



Health System Accountability and Performance  
Division  
Performance Improvement and Compliance  
Branch

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St., 4<sup>th</sup> Floor  
Ottawa ON K1S 3J4  
Telephone: 613-569-5602  
Facsimile: 613-569-9670

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

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

### Copie destinée au public modifiée

| Date(s) du rapport | N° d'inspection  | N° de registre | Type d'inspection                                   |
|--------------------|------------------|----------------|---|
| 12 septembre 2014  | 2014_286547_0022 | O-000779-14    | Inspection de la qualité des services aux résidents |

#### Titulaire de permis

1663432 ONTARIO LTD.  
2212, CROISSANT GLADWIN, UNITÉ A-9, BUREAU 200, OTTAWA (ONTARIO) K1B 5N1

#### Foyer de soins de longue durée

PINECREST NURSING HOME (2797)  
101, RUE PARENT, C.P. 250, PLANTAGENET (ONTARIO) K0B 1L0

#### Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LISA KLUKE (547), HUMPHREY JACQUES (599), LINDA HARKINS (126), SUSAN WENDT (546)

### Résumé de l'inspection

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

Cette inspection s'est tenue les 25, 26, 27, 28 et 29 août, ainsi que les 2, 3 et 5 septembre 2014.

Les inspections à la suite d'incidents graves (registres n<sup>os</sup> O-000788-14 et O-000900-14) ont été menées en même temps que l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR). Une inspection à la suite d'une plainte (registre n<sup>o</sup> O-000905-14) a également été menée durant l'IQSR.

Au cours de l'inspection, les inspectrices et l'inspecteur se sont entretenus avec plusieurs résidents et membres des familles, le président du conseil des résidents, l'administratrice et directrice des soins, un coordonnateur de l'évaluation des résidents (RAI), l'infirmière clinicienne, du personnel infirmier autorisé et non autorisé, des aides à l'entretien ménager et à la buanderie, un superviseur des services alimentaires, deux aides-diététistes, le coordonnateur des activités, un adjoint aux activités et le directeur des services environnementaux.

Au cours de l'inspection, les inspectrices et l'inspecteur ont fait une visite des aires de soins aux résidents, elles ont observé les soins fournis aux résidents, le service des repas et l'administration des médicaments aux résidents, puis ont examiné le dossier de santé des résidents, le procès-verbal du conseil des familles et du conseil des résidents, ainsi que plusieurs politiques et procédures du titulaire de permis.



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

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

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

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

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

comportements réactifs;  
conseil des familles;  
conseil des résidents;  
dignité, liberté de choisir et vie privée;  
douleur;  
élimination des selles et soins liés à l'incontinence;  
foyer sûr et sécuritaire;  
hospitalisation et changement de l'état de santé;  
médicaments;  
observation des repas;  
prévention des chutes;  
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;  
prévention et contrôle des infections;  
recours minimal à la contention;  
services d'hébergement – entretien ménager;  
services d'hébergement – entretien.

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



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

## NON-RESPECTS

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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19 (Obligation de protéger).**

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

**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. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 046 soit protégé contre les mauvais traitements d'ordre psychologique et verbal de la part de l'employé 121.

Les mauvais traitements d'ordre affectif s'entendent, dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, « de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident ».

Les mauvais traitements d'ordre verbal abuse s'entendent, dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, « de toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante, de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi, de la part d'une personne autre qu'un résident ».

Un jour d'août 2014, l'employé 126 a observé l'employée 121 crier des paroles inappropriées au résident 046 et lui montrer son poing en lui tenant la mâchoire entre ses mains. L'employé 126 n'a pas signalé ce mauvais



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

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

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

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

traitement d'ordre affectif et verbal au directeur. L'employé 126 a informé l'administratrice et directrice des soins de cet incident un jour d'août 2014, trois jours après les faits.

Un jour de septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le résident 046, qui avait été diagnostiqué de démence; cependant, au moment de l'inspection, le résident ne se souvenait pas de ce mauvais traitement.

Le même jour de septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'administratrice et directrice des soins, qui a précisé qu'elle avait été informée de cet incident dans le courant du mois d'août 2014 par l'employé 126, qui lui avait laissé une lettre décrivant l'incident survenu plus tôt en août 2014. L'administratrice et directrice des soins a signalé l'incident grave au directeur le jour où elle en a été informée et a amorcé l'enquête immédiatement.

L'employé 127 a également fourni une lettre à l'administratrice et directrice des soins un jour d'août 2014 dans le cadre de l'enquête menée par le foyer, qui indiquait que l'employé 127 avait également été témoin du même incident de mauvais traitement d'ordre verbal et affectif par l'employée 121 envers le résident 046, survenu un jour d'août 2014, et n'a pas immédiatement signalé l'incident de mauvais traitement observé comme il aurait fallu le faire pour protéger le résident 046.

