 039 étaient censés être enlevés d'après les résultats des évaluations de lits susmentionnées. L'IA n° 107 (qui faisait également fonction de directrice des soins ce jour-là) a aussi indiqué le 2 août 2016 qu'il incombait au superviseur de l'entretien d'enlever les côtés de lit de la personne résidente n° 039.

Le superviseur de l'entretien a indiqué à l'inspectrice n° 655 au cours d'une entrevue le 22 août 2016, qu'il lui incombait de réparer ou d'enlever les côtés de lit tel que requis depuis son arrivée au foyer en mai 2016, mais qu'on ne l'avait pas informé du côté de lit desserré de la personne résidente n° 039, ni qu'il fallait enlever les côtés de lit comme on l'indiquait dans le document « Extencicare Bed Rail Device Assessment Survey – Appendix III » (Extencicare – enquête d'évaluation sur les dispositifs de côtés de lit – annexe III).

Le 2 août 2016, ni l'IA n° 107 ni le superviseur de l'entretien n'ont été en mesure de parler de toute mesure qui avait été prise depuis que l'on avait rempli la *Cardinal Health – Facility Entrapment Inspection Sheet* (Cardinal Health – fiche d'inspection des possibilités de coincement des lits du foyer) et le document « Extencicare Bed Rail Device Assessment Survey – Appendix III » (Extencicare – enquête d'évaluation sur les dispositifs de côtés de lit – annexe III) datés d'une date spécifiée de mai 2016.

Le 2 août 2016, le côté de lit desserré du lit de la personne résidente n° 039 était demeuré en position haute.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on prenne des mesures pour empêcher que la personne résidente soit coincée quand on utilisait les côtés de lit.

Il y a eu un non-respect précédent en la matière constaté lors de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes 2015_286547_0025 de décembre 2015. [alinéa 15 (1)a]]

Autres mesures requises :

L'ordre de conformité n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter à « l'ordre ou aux ordres de l'inspectrice/l'inspecteur ».

(A1) La ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 001.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Programme de soins

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences. 2007, chap. 8, par. 6 (2).

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

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

Findings/Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur une évaluation des besoins et des préférences de la personne résidente n° 017 concernant les chutes.**

La personne résidente n° 017 a été admise au foyer à une date spécifiée en 2013, et une évaluation effectuée à une date spécifiée un an après l'admission avait déterminé que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes en raison de sa mobilité réduite et de sa déficience cognitive. La plus récente chute de la personne résidente n° 017 s'était produite le matin d'une date spécifiée alors qu'elle essayait de sortir du lit pour se rendre aux toilettes. Le lit de la personne résidente n° 017 n'avait pas de côtés de lit à ce moment-là. L'aide-ménagère n° 114 avait découvert la personne résidente n° 017 assise sur le plancher à côté du lit, avec le matelas retourné hors du lit et coincé derrière la personne résidente.

La personne résidente n° 017 avait son propre matelas et son propre cadre de lit jusqu'à une date spécifiée où le foyer les avait remplacés par un cadre de lit et un matelas du foyer.

La mandataire spéciale/Le mandataire spécial (MS) de la personne résidente a indiqué à l'inspectrice n° 547 qu'à cette date quand on avait changé le matelas et le cadre de lit de la personne résidente n° 017, il/elle avait mentionné ses préoccupations à la coordonnatrice/au coordonnateur du RAI, à l'administrateur et à la/au responsable concernant le fait que le matelas de la personne résidente ne s'ajustait pas correctement au cadre de lit, car le matelas bougeait trop facilement d'un côté à l'autre au sommet du cadre de lit, ce qui constituait un problème de sécurité pour les chutes. Le/La MS avait demandé que l'on installe un côté de lit sur le lit de la personne résidente pour des raisons de sécurité afin de maintenir le matelas en place, toutefois la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI avait indiqué à la/au MS qu'un côté de lit n'était pas requis pour la personne résidente et que le matelas ne bougerait plus une fois que la personne résidente s'allongerait.

L'IA n° 107 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que les évaluations des lits étaient effectuées par la coordonnatrice/le coordonnateur du RAI, par la directrice des soins précédente et par l'ancien superviseur de l'entretien. L'IA n° 107 a indiqué que ces évaluations auraient dû être mentionnées sur la « Facility Entrapment Inspection Sheet » (fiche d'inspection des possibilités de coincement des lits du foyer).

L'inspectrice n° 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 017 et n'a pas pu localiser d'évaluation du nouveau lit de la personne résidente concernant sa sécurité et la prévention des chutes, comme l'indiquaient les préoccupations et les préférences de la/du MS le jour où la personne résidente a reçu le nouveau lit.

