



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

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

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
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
27 janvier 2016	2016_284545_0001	O-029789-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

CVH (No.4) GP Inc. as general partner of CVH (No.4) LP
766 Hespeler Road, Suite 301, a.s. de Southbridge Care Homes Inc., CAMBRIDGE ON N3H 5L8

Foyer de soins de longue durée

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

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)

Résumé de l'inspection

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

Cette inspection s'est tenue les 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21 et 22 janvier 2016.

Les incidents graves suivants ont été inspectés dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents : registre O-002792-15, registre O-002806-15 et registre 001227-16.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur/directeur des soins, l'infirmière clinicienne, le coordonnateur de l'évaluation RAI, le superviseur du service d'alimentation, le superviseur des services environnementaux et de l'entretien, le diététiste agréé, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), une aide à la buanderie, une aide à l'entretien ménager, une aide-physiothérapeute, des aides-diététistes, un commis d'unité, le président du conseil des résidents, un membre du conseil des familles, des membres des familles, ainsi que des résidents.

De plus, l'inspectrice a effectué une visite des aires résidentielles, elle a examiné le dossier de santé des résidents, les politiques et procédures du foyer, les tâches courantes et les horaires du personnel, elle a observé les chambres à coucher et les aires communes des résidents, elle a examiné le processus d'admission et le système d'amélioration de la qualité, ainsi que les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles, elle a observé une distribution de médicaments, le service de restauration, les soins et services fournis aux résidents, ainsi que l'interaction entre les résidents et le personnel.

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

- comportements réactifs;
- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- dotation en personnel;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- foyer sûr et sécuritaire;
- gestion de la douleur;
- hospitalisation et changement de l'état;
- médicaments;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- rapports et plaintes;
- recours minimal à la contention;
- services d'hébergement – entretien;
- services d'hébergement – entretien ménager;
- services de soutien 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***

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

10 AE
2 PRV
1 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 au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9 (Portes).

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

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

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

i. gardées fermées et verrouillées,

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

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

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

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

1.1 Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la règle suivante soit observée : toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui est branchée sur un panneau de contrôle

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

L'immeuble Pinecrest Nursing Home ne compte qu'un étage et celui-ci abrite l'aile nord et l'aile est, où habitent les résidents du foyer. La sortie principale du foyer (porte d'entrée ouest) se trouve dans le vestibule. La porte d'entrée ouest était gardée fermée et verrouillée et le personnel laissait sortir les résidents et les visiteurs en saisissant un code d'accès au clavier situé à côté de la porte. Également dans l'aire immédiate du vestibule, il y avait le poste infirmier, deux salles à manger à l'usage des résidents, une salle d'activités et deux ou trois fauteuils confortables, tous utilisés par les résidents. On a observé, sur le mur à côté de la porte d'entrée ouest, un panneau jaune indiquant qu'une alarme serait déclenchée si la porte restait ouverte plus de 20 secondes. La porte d'entrée ouest donnait sur un vestibule et la porte du vestibule était gardée fermée mais non verrouillée.

Le 20 janvier 2016 à 8 h 20, l'inspectrice 545 est entrée au foyer par la porte principale. En enlevant ses bottes dans le vestibule, l'inspectrice a vu une parente d'un résident tenir la porte d'entrée ouest ouverte en parlant avec le commis de l'unité. Une minute s'est écoulée et aucune alarme n'a été déclenchée. Après le départ du membre de la famille du résident, l'inspectrice a ouvert la porte d'entrée ouest et l'a gardée ouverte pendant plus d'une minute; encore une fois, l'alarme n'a pas été déclenchée.

Lors d'un entretien le 20 janvier 2016, l'administratrice et directrice des soins a confirmé que la porte d'entrée ouest aurait dû être reliée au panneau de contrôle audio-visuel qui est branché sur le poste infirmier situé près de la porte et qu'elle aurait dû être munie d'un interrupteur de réarmement manuel permettant l'annulation des appels uniquement au point d'activation. Plus tard dans la journée, l'administratrice et directrice des soins a indiqué que le technicien avait décelé, sur la porte d'entrée ouest, deux problèmes qui empêchaient le déclenchement de l'alarme lorsque la porte restait ouverte :

- un fil avait été sectionné;
- il manquait un capteur (« œil magique ») sur le verrou magnétique.

