



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON L1K 0E1
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) L1K 0E1
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
25 mai 2015	2015_198117_0014	O-002051-15	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

CVH (No. 4) GP Inc. as a general partner of CVH (no. 4) LP, c/o Southbridge Care
Homes Inc., 766 Hespeler Road, Suite 301, Cambridge (Ontario) N3H 5L8

Foyer de soins de longue durée

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

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LYNE DUCHESNE (117)

Résumé de l'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***

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

Cette inspection s'est tenue le 7 mai 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice et directrice des soins, plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP), le coordonnateur de l'évaluation RAI du foyer et un résident identifié. L'inspectrice a également examiné le dossier de santé du résident et un rapport d'incident grave, elle a observé les soins fournis aux résidents, le service d'un déjeuner et la distribution de la collation de l'après-midi.

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

dignité, liberté de choisir et vie privée;
nutrition et hydratation;
services de soutien personnel.

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

1 AE
0 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le résident 1 a une maladie neurodégénérative. Le résident a un trouble de déglutition et une mobilité réduite. Le programme de soins, daté de février 2015, indiquait que le résident devait recevoir l'aide du personnel pour manger, en raison du risque de suffocation. Le programme de soins indique également que les objets utilisés couramment, comme la sonnette d'appel, doivent être situés de façon à être faciles à atteindre par le résident.

Un jour d'avril 2015, le résident 1 n'était pas bien en raison d'un épisode de vomissements que lui avaient causés les aliments qu'il n'avait pas digérés. Le jour suivant, les besoins alimentaires du résident ont été réévalués par le personnel infirmier autorisé du foyer. Les PSSP ont été prévenus qu'ils ne devaient pas laisser le résident sans surveillance lorsqu'il mangeait. Le résident était surveillé de près parce qu'il avait une respiration sifflante. Le médecin traitant a été informé de

l'état du résident, a ordonné de l'oxygène pour les deux jours suivants avec étroite surveillance de la part du personnel infirmier. Un membre de la famille du résident 1 a été informé du changement dans l'état de santé du résident ainsi que des ordres du médecin concernant l'utilisation et l'administration d'oxygène.

Un jour plus tard, en avril 2015, le résident 1 a reçu la visite de ce membre de la famille. Ce dernier a noté que le résident était assis dans son lit, l'oxygène en place et, à côté du résident, un biscuit que celui-ci n'avait pas fini de manger. La sonnette d'appel du résident se trouvait sur le concentrateur d'oxygène, hors de sa portée. Ce membre de la famille a appelé et prévenu l'IA de l'unité que le résident n'était pas surveillé pendant qu'il mangeait et que la sonnette d'appel n'était pas à sa portée. L'IA a confirmé au membre de la famille que le programme de soins du résident n'avait pas été mis en œuvre, en l'occurrence l'obligation de surveiller le résident pendant qu'il mange et de laisser la sonnette d'appel à sa portée.

Le 7 mai 2015, la PSSP 102 a indiqué à l'inspectrice 117 qu'elle avait donné un biscuit au résident 1 pour la collation de l'après-midi et a confirmé qu'elle n'était pas restée au chevet du résident jusqu'à ce qu'il finisse sa collation. La PSSP a dit savoir que le résident avait besoin de la surveillance du personnel pendant qu'il mangeait.

Le 7 mai 2015, l'administratrice et directrice des soins du foyer a affirmé à l'inspectrice 117 qu'elle avait mené une enquête interne sur cet incident lors duquel, d'une part, le résident a été laissé dans son lit avec des aliments et, d'autre part, la sonnette d'appel n'était pas à sa portée. L'administratrice a confirmé que c'était un autre PSSP, l'employé 105, qui avait laissé la sonnette d'appel sur le concentrateur d'oxygène et qui ne l'avait pas remise à la portée du résident 1 lorsque celui-ci avait demandé à être transféré dans son lit cet après-midi-là. L'administratrice a confirmé que les soins prévus dans le programme de soins du résident 1 n'avaient pas été fournis conformément à ce que précisait son programme de soins concernant sa surveillance par le personnel pendant qu'il mange et la sonnette d'appel qui devait toujours rester à la portée du résident. [par. 6 (7)]

Date de délivrance : 25 mai 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.