La directrice régionale/Le directeur régional d'Extendicare (DRE) a indiqué à l'inspectrice n° 547 que tous les lits devaient subir une évaluation de la sécurité pour veiller à ce que les matelas s'ajustent correctement aux cadres des lits du foyer, car ils ne devraient pas pouvoir se déplacer dans le haut des cadres de lit. La/Le DRE a indiqué que l'on avait remis aux foyers différents dispositifs de retenue des matelas pour veiller à la sécurité des personnes résidentes et que l'on devrait faire cette évaluation pour chaque lit.

On avait changé le lit et le matelas de la personne résidente n° 017 en lui en remettant des neufs à une date spécifiée de mars 2016, et la/le MS avait demandé que l'on installe un côté de lit sur le cadre de lit, car la personne résidente présentait un risque de chutes. On n'avait effectué aucune évaluation du besoin en côtés de lit de la personne résidente en lien avec le risque de chutes, et l'on n'avait pas fait d'évaluation de la sécurité du lit de la personne résidente en lien avec son risque de faire des chutes. [par. 6 (2)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on réévalue les transferts de la personne résidente n° 016, et à ce que l'on réexamine et révise le programme de soins quand les besoins en soins de la personne résidente changeaient.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice n° 655 a remarqué que la personne résidente n° 016 avait une petite ecchymose jaune pâle à un endroit spécifié.

Un examen du dossier médical de la personne résidente n° 016 indiquait, dans les notes d'évolution à une date spécifiée antérieure à cette inspection, que l'IAA n° 123 avait déclaré « qu'un membre du personnel de soutien à la personne avait signalé, à la fin du poste du soir que la personne résidente n° 016 avait une grande ecchymose, et que cette personne résidente avait dit à l'IAA n° 123 que cela était causé par un équipement utilisé pendant les transferts ».

La personne résidente n° 016 a indiqué à l'inspectrice n° 655 qu'elle avait été blessée quand un membre du personnel de soutien à la personne l'avait transférée du lit au fauteuil roulant avec ce même équipement. La personne résidente n° 016 avait de plus indiqué qu'elle avait été blessée plus d'une fois avec d'autres membres du personnel ainsi qu'en utilisant ce même équipement, et qu'à sa connaissance, il n'y avait pas eu de nouveaux changements ou de nouvelles évaluations des transferts depuis que l'on avait fait état de cette préoccupation quelques mois avant cette inspection. La personne résidente n° 016 a indiqué qu'elle continuait de s'inquiéter de l'éventualité d'être de nouveau blessée par cet équipement spécifié pendant les transferts qui ont lieu plus d'une fois par jour pour s'aliter et sortir de son lit.

Le PSSP n° 122 a indiqué à l'inspectrice n° 655 pendant une entrevue le 28 juillet 2016, qu'un autocollant d'une couleur précise sur le pictogramme au-dessus du lit de la personne résidente n° 016 signifiait que l'on devait utiliser un équipement précis pour les transferts. Le PSSP n° 122 a indiqué que certains membres du personnel éprouvaient de la difficulté à utiliser cet équipement avec la personne résidente n° 016 en raison du positionnement de la personne résidente.

Le PSSP n° 103 a indiqué que cet équipement spécifié n'est pas celui qu'il convient d'utiliser pour la personne résidente n° 016. Le PSSP n° 103 a expliqué que le personnel avait attiré l'attention de la directrice des soins précédente (DDS) sur ce point, mais que l'on avait informé le personnel que l'on ne pouvait pas changer cet équipement. Quand on lui a demandé si, le cas échéant, on avait fait des modifications à cet équipement depuis cette date spécifiée quelques mois avant cette inspection alors que l'on indiquait que la personne résidente n° 016 avait signalé que cet équipement spécifié lui provoquait des ecchymoses), le PSSP n° 103 a indiqué que l'on n'en avait pas fait.

L'IA n° 107 a indiqué au cours d'une entrevue que, bien que la/le physiothérapeute évalue les personnes résidentes pour les transferts, il/elle ne fait pas d'évaluation pour désigner l'équipement adéquat. L'IA n° 107 a indiqué que l'on n'avait pas fait d'aiguillage pour de la physiothérapie après que la personne résidente n° 016 eut signalé une ecchymose liée à cet équipement précis à une date spécifiée. L'IA n° 107 a indiqué que parce que cette préoccupation concernait cet équipement, on en avait fait part à ce moment-là à la directrice des soins à qui il incombait de faire l'évaluation initiale. Lors d'une seconde entrevue le même jour, l'IA n° 107 n'avait pas été en mesure de localiser un document pour prouver toute intervention ou modification effectuée pour cet équipement afin de prévenir les ecchymoses.