Le 21 janvier 2016, l'administratrice et directrice des soins a indiqué que le technicien avait réparé le fil et installé un œil magique sur le verrou magnétique, après quoi une alarme sonore a été déclenchée lorsque la porte est restée ouverte plus de 20 secondes. Bien que l'alarme sonore soit redevenue fonctionnelle, l'inspectrice a remarqué qu'elle s'était arrêtée aussitôt que la porte s'est refermée.

L'alarme d'une porte doit être annulée par une personne à la porte même pour empêcher qu'un résident sorte du foyer sans supervision. Dans une note d'évolution récente datée du 15 janvier 2016, il était documenté que le résident 019 avait été trouvé dans le vestibule, derrière la porte d'entrée ouest, et qu'il avait suivi un employé qui partait en pause. La note indiquait que le thérapeute respiratoire avait raccompagné le résident au foyer. L'administratrice a confirmé que le résident 019 était à risque, qu'il avait été vu à maintes reprises en train de chercher la sortie et qu'il fallait le surveiller de près.

L'administratrice et directrice des soins a indiqué que le technicien installerait un interrupteur de réarmement manuel à la porte pour assurer la sécurité des résidents. [sous-alinéa 9 (1) 1. iii]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans la salle d'activités du foyer, la porte donnant sur une aire sécuritaire à l'extérieur qui empêche les résidents de sortir soit dotée d'un verrou pour empêcher son accès non supervisé par les résidents.

Le 12 janvier 2016 à 10, durant la visite initiale du foyer pour l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 547 a noté que, dans la salle d'activités non verrouillée, une porte donnant sur une aire sécuritaire à l'extérieur n'était ni supervisée ni surveillée par un membre du personnel. L'alarme sonore d'une porte a retenti et le directeur des programmes est arrivé avec une clé à 10 h 16 pour annuler l'alarme de la porte, indiquant qu'il était probable qu'un résident s'était appuyé contre la poignée de la porte. Le directeur des programmes a indiqué que la porte n'était pas verrouillée étant donné que la barrière de la clôture était gardée verrouillée dans l'aire sécuritaire à l'extérieur. Le directeur des programmes a indiqué que cette porte ne pouvait être verrouillée que de l'extérieur par le superviseur des services environnementaux. Le directeur des programmes a également indiqué que la salle d'activités était accessible aux résidents et aux familles du foyer à tout moment puisque les portes de cette salle n'avaient pas de verrous et que la salle n'était pas toujours surveillée par un membre du personnel.

Le 18 janvier 2016, le superviseur des services environnementaux a indiqué que la porte de la salle d'activités était verrouillée de l'extérieur et qu'il était impossible de la verrouiller de l'intérieur. La porte de la clôture était gardée verrouillée dans l'aire sécuritaire à l'extérieur. Il ne savait pas que cette porte devait être verrouillée de l'intérieur du foyer.

Le 21 janvier 2016, le directeur des programmes du foyer a fourni à l'inspectrice 547 la politique du foyer OPER-04-02-10, version d'octobre 2011, concernant les aires sécuritaires à l'extérieur et les balcons, selon laquelle toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur et sur des balcons doivent être munies de verrous et être verrouillées aux heures que précise le foyer. Cette porte donnant sur l'aire sécuritaire à l'extérieur n'avait jamais été verrouillée pour les résidents du foyer.

Le 22 janvier 2016, l'inspectrice 547 a observé un verrou à clé sur la porte donnant sur l'aire sécuritaire à l'extérieur pour les résidents du foyer. Le superviseur des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice 547 que ce verrou ne s'ouvrait qu'au moyen d'une clé qui était maintenant gardée par le directeur des programmes, le superviseur des services environnementaux et le personnel infirmier autorisé. [alinéa 9 (1) 1.1]

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 au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 51 (Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence).