Plus tard en septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé par téléphone les employés 124 et 126. Ceux-ci ont affirmé avoir également été témoins de l'incident de mauvais traitement d'ordre verbal et affectif que l'employée 121 a fait subir au résident 046 le même jour d'août 2014 mais ne pas avoir signalé immédiatement ce mauvais traitement observé comme il aurait fallu le faire pour protéger le résident 046.

De plus, les employés interrogés ont également affirmé ne pas être au courant de l'obligation de faire rapport immédiatement au directeur étant donné qu'au moment de l'incident, la politique du titulaire de permis *Resident Abuse-Staff to Resident OPER-02-02-04, version mars 2013*, ne contenait pas de directive concernant l'exigence de l'alinéa 24 (1) 2 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, aux termes duquel doit immédiatement faire rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner un mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou une négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, s'il s'ensuit un préjudice ou un risque de préjudice pour le résident. [voir l'AE n° 7, par. 20 (1)] [par. 19 (1)]

**Autres mesures requises :**

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

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 3 (Déclaration des droits des résidents).**

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



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*

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

**1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité.**

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

**11. Le résident a le droit :**

- i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,**
- ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,**
- iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,**
- iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci.**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respecté le droit de chaque résident d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité.

Le 27 août 2014, l'inspectrice 126 se dirigeait vers la chambre du résident 023 pour l'interroger et, du couloir, a observé le résident 023 allongé sur son lit et vêtu uniquement d'un produit pour incontinence et d'un t-shirt. Le résident 023 n'était protégé ni par des couvertures ni par le rideau de séparation et la porte ouverte l'exposait aux regards provenant du couloir.

L'inspectrice 126 a fait venir l'employé 100 à la chambre du résident. L'employé a immédiatement fermé le rideau de séparation et a affirmé que le résident 023 aurait dû être couvert d'un drap ou que le rideau de séparation aurait dû être fermé. [disposition 1 du paragraphe 3 (1)]

2. Le 28 août 2014, l'inspectrice 547 a observé le résident 042 allongé sur son lit et vêtu uniquement d'un produit pour incontinence et d'un chandail. Le résident 042 n'était pas protégé par des couvertures ni par le rideau de séparation et la porte ouverte l'exposait aux regards provenant du couloir.

L'inspectrice 547 a demandé à l'employé 112 de venir voir le résident 042. L'employé a remonté les couvertures du résident, affirmant que le résident n'avait pas l'habitude de les repousser ainsi. L'employé a également précisé que le personnel du foyer avait l'habitude de mettre les résidents au lit sans vêtements sur



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

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

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

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

le bas du corps, soit pour leur confort, soit parce qu'ils ont bénéficié d'une intervention pour les selles.

Un jour d'août 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'administratrice et directrice des soins, qui a expliqué que le foyer exigeait que les résidents soient complètement vêtus en tout temps, même lorsqu'ils sont mis au lit. [disposition 1 du paragraphe 3 (1)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident voie respecter le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé.

L'administration de médicaments à six résidents a été observée par l'inspectrice 546 un jour de septembre 2014. L'employé 117 a jeté, dans un sac à ordures attaché au chariot de médicaments, les sachets de doses multiples de médicaments de ces résidents alors que des renseignements personnels sur la santé portaient notamment le nom des résidents et le nom de leurs médicaments.

L'employé 117 a affirmé à l'inspectrice 546 que le sac à ordures accroché au chariot de médicaments avait été jeté avec les autres ordures. L'infirmière clinicienne a précisé que les sachets de doses multiples de médicaments portant des renseignements personnels sur la santé des résidents avaient été jetés avec les autres ordures.

Le même jour de septembre 2014, en présence de l'infirmière clinicienne et de l'inspectrice 546, l'administratrice a affirmé avoir conscience que c'était là une pratique inacceptable et qu'elle apporterait une modification écrite à la pratique pour empêcher que cela ne se reproduise.

Un autre jour de septembre 2014, l'inspectrice 546 a également observé plusieurs sachets de doses multiples de médicaments jetés à la poubelle commune attachée aux deux chariots de médicaments se trouvant à l'extérieur de la salle à manger principale, durant le petit-déjeuner. L'administratrice et directrice des soins a expliqué que la nouvelle procédure avait été abordée le jour précédent avec l'infirmière clinicienne mais qu'elle n'était pas certaine si à ce moment-là elle avait déjà été déployée auprès du personnel. [sous-disposition 11 (iv) du paragraphe 3 (1)]

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

**PRV** – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel observe les politiques et les procédures du foyer concernant l'élimination des sachets de doses multiples de médicaments portant le nom des résidents et des renseignements personnels sur leur santé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.