La directrice des soins intérimaire (DDSI) n° 124 a indiqué au cours d'une entrevue avec l'inspectrice n° 655 qu'il s'agissait d'une préoccupation liée à la sécurité. Elle a indiqué que lorsqu'une personne résidente signale qu'elle a des ecchymoses causées par un équipement spécifié pendant un transfert, on s'attend à ce que l'on effectue une réévaluation pour veiller à la sécurité des personnes résidentes pendant les transferts, et à ce que l'on utilise l'équipement adéquat. La DDSI n° 124 a indiqué que l'on ferait vraisemblablement un aiguillage pour de la physiothérapie et que l'on doterait aussi la personne résidente d'un équipement de transfert adéquat. [alinéa 6 (10)b]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'on réévalue les besoins et les préférences de la personne résidente n° 017 concernant le cadre de lit et le matelas du foyer de soins de longue durée concernant la prévention des chutes, et que les transferts de la personne résidente n° 016 au moyen d'un dispositif de levage mécanique soient réévalués, que le programme de soins soit réexaminé et révisé sur la base des besoins en soins de la personne résidente n° 016 afin de prévenir d'autres lésions. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

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

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 15 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les équipements pour ambulation soient toujours propres dans le foyer.

À une date spécifiée pendant cette inspection, l'inspectrice n° 547 a remarqué des odeurs d'urine en entrant dans les chambres des personnes résidentes n° 016 et 045. Les deux personnes résidentes étaient au lit, et leurs fauteuils roulants étaient à côté de leurs lits. On a remarqué que le fauteuil roulant de la personne résidente n° 016 avait un endroit en mauvais état qui avait pris une couleur brune. Cinq jours auparavant, l'inspectrice n° 655 avait également remarqué des aliments desséchés qui étaient restés collés du côté droit du siège.

On avait remarqué que le fauteuil roulant de la personne résidente n° 045 était souillé par de la matière blanche desséchée sur le siège et les repose-jambes. La personne résidente n° 016 a indiqué qu'elle n'avait jamais remarqué de membre du personnel en train de nettoyer son fauteuil. On a remarqué que le dos du fauteuil roulant de la personne résidente avait des odeurs. L'IA n° 107 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que l'état de ces fauteuils roulants n'était pas acceptable, et qu'elle vérifiera quand ils ont été nettoyés pour la dernière fois.

On a remarqué que le fauteuil roulant de la personne résidente n° 032 était souillé par des aliments desséchés du côté gauche et à la roue gauche. La personne résidente n° 032 avait également un deuxième fauteuil roulant dans sa chambre, et l'on avait aussi remarqué qu'il avait une importante accumulation d'aliments desséchés et de débris sur l'accoudoir droit et sur le levier de commande électrique, à deux dates distinctes lors de cette inspection.

L'inspectrice n° 126 a remarqué à une date spécifiée que le fauteuil roulant de la personne résidente n° 009 était souillé par des débris et avait des odeurs d'urine.

Le PSSP n° 103 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que l'équipement pour l'ambulation de la personne résidente était censé être lavé pendant le poste de nuit par les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) la nuit précédant le bain ou la douche de la personne résidente. Le PSSP n° 103 a indiqué que si l'on remarquait que le fauteuil roulant d'une personne résidente était souillé, on pouvait l'essuyer, mais si le coussinet du fauteuil était souillé, on ne pouvait le faire que pendant la nuit, pour qu'il ait le temps de sécher.

L'IA n° 107 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que l'ancienne DDS du foyer avait élaboré un calendrier de nettoyage des équipements pour l'ambulation, toutefois après examen des dossiers du foyer, elle avait indiqué que ce calendrier de nettoyage n'avait jamais été mis en œuvre. L'IA n° 107 a indiqué que le personnel des services de soutien à la personne était également au courant que si l'équipement pour l'ambulation d'une personne résidente était souillé, il devait essuyer tout débris ou tout aliment avant qu'il reste collé sur l'équipement. L'IA n° 107 a indiqué que le calendrier de nettoyage de l'équipement d'ambulation des personnes résidentes sera mis en œuvre. [alinéa 15 (2)a]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'équipement pour l'ambulation des personnes résidentes soit nettoyé dans le foyer. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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) et 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) et 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) et 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 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) et 195 (2).**

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'IA n° 126, qui avait des motifs raisonnables de soupçonner le mauvais traitement de la personne résidente n° 006 de la part de qui que ce soit ce qui a causé un préjudice, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

La personne résidente n° 006 est revenue au foyer après une promenade à une date spécifiée, et le membre des services de soutien à la personne n° 125 a remarqué une « marque » à un endroit précis de la personne résidente n° 006. La personne résidente n° 006 a indiqué qu'elle avait été frappée par une personne spécifiée. Le membre des services de soutien à la personne n° 125 a signalé cet incident à l'IA n° 126 qui était en charge du service à ce moment-là, conformément au rapport d'enquête documenté du foyer.

Une heure plus tard à cette date spécifiée, les notes d'évolution de la personne résidente n° 006 mentionnaient que « l'IA n° 126 avait tenté de commencer une enquête sur cet incident, cependant la personne résidente n° 006 avait indiqué que le problème était trop personnel ». L'IA n° 126 avait de plus indiqué « qu'un suivi serait nécessaire ».