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

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

a) chaque résident souffrant d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causaux, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence;

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 031, qui souffre d'incontinence intestinale, reçoive une évaluation comprenant l'identification des facteurs causaux, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et menée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige.

Le résident 031 a été admis au foyer en mars 2011 avec plusieurs affections, notamment un diabète, un accident vasculaire cérébral et un trouble musculaire. Lors d'une évaluation des besoins en soins infirmiers de réadaptation menée un jour de janvier 2016, il était indiqué que le résident était entièrement dépendant pour les soins liés à l'incontinence urinaire et intestinale et qu'il était capable de communiquer ses besoins et de comprendre des demandes verbales.

Lors d'un entretien, le résident 031 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il avait besoin d'aller à la selle. Le résident a indiqué qu'il voulait utiliser la toilette mais l'employé lui a dit d'éliminer dans son sous-vêtement; le résident a ajouté que cela n'était pas acceptable. Quand la PSSP 104 est entrée dans la chambre, elle a indiqué à l'inspectrice que le résident n'avait pas reçu de soins pour l'élimination et qu'il avait éliminé dans son sous-vêtement. Le résident 031 a ensuite dit à la PSSP et à l'inspectrice qu'après cela il éliminait dans la baignoire. Plus tard, les PSSP 104 et 101 ont indiqué à l'inspectrice que le résident 031 avait été renvoyé au lit pour éliminer parce qu'il n'était pas sécuritaire de le transférer sur une chaise percée au moyen d'un lève-personne en raison de ses mouvements spastiques. La PSSP 104 a ajouté que le résident avait souvent envie d'éliminer quand on le soulevait au moyen d'une toile pour le mettre dans la baignoire et que la chaise percée était placée sous le résident chaque fois que le personnel le voyait éliminer pendant qu'on le préparait pour lui donner un bain.

Un examen du programme de soins le plus récent a révélé que le résident 031 avait besoin d'aide pour l'élimination en raison du manque de contrôle des muscles volontaires. Il était indiqué que les soins pour l'élimination consistaient à remettre le résident au lit pour le changer de sous-vêtement et que le résident souffrait d'incontinence urinaire et intestinale. Dans la section « Constipation », il était documenté qu'en raison d'une mobilité réduite attribuable à un accident vasculaire cérébral et à l'usage quotidien d'un narcotique, le résident était à risque pour la constipation. Il était également documenté que le résident était transféré au moyen d'un lève-personne.

Un examen de la feuille de cheminement remplie par les PSSP pour le mois de janvier 2016 indiquait que le résident allait à la selle tous les trois à cinq jours. L'IAA 103 a indiqué à l'inspectrice que, souvent, le résident 031 savait quand il avait envie d'aller à la selle mais que le personnel ne lui fournissait pas les soins pour l'élimination en raison de ses mouvements involontaires puis a ajouté que le résident portait un sous-vêtement et qu'il éliminait dedans.

La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué qu'au moment de l'admission, elle avait fait une évaluation de la continence intestinale au moyen d'un outil d'évaluation conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence et de nouveau lorsqu'elle a observé une diminution ou une augmentation de la tendance à l'incontinence en examinant la feuille de cheminement remplie trimestriellement par les PSSP. Elle a également indiqué qu'aucune évaluation de l'incontinence intestinale n'avait été effectuée pour ce résident.
[alinéa 51 (2) (a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 028, qui souffre d'incontinence intestinale, reçoive une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et menée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige.

Le résident 028 a été admis au foyer en avril 2015 avec plusieurs affections, dont un diabète, une affection cardiaque, une affection pulmonaire et une dépression. Selon l'évaluation la plus récente, le résident souffrait souvent d'incontinence urinaire et utilisait un produit pour incontinence.

Durant des observations les 14 et 21 janvier 2016, l'inspectrice 545 a observé une odeur persistante près du résident 028. Deux urinaux ont été observés – l'un accroché au sac à ordures au pied du lit du résident et le second sur le mini-réfrigérateur près du lit; les deux urinaux étaient vides.