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

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

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

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

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).**

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

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

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

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 8 (1) b, dans la mesure où la politique pharmaceutique du foyer (politique n° 3-010) n'a pas été respectée.

Conformément à la disposition 2 du par. 136 (2) du Règlement 79/10, le titulaire de permis doit veiller à ce que les substances désignées devant être détruites et éliminées soient gardées, au foyer, dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à ce qu'elles soient détruites et éliminées.

Un jour de septembre 2014, l'inspectrice 546 a examiné, avec l'infirmière clinicienne, le système en place au foyer pour la gestion des médicaments, notamment le procédé et la marche à suivre pour la destruction et l'élimination de substances désignées et non désignées. Pendant qu'elle était dans le bureau de l'infirmière clinicienne, dont la porte n'était pas fermée à clé et était restée ouverte, l'inspectrice a observé que des substances désignées étaient rangées dans un classeur non verrouillé en attendant leur élimination par le pharmacien lors de sa prochaine visite.

L'infirmière clinicienne a confirmé à l'inspectrice qu'effectivement les substances désignées qui ne servaient plus étaient gardées dans le classeur de son bureau en attendant la prochaine visite du pharmacien qui allait les dénaturer et les éliminer.

L'infirmière clinicienne a confirmé à l'inspectrice, à une date ultérieure de septembre 2014, que désormais elle gardait dans son classeur une boîte verrouillée où elle pouvait ranger les substances désignées ne servant plus. [par. 8 (1)]

**Autres mesures requises :**

**PRV** – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel du foyer de soins de longue durée observe la politique pharmaceutique du foyer (politique



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

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

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

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

n° 3-010) concernant la destruction et l'élimination des substances désignées et non désignées. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 17 (Système de communication bilatérale).**

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

**17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :**

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;**
- b) il est sous tension en tout temps;**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents.

Un jour d'août 2014, l'inspecteur 599 a noté que la salle à manger principale et la petite salle à manger, appelée « salon de séjour », n'étaient pas dotées d'un système de communication bilatérale accessible aux résidents.

L'inspecteur 599 a interrogé les employés 103 et 104, qui ont affirmé qu'il n'y avait pas de système de sonnette d'appel dans ces deux salles à manger. Les employés 101 et 107 ont affirmé que le personnel devait crier pour demander de l'aide en cas d'urgence.

L'inspecteur 599 a interrogé l'administratrice et directrice des soins, qui a affirmé avoir déjà discuté avec la directrice régionale du foyer de l'absence d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans les deux salles à manger; celle-ci a expliqué qu'elle attendait un devis d'une entreprise qui allait lui fournir un devis concernant le coût d'installation d'un tel système. [par. 17 (1)]



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

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

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

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

**Autres mesures requises :**

**PRV** – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer est doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans les salles à manger utilisées par les résidents du foyer. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé  
au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 136 (Destruction et élimination des médicaments).**

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

**136. (3) Les médicaments doivent être détruits par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes :**

**b) dans les autres cas :**

**(i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels,**

**(ii) d'autre part, un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (3).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient détruits par une équipe agissant de concert et réunissant : (i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, (ii) d'autre part, un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels. En particulier, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des substances non désignées soient détruites par une équipe agissant de concert et se composant des membres visés par cet article.

Un jour de septembre 2014, durant un entretien avec l'inspectrice 546, l'infirmière clinicienne a indiqué que la marche à suivre pour l'élimination des substances désignées consistait d'abord à retirer de la circulation les substances non désignées, à empiler les sachets sur le seau à ordures dans l'entrepôt des médicaments, puis à laisser l'infirmière du quart de nuit se charger de retirer les médicaments des sachets et de les jeter dans le seau. La dénaturation des substances non désignées est réalisée par le pharmacien, qui retire ensuite les substances du foyer.

L'infirmière clinicienne a examiné la politique et procédure du foyer pour la destruction et l'élimination des médicaments excédentaires (politique no 3-010) et indiqué à l'inspectrice 546 que, contrairement à cette politique, selon laquelle la destruction des médicaments doit être réalisée par « un membre du personnel



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

infirmier autorisé » du foyer et un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels », la destruction des médicaments est assurée par une seule personne.