La DDS a eu connaissance de l'incident trois jours plus tard, en a avisé le directeur, et a commencé son enquête. Par conséquent, l'IA n° 126, en charge du service à ce moment-là, qui avait connaissance du mauvais traitement d'ordre physique de la personne résidente n° 006 de la part de qui que ce soit n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur de l'incident de mauvais traitement, comme cela est requis. [par. 24 (1)]



Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tout le personnel des soins infirmiers sache qu'il doit, lorsqu'il y a des motifs raisonnables de soupçonner que le mauvais traitement d'une personne résidente par qui que ce soit a causé un préjudice, faire immédiatement rapport au directeur de ce soupçon et des renseignements sur lesquels il est fondé. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Service de restauration et de collation**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 73 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
5. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Par. 73 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
10. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprenne un processus pour faire en sorte que les préposées et préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes.

À une date spécifiée pendant cette inspection au cours du service du déjeuner dans l'une des salles à manger du foyer, l'inspectrice n° 593 a observé trois bénévoles qui offraient des boissons du chariot-boissons aux personnes résidentes. Il n'y avait pas, sur le chariot ni dans la salle à manger, de liste des régimes alimentaires que les personnes bénévoles consultent quand elles offrent des boissons aux personnes résidentes.

Six jours plus tard, durant le passage du chariot des collations du matin dans une aile du foyer, l'inspectrice n° 593 a remarqué que le membre des services de soutien à la personne n° 102 offrait des boissons aux personnes résidentes de cette zone. On n'a pas remarqué de liste des régimes alimentaires sur le chariot pendant le service.

Le membre des services de soutien à la personne n° 102 a mentionné à l'inspectrice n° 593 qu'il y avait habituellement sur le chariot un manuel qui donnait la liste de chaque personne résidente et de ses exigences particulières, toutefois il n'y était pas ce jour-là. Le membre des services de soutien à la personne n° 102 a de plus indiqué bien connaître les personnes résidentes et donc ne pas avoir besoin de consulter le manuel pour connaître leurs besoins diététiques.

Sept jours après la première observation des repas, l'inspectrice n° 593 a remarqué, durant le service du petit déjeuner dans l'une des salles à manger, que la préposée d'aide aux activités n° 100 (PAA) et une personne bénévole offraient aux personnes résidentes des boissons du chariot-boissons. On n'a pas remarqué de liste des régimes alimentaires sur le chariot ou dans la salle à manger que le membre du personnel ou la personne bénévole consultaient en offrant des boissons aux personnes résidentes.

La PAA n° 100 a indiqué à l'inspectrice n° 593 être au foyer depuis huit ans et donc bien connaître les personnes résidentes. Elle a ajouté que, s'il y avait une nouvelle personne résidente, on vérifiait son type de régime alimentaire. Quand on lui a posé des questions sur les bénévoles qui offraient des boissons aux personnes résidentes, la PAA n° 100 a répondu qu'elle donne aux bénévoles une formation qui inclut le régime alimentaire des personnes résidentes, autrement les personnes bénévoles ne sont pas censées donner quoi que ce soit aux personnes résidentes. La PAA n° 100 a de plus indiqué qu'il y avait un cartable des régimes alimentaires que l'on pouvait consulter si nécessaire. On a remarqué que le cartable des régimes alimentaires se trouvait dans la cuisine à ce moment-là.

Ce jour-là, durant le passage du chariot des collations du matin dans une aile du foyer identifiée, on a remarqué que le PSSP n° 111 offrait des boissons aux personnes résidentes de cette zone. Il n'y avait pas de liste des régimes alimentaires sur le chariot pendant le service.

Le PSSP n° 111 a indiqué à l'inspectrice n° 593 qu'il y avait auparavant une liste des régimes alimentaires attachée au chariot, toutefois elle n'y était malheureusement plus, et il ne savait pas pourquoi on l'avait enlevée. Le PSSP n° 111 a indiqué de plus que ce n'était pas son unité habituelle, mais qu'il connaît encore les personnes résidentes, toutefois il devait vérifier auprès du personnel habituel tout changement ou quand il y avait de nouvelles personnes résidentes.

L'IAA n° 107 a indiqué à l'inspectrice n° 593 que les PSSP sont tenus de consulter le manuel des régimes alimentaires pendant les repas et lors du passage du chariot des collations. Le manuel est mis à jour par le service de planification des menus, et il devrait être placé sur le chariot quand on le prépare avec les collations et les boissons pour les personnes résidentes. [alinéa 73(1) 5]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprenne des techniques adéquates pour aider les personnes résidentes à manger, notamment le positionnement sécuritaire des personnes résidentes qui ont besoin d'aide.

L'inspectrice n° 593 a remarqué, lors du service du déjeuner dans une salle à manger spécifiée, que la personne bénévole n° 120 faisait boire les personnes résidentes n° 013, 015, 042 et 043 en étant debout pendant qu'elle faisait boire les personnes résidentes assises.

La personne bénévole n° 120 a indiqué à l'inspectrice n° 593 qu'elle n'avait pas reçu de formation du foyer pour nourrir les personnes résidentes.



L'inspectrice n° 593 a observé, lors du service du déjeuner dans une salle à manger spécifiée, la personne bénévole n° 120 qui faisait manger de la soupe à la personne résidente n° 042, et que la personne bénévole n° 120 était debout pendant qu'elle faisait manger la personne résidente assise.

On a observé la personne bénévole n° 121, pendant le service du petit déjeuner dans la même salle à manger, qui faisait boire du jus d'orange et manger des céréales et des fruits en purée à la personne résidente n° 016 et du porridge à la personne résidente n° 001. On a remarqué que la personne bénévole n° 121 était debout pendant qu'elle faisait manger la personne résidente assise.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 001 indiquait qu'elle nécessitait une aide considérable de la part d'un membre du personnel des services de soutien à la personne pour manger.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 013 indiquait qu'elle avait de la difficulté à mâcher et nécessitait un régime alimentaire comportant des aliments hachés fin.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 015 indiquait qu'elle nécessitait une aide considérable de la part d'un membre du personnel, car elle était incapable de se nourrir elle-même.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 016 indiquait qu'elle était incapable de se nourrir, et dépendait totalement des membres du personnel des services de soutien à la personne pour l'ingestion de la totalité des aliments et des boissons. On mentionnait également qu'elle risquait de s'étouffer.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 042 indiquait qu'elle nécessitait une aide considérable pour manger et qu'elle risquait de s'étouffer.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 043 indiquait qu'elle nécessitait une aide considérable, et qu'un membre du personnel des services de soutien à la personne devait l'aider pendant tout le repas.

La PAA n° 100 a indiqué à l'inspectrice n° 593 que les bénévoles l'observaient dans le cadre de leur formation, notamment pour nourrir les personnes résidentes. On disait aux personnes bénévoles de s'inspirer des membres du personnel des services de soutien à la personne, toutefois ce qu'on leur disait dépendait de la personne résidente que les personnes bénévoles alimentaient, et notamment : nourrir la personne lentement, utiliser une cuillère à thé, et plonger les aliments durs dans des liquides pour les ramollir. La PAA n° 100 a de plus indiqué qu'il n'y avait pas de formation structurée à l'intention des bénévoles pour nourrir les personnes résidentes.

La chef des programmes n° 101 a indiqué à l'inspectrice n° 593 qu'habituellement les bénévoles offrent une assistance seulement aux tables d'activités dans la salle à manger pour asseoir les personnes résidentes qui nécessitent une assistance minimale. Toutefois, comme il y a de nombreuses personnes bénévoles dans le foyer, on les a fait prêter assistance à d'autres tables, y compris à celles des personnes résidentes nécessitant une aide considérable pour se nourrir.

Un examen de la politique du foyer intitulée « Assisting the Resident to Eat RESI-05-02-11 » (aider la personne résidente à manger RESI-05-02-11) datée de décembre 2012 indiquait que le personnel doit s'asseoir à côté de la personne résidente quand il la nourrit. [alinéa 73 (1) 10]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les préposées/préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel qui aident les personnes résidentes soient mis au courant des régimes alimentaires, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 87 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Entretien ménager**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 87 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1)a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on ait élaboré des marches à suivre pour remédier aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes.

L'inspectrice n° 547 a remarqué une odeur d'urine dans la chambre de la personne résidente n° 037 à cinq dates spécifiées pendant cette inspection, et à trois dates spécifiées dans la chambre et la salle de bains de la personne résidente n° 023.

L'inspectrice n° 547 a examiné le calendrier d'entretien ménager d'une aile spécifique du foyer que l'on garde sur les chariots d'entretien ménager pour indiquer quand les chambres des personnes résidentes sont nettoyées à fond. Ce dossier du calendrier de l'entretien ménager contient également des échantillons de l'outil de surveillance de l'élimination des odeurs n° HKLD-05-03-08 annexe 1, pour que le personnel le remplisse le cas échéant.

Le registre de l'entretien de cette même aile du foyer a été examiné pour les cinq derniers mois, et le personnel d'entretien ménager et le personnel infirmier du foyer n'avaient mentionné aucune chambre de personne résidente comme ayant des odeurs persistantes, et ils n'avaient pas rempli l'outil de surveillance de l'élimination des odeurs pour remédier aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes.