L'infirmière clinicienne a déclaré qu'il n'y avait pas d'équipe agissant de concert ni d'équipe réunissant des membres identifiés dans l'article précité comme chargés de détruire les substances non désignées au foyer étant donné qu'elle ne connaissait pas cette exigence. [alinéa 136 (3) b)]

**Autres mesures requises :**

**PRV** – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les médicaments sont détruits par une équipe agissant de concert et réunissant : (i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, (ii) d'autre part, un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Services d'hébergement).**

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

**15. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**  
**a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;**  
**b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;**  
**c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.**  
**2007, chap. 8, par. 15 (2).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état. Lors d'observations faites dans l'ensemble du foyer durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), l'inspectrice 547 a noté des dommages à plusieurs murs, portes, cadres de portes, cache-radiateurs et carreaux de céramique muraux, ainsi qu'à la bordure des carreaux de céramique.

Onze chambres à coucher avaient des fissures dans les murs où la peinture et le plâtre étaient partis, laissant paraître la structure métallique de la cloison sèche dessous, et n'avaient pas été entretenues de façon à être sûres et en bon état.

Les salles de bain et de douche dans les deux couloirs ainsi que huit chambres à coucher avaient des carreaux de céramique craquelés et ébréchés, ce qui rendait leurs bords coupants. La bordure de la plinthe en céramique au bout du couloir du bloc C était fendue le long du mur menant aux portes extérieures, ce qui créait une surface aux bords coupants le long de la partie supérieure des plinthes en céramique et posait un



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

risque pour les résidents de ces secteurs.

Dans la salle de bain et de douche du bloc C, il y avait un endroit sous l'une des baignoires des résidents où il manquait des carreaux de céramique et la bordure des carreaux de céramique formant la plinthe était repliée vers l'extérieur, ce qui pose un risque de blessure pour les résidents de cette aire commune.

Dans les salles de bain et de douche des deux couloirs ainsi que dans sept chambres à coucher, les cache-radiateurs en métal avaient de la peinture écaillée et laissaient maintenant paraître des taches de rouille. De plus, les inspectrices 547, 546 et 126 et l'inspecteur 599 ont noté partout dans l'établissement, à l'entrée de porte de chaque chambre à coucher, que le cadre en métal avait de la peinture écaillée qui laissait paraître la base métallique et que les portes fixées à ces cadres avaient aussi de la peinture écaillée et laissaient paraître le bois poreux en dessous, qui n'avait pas été entretenu de façon à être en bon état. [alinéa 15 (2) c)]

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).**

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

**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. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite *Resident Abuse-Staff to Resident OPER-02-02-04*, version mars 2013, soit respectée.

Aux dates indiquées d'août 2014, trois membres du personnel infirmier non autorisé ont signalé à l'administratrice et directrice des soins qu'ils avaient eu connaissance de mauvais traitements d'ordre verbal et psychologique que l'employé 121 avait fait subir au résident 046 un jour d'août 2014 et qui n'avait pas été signalé immédiatement au directeur.

Les employés 124, 128 et 129 ont eux aussi signalé à l'administratrice et directrice des soins qu'ils avaient été témoins de mauvais traitements d'ordre verbal et psychologique infligés par l'employé 121 au résident 046 au cours d'une période de deux semaines ayant précédé l'incident d'août 2014 mais ces mauvais traitements n'ont pas pu être vérifiés durant cette inspection étant donné qu'il n'y a eu aucune déclaration, documentation ou enquête concernant ces incidents avant l'incident cité.

Le résident 046 réside au foyer depuis plusieurs mois, diagnostiqué de démence. L'inspectrice 547 a interrogé le résident un jour de septembre 2014 et, au moment de l'inspection, le résident 046 ne se rappelait pas l'incident de mauvais traitement survenu à cette date précise d'août 2014.



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

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

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

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

L'administratrice et directrice des soins a indiqué que le foyer exigeait que tous les membres du personnel signalent immédiatement tout mauvais traitement soupçonné ou observé aux infirmières autorisées responsables ou directement à l'administratrice et directrice des soins.

Le 3 septembre 2014, l'administratrice et directrice des soins a remis à l'inspectrice 547 la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents (*Resident Abuse-Staff to Resident OPER-02-02-04* version mars 2013).

La politique du foyer *Resident Abuse-Staff to Resident OPER-02-02-04*, version mars 2013, prévoit ceci : Signaler immédiatement (verbalement) à l'administrateur, au directeur des soins ou à leur représentant (superviseur, chef de département) tout cas soupçonné ou observé de mauvais traitement. L'administrateur, le directeur des soins ou leur représentant doit signaler l'incident aux termes de la législation provinciale et des exigences régionales, notamment au directeur du MSSLD au moyen du Système de rapport d'incidents critiques ou d'un téléavertisseur en dehors des heures de travail (ON).