L'aide-ménagère/L'aide-ménager n° 115 a indiqué à l'inspectrice n° 547 que le personnel se conformait au calendrier écrit de nettoyage, et qu'il indiquait quelles chambres étaient nettoyées à fond et les autres chambres qui nécessitaient une attention spéciale pendant leur poste de travail. Cette personne a indiqué que le foyer avait élaboré des formulaires qu'il fallait remplir si l'on ne pouvait pas remédier aux odeurs dans les locaux des personnes résidentes, et que le foyer a effectivement un produit à utiliser pour les odeurs nauséabondes, que l'on applique directement sur les carrés-éponge ou sur la tête des balais à franges avant de faire le nettoyage. La chambre de la personne résidente n° 037 n'avait pas été identifiée comme une chambre nécessitant d'accorder une attention particulière aux odeurs. Après examen du calendrier de nettoyage de l'unité, on a remarqué que la chambre de la personne résidente n° 037 avait été nettoyée à fond le jour précédant toutes les observations faites sur les odeurs de la chambre de cette personne résidente.

L'aide-ménagère/L'aide-ménager n° 115 a de plus indiqué que la chambre de la personne résidente n° 023 était identifiée comme une chambre nécessitant d'accorder une attention particulière aux odeurs, et a indiqué qu'ils utilisaient ce produit spécifié pour contaminant à base d'urine afin de nettoyer quotidiennement la chambre de cette personne résidente. La chambre de la personne résidente n° 023 a été nettoyée à fond à une date spécifiée du mois dernier.

L'inspectrice n° 547 a interrogé le superviseur de l'entretien qui s'occupait de l'entretien ménager au moment de cette inspection, et a indiqué qu'il ne devrait pas y avoir d'odeurs persistantes, et que le personnel devait mentionner, sur la fiche des odeurs persistantes ou sur les registres de l'entretien, quels sont les locaux des personnes résidentes pour en faire part à la direction et pour commencer un plan d'action.

L'inspectrice n° 547 a refait une visite des chambres des personnes résidentes n° 023 et 037 à une date spécifiée après avoir attiré l'attention du foyer sur ce problème, et il n'y avait plus d'odeur après la mise en œuvre de la procédure du foyer pour remédier aux incidents d'odeurs nauséabondes.
[alinéa 87 (2)d)]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les marches à suivre que le foyer a élaborées pour remédier aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes ont été mises en œuvre par le personnel infirmier et le personnel d'entretien ménager. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Planification des menus**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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 :

- c) comprenne des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner ; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1)**
- f) soit examiné par le conseil des résidents du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (1)**

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus du foyer comprenne des choix de mets principaux et de légumes pour la personne résidente n° 018 au déjeuner et au dîner.

La personne résidente n° 018 a mentionné à l'inspectrice n° 547 qu'on ne lui proposait pas de choix au moment des repas et que le foyer lui avait souvent offert des aliments qu'elle ne pouvait pas manger.

La personne résidente n° 018 a mentionné à l'inspectrice n° 547 qu'on ne leur donnait pas de choix au moment des repas, car la plupart des aliments au menu comportaient des ingrédients spécifiés qui lui donnaient des maux d'estomac.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente n° 018 indiquait un sujet de préoccupation documenté comme suit : affection gastro-intestinale avec diagnostic médical de troubles digestifs spécifiés. Des interventions pour gérer cette situation étaient documentées, et notamment : la personne qui supervise le service d'alimentation et la personne détentric de une procuration pour les soins de la personne résidente ont examiné le cycle de menus du moment, désigné les meilleurs choix de repas pour la personne résidente, et fourni un régime alimentaire ordinaire avec des interventions spécifiées. La personne résidente n° 018 indique qu'elle ne peut pas tolérer certaines épices spécifiées, car elles lui donnent des maux d'estomac. Quand la personne résidente refuse les deux options au menu par crainte d'une indigestion, on doit lui offrir des aliments spécifiés.

Un examen du plus récent résumé trimestriel de l'alimentation de la personne résidente n° 018 indiquait qu'elle avait été capable de choisir sciemment ses options de repas tout en évitant des allergènes éventuels. La personne résidente n° 018 était à haut risque sur le plan nutritionnel à cause d'allergies alimentaires et d'une perte de poids importante.

L'inspectrice n° 593 a remarqué que l'on offrait à la personne résidente n° 018 les deux options de repas lors du service du déjeuner. On a remarqué que la personne résidente demandait : « lequel puis-je avoir ? » Le membre du personnel avait vérifié avec la cuisine et était revenu avec l'un des repas pour la personne résidente. Le repas offert à la personne résidente était celui qui avait été coché sur son menu personnalisé comme étant adéquat pour elle.

Au cours d'une entrevue avec l'inspectrice n° 593, la cuisinière n° 118 a indiqué qu'il y avait un menu spécialisé affiché dans la cuisine pour la personne résidente n° 018 en raison de ses restrictions alimentaires. La cuisinière n° 118 a de plus indiqué que l'on ne donnait qu'un choix à la personne résidente pour les repas.

La diététiste professionnelle n° 117 a indiqué à l'inspectrice n° 593 que la personne responsable du service de diététique et la famille de la personne résidente n° 018 choisissent les options du menu qui conviennent à la personne résidente n° 018, et que la marche à suivre lors des repas consiste à proposer les deux options à la personne résidente qui demandera alors au personnel quel est le repas qu'elle peut avoir, et on lui apportera le choix de repas de son menu personnalisé.

Un examen du menu personnalisé de la personne résidente pour le printemps-été 2016 indiquait que sur 42 déjeuners et dîners documentés, 35 mets principaux étaient marqués comme convenant pour la personne résidente n° 018. Pour les sept autres repas, on indiquait que des sandwiches ou des œufs constituaient la solution de rechange. Il n'y avait qu'une période de repas pendant le cycle de menus de 21 jours où les choix des deux mets principaux étaient marqués comme étant appropriés pour la personne résidente n° 018. [alinéa 71 (1)c]

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

La personne qui préside le conseil des résidents du foyer a indiqué à l'inspectrice n° 593 que la personne responsable du service des aliments assiste régulièrement aux réunions du conseil des résidents du foyer pour demander aux personnes résidentes leurs commentaires sur le menu du moment qui est affiché, toutefois elle n'apporte pas le menu aux personnes résidentes pour examen.

La PAA n° 100 et assistante du conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice n° 593 que la personne responsable du service des aliments assiste effectivement aux réunions du conseil pour demander aux personnes résidentes leurs commentaires sur le menu du moment qui est affiché, cependant, elle n'apporte pas le menu pour que les personnes résidentes l'examinent avant son exécution.

La chef des programmes n° 101 a confirmé à l'inspectrice n° 593 que le menu n'est pas examiné avec le conseil avant son exécution.

Lors d'un examen du procès-verbal du conseil des résidents de juin 2016, on a trouvé de la documentation concernant le menu printemps-été pour 2016. Dans ce procès-verbal, on mentionnait que « la personne responsable du service des aliments était présente pour discuter des heures des repas et des collations, ainsi que du nouveau menu printemps-été ». Toutefois, comme l'a indiqué le conseil des résidents, et comme l'a confirmé le personnel d'aide aux activités, on ne remettait pas le menu aux personnes résidentes pour examen. [alinéa 71 (1)f]



**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 en vertu
de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée***

Émis le 8 septembre 2016

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

Original du rapport signé par l'inspectrice/l'inspecteur.



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Long-Term Care Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de longue
durée

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

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

Amended Public Copy/Copie du public modifiée

Nom de l'inspectrice (n°) : LISA KLUKE (547) - (A1)

N° de l'inspection : 2016_286547_0019 (A1)

Appel/Dir. N° :

Registre n° : 013509-16 (A1)

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

Date(s) du rapport : 8 septembre 2016 (A1)

Titulaire de permis : CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s Southbridge Care Homes Inc., CAMBRIDGE ON N3H 5L8

Foyer de SLD : MANOIR MAROCHEL
949, ROUTE DE MONTRÉAL, OTTAWA ON K1K 0S6

Nom de l'administrateur : Bipin Raut

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 l'intention de CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP, vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

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

Aux termes du :

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

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

Ordre :

(A1)

Le titulaire de permis doit rédiger, soumettre et mettre en œuvre un plan pour se conformer à l'exigence de veiller à ce que des mesures soient prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes, et que soient traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation des côtés de lit.

Le plan comportera ce qui suit :

1. Un processus de réévaluation de la personne résidente et du lit de la personne résidente pour veiller à ce que les renseignements de l'évaluation soient à jour, et pour recueillir officiellement des renseignements comme (entre autres) : l'évaluation du besoin de la personne résidente en matière de côtés de lit, la méthode d'évaluation pour les possibilités de coincement n° 1 à 7, la date de l'évaluation, et les mesures correctives à prendre à la suite de ces évaluations.
2. Un processus pour veiller à ce que le résultat des évaluations du lit, y compris les inspections de l'établissement relatives au coincement et les évaluations des dispositifs de côté de lit soient communiqués au personnel, en particulier à la personne ou aux personnes chargées de remédier au motif d'inquiétude.
3. Un processus pour veiller à ce que l'on prenne les mesures correctives pertinentes, et que l'on documente la date à laquelle on a pris les mesures correctives.

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*

Pendant la préparation et la mise en œuvre de ce plan, le titulaire de permis doit veiller à ce que tous les côtés de lit utilisés dans le foyer, comme ceux du lit identifié pour la personne résidente n° 039 lors de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes 2016, ne soient utilisés qu'avec des mesures adéquates de prévention du coincement en place.

Ce plan doit être soumis par écrit à Michelle Jones, inspectrice des foyers de soins de longue durée (FSLD) par télécopie au 613 569-9670 au plus tard le 25 août 2016. Ce plan doit être entièrement mis en œuvre d'ici le 16 septembre 2016.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lits sont utilisés, des mesures soient prises pour empêcher que la personne résidente soit coincée, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes.

L'inspectrice n° 655 a remarqué que le lit de la personne résidente n° 039 avait un côté de lit aux trois quarts relevé les 20, 22, 25 et 29 juillet, et le 2 août 2016.