Le 5 septembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé les employés 124, 126, 128 et 129, qui ont dit ne pas avoir signalé à la directrice le cas observé de mauvais traitement et ne pas connaître l'obligation de faire rapport au directeur immédiatement.

Cette politique n'inclut pas de directive concernant l'alinéa 24 (1) 2 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, aux termes duquel quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés : 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.

L'administratrice et directrice des soins a mentionné à l'inspectrice 54, le 5 septembre 2014 durant un entretien téléphonique, qu'elle avait trouvé une version électronique plus récente de la politique, *Resident Abuse-Staff to Resident OPER-02-02-04* version novembre 2013, qui lui avait été fournie par le titulaire de permis. En examinant cette politique, il était noté à la page 2 sur 8 ce qui suit : En Ontario, outre ce qui précède, quiconque soupçonne ou observe un mauvais traitement ou une négligence qui cause ou pourrait causer un préjudice à un résident est tenu aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, d'appeler la Ligne ACTION des Soins de longue durée (le directeur), au 1 866 434-0144.

L'administratrice et directrice des soins a précisé qu'elle allait mettre à jour cette politique et l'inclure dans la formation du personnel sur l'importance de faire rapport immédiatement. [Voir l'ordre 001 pour connaître les autres mesures requises dans cet article] [par. 20 (1)]



Ministry of Health and  
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée

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

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 87 (Entretien ménager).**

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

**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); Règl. de l'Ont. 363/11, par. 6 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre pour l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

L'inspectrice 547 a noté, tout au long de l'inspection, qu'il y avait dans la chambre d'un résident du foyer une odeur nauséabonde persistante provenant de sa salle de bain. Lors d'un entretien avec l'employée 111 concernant l'odeur nauséabonde persistante provenant de cette salle de bain, l'employée a affirmé que, bien qu'elle nettoie le sol souvent et utilise l'aérosol d'ambiance pour neutraliser les odeurs autour de cette toilette, le sol et les alentours de la toilette continuent à dégager une odeur nauséabonde persistante.

L'employée 111 a affirmé que de l'urine s'était infiltrée sous les carreaux de sol, qui sont maintenant tachés et se sont soulevés puisqu'ils n'adhèrent plus correctement au sous-plancher. Le calfeutrage autour de cette toilette est couvert d'une matière brune qui ne part pas lorsqu'on l'essuie.

L'inspectrice 547 et l'employée 111 ont observé la chambre d'un autre résident avec salle de bain commune, où elles ont noté que les carreaux de sol étaient également tachés autour de la toilette. Le secteur a été traité avec un aérosol d'ambiance pour neutraliser les odeurs et essuyé à la serpillière 10 minutes avant cette observation, mais l'odeur nauséabonde persistante a continué à s'en dégager.

L'inspectrice 547 a interrogé le directeur des services environnementaux, qui a indiqué que les carreaux de sol autour de ces toilettes devaient être enlevés, remplacés et colmatés pour gérer les odeurs nauséabondes dans les salles de bain de ces résidents. [alinéa 87 (2) d)]

**AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).**

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

**129. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**  
**a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot de médicaments qui réunit les**



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

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

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

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

**conditions suivantes :**

- (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,**
  - (ii) il est sûr et verrouillé,**
  - (iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,**
  - (iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;**
- b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot de médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

**Constatations :**

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

Un jour d'août 2014, pendant qu'elle s'entretenait avec un résident, l'inspectrice 546 a vu l'employé 117 préparer un médicament et laisser le chariot de médicaments non verrouillé dans le couloir, hors de sa vue, pendant qu'il administrait un médicament à un résident dans une autre chambre.

Un jour de septembre 2014, l'inspectrice 546 a observé l'employé 117 qui essayait d'administrer des médicaments à un résident dans la salle de loisirs; le chariot de médicaments n'était plus à la vue de l'employé 117 et avait été laissé déverrouillé et sans surveillance dans le couloir près de la porte de la salle de loisirs, où s'étaient rassemblés de nombreux résidents. Quinze minutes plus tard, l'inspectrice 546 a vu l'employé 117 administrer des médicaments à un autre résident dans la salle de loisirs pendant que le chariot de médicaments était resté déverrouillé et sans surveillance dans le couloir, encore là hors de la vue de l'employé 117.

L'inspectrice 546 a interrogé l'administratrice et directrice des soins ainsi que l'infirmière clinicienne, qui a affirmé qu'il était inacceptable de laisser le chariot de médicaments déverrouillé et sans surveillance.  
[alinéa 129 (1) a)]

Date de délivrance : 27 octobre 2014

**Signature des inspecteurs ou inspectrices**