Le 22 juillet 2016, la personne résidente n° 039 a dit à l'inspectrice n° 655 qu'elle pensait que le côté de lit était dangereux, car son genou lui faisait mal quand il se coinçait à l'intérieur du côté de lit, et qu'elle aimerait qu'on l'enlève. Le 2 août 2016, la personne résidente n° 039 a indiqué à l'inspectrice n° 655 qu'elle a également parfois enjambé le côté de lit.

Pendant l'entrevue du 2 août 2016, la conjointe/le conjoint de la personne résidente n° 039 a indiqué à l'inspectrice n° 655 que le côté de lit de la personne résidente était mal fixé et qu'il était ainsi depuis longtemps. L'inspectrice n° 655 a également remarqué que le côté de lit de la personne résidente était desserré le 2 août 2016.

L'inspectrice n° 655 a examiné le document intitulé « Cardinal Health – Facility Entrapment Inspection Sheet » (Cardinal Health – fiche d'inspection des possibilités de coincement des lits du foyer) qui n'était pas daté, et qui indiquait qu'il y avait un côté de lit mal fixé au lit de la personne résidente n° 039 et que les zones de coincement deux et trois des côtés de lit n'avaient pas satisfait aux critères lors de cette évaluation. Un autre document intitulé « Bed Entrapment Audit Results » (résultats de la vérification des possibilités de coincement dans les lits) qui n'était pas daté non plus indiquait que 62,5 % (40 sur 64) des lits ayant fait l'objet d'une vérification, dont le lit de la personne résidente n° 039, n'avaient pas satisfait aux normes de l'inspection du foyer concernant les possibilités de coincement.

L'inspectrice n° 655 a examiné un autre document intitulé « Extencicare Bed Rail Device Assessment Survey – Appendix III » (Extencicare – enquête d'évaluation sur les dispositifs de côtés de lit – annexe III) portant une date spécifiée de mai 2016. Ce document indiquait que le lit de la personne résidente n° 039 avait deux côtés de lit qui n'étaient pas nécessaires et qui n'étaient pas sécurisés. Le document indiquait de plus à la rubrique « mesures à prendre pour réduire les possibilités de coincement pour cette personne résidente » que l'on devait enlever les deux côtés de lit du lit de la personne résidente n° 039. Dans le même document, on indiquait qu'il fallait enlever les côtés de lit

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

aux lits de 15 autres personnes résidentes qui étaient hébergées dans la même zone du foyer de soins que la personne résidente n° 039.

L'infirmière auxiliaire (IA) n° 107 a indiqué à l'inspectrice n° 655 lors d'une entrevue le 25 juillet 2016, que les deux côtés du lit de la personne résidente n° 039 étaient censés être enlevés d'après les résultats des évaluations de lits susmentionnées. L'IA n° 107 (qui faisait également fonction de directrice des soins ce jour-là) a aussi indiqué le 2 août 2016 qu'il incombait au superviseur de l'entretien d'enlever les côtés de lit de la personne résidente n° 039.

Le superviseur de l'entretien a indiqué à l'inspectrice n° 655 au cours d'une entrevue le 22 août 2016, qu'il lui incombait de réparer ou d'enlever les côtés de lit tel que requis depuis son arrivée au foyer en mai 2016, mais qu'on ne l'avait pas informé du côté de lit desserré de la personne résidente n° 039, ni qu'il fallait enlever les côtés de lit comme on l'indiquait dans le document « *Extendicare Bed Rail Device Assessment Survey – Appendix III* » (*Extendicare – enquête d'évaluation sur les dispositifs de côtés de lit – annexe III*).

Le 2 août 2016, ni l'IA n° 107 ni le superviseur de l'entretien n'ont été en mesure de parler de toute mesure qui avait été prise depuis que l'on avait rempli la *Cardinal Health – Facility Entrapment Inspection Sheet* (*Cardinal Health – fiche d'inspection des possibilités de coincement des lits du foyer*) et le document « *Extendicare Bed Rail Device Assessment Survey – Appendix III* » (*Extendicare – enquête d'évaluation sur les dispositifs de côtés de lit – annexe III*) datés d'une date spécifiée de mai 2016.

Le 2 août 2016, le côté de lit desserré du lit de la personne résidente n° 039 était demeuré en position haute.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on prenne des mesures pour empêcher que la personne résidente soit coincée quand on utilisait les côtés de lit.

Il y a eu un non-respect précédent en la matière constaté lors de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes 2015_286547_0025 de décembre 2015. [alinéa 15 (1)a]

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

16 septembre 2016 (A1)



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

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

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au:

Directeur
a/s Coordinateur des appels
Direction de l'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

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

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

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

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

Directeur
a/s Coordinateur des appels
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
Ontario 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

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

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

Émis le 8 septembre 2016 (A1)

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : LISA KLUKE – (A1)

Bureau régional de services : Ottawa