Le résident a indiqué à l'inspectrice qu'il portait un sous-vêtement et qu'il avait de la difficulté à baisser son pantalon et son sous-vêtement pour utiliser l'urinal et qu'en conséquence il avait souvent des accidents. Le résident a ensuite indiqué qu'il avait besoin d'aide pour s'installer sur la toilette et qu'il demandait de l'aide quand il voulait utiliser la toilette.

L'examen du dossier de santé du résident 028 a révélé, dans une évaluation de l'incontinence urinaire datée d'un jour d'avril 2015, que le résident n'avait pas d'incontinence urinaire durant les quarts de jour, de soir et de nuit, qu'il prenait un diurétique tous les jours ainsi qu'un antidépresseur et un antihypertenseur et qu'il avait besoin d'aide pour éliminer en raison de sa mobilité réduite. L'évaluation a également indiqué que le résident

était conscient de son envie de miction et qu'il était motivé à être continent. Dans le programme de soins le plus récent, il était indiqué que le résident 028 avait besoin de l'aide soutenue d'une personne pour utiliser la toilette, qu'il portait une grosse serviette le jour et le soir et un sous-vêtement la nuit. Le personnel a été prié d'établir un horaire pour l'élimination et de répondre promptement aux demandes d'aide pour la salle de toilette.

Lors d'un entretien, la PSSP 111 a indiqué que le résident portait un sous-vêtement en permanence pour ses épisodes d'incontinence urinaire fréquents. Elle a indiqué que le résident 028 avait des accidents quand il essayait d'utiliser l'urinal sans aide. Elle a indiqué qu'elle proposait régulièrement au résident d'utiliser la toilette, a ajouté que la veille elle avait offert au résident 028 de l'aide avant la fin du quart de jour et que le résident avait refusé, expliquant que quelqu'un d'autre lui avait déjà fourni une assistance; cependant, quand elle a vérifié auprès de ses collègues, elle a constaté que personne ne lui avait fourni d'aide.

La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué qu'elle était chargée de mener des évaluations de l'incontinence au moment de l'admission et de déterminer si la continence se dégradait. Elle a indiqué qu'une évaluation avait été menée au moment de l'admission; cependant, en juin 2015, quand le résident a eu des épisodes d'incontinence urinaire fréquents, aucune évaluation de la continence n'a été menée pour identifier les facteurs causaux, les tendances, le type d'incontinence et le potentiel de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières. La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué qu'environ un mois auparavant, le produit pour incontinence du résident, qui utilisait une culotte, avait été remplacé par un sous-vêtement en raison d'une augmentation de l'incontinence urinaire. Elle n'a pas trouvé d'information documentant cette dégradation de la continence urinaire.

Lors d'un entretien, l'administratrice et directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 545 que le foyer exigeait que le personnel évalue la continence urinaire et intestinale au moyen des outils d'évaluation du foyer pour l'évaluation de la continence urinaire et l'évaluation de la continence intestinale, dans un premier temps au moment de l'admission, puis de nouveau dès qu'il y a une dégradation de la continence. [alinéa 51 (2) a)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le résident 031 et le résident 028 reçoivent une évaluation comprenant l'identification des facteurs causaux, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131 (Administration des médicaments).

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

131. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (1).

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

131. (5) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (5).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament, tel un onguent analgésique topique, ne soit utilisé par le résident 040 ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

Selon une évaluation datée d'un jour particulier de septembre 2015, le résident 040 éprouvait une douleur modérée quotidienne à une région particulière en raison d'un épisode aigu ou d'une poussée de ce qui était un problème récurrent ou chronique et prenait des analgésiques tous les jours.

Le 19 janvier 2016, l'inspectrice a vu un pot d'onguent analgésique topique portant le nom du résident 040 dans la salle de toilette commune du résident.

Le 19 janvier 2016, la PSSP 104 a indiqué qu'elle appliquait un onguent analgésique topique sur une région particulière du corps du résident 040 tous les matins durant la fourniture des soins étant donné que le résident se plaignait d'une douleur. Elle a également indiqué que l'onguent analgésique topique devait être gardé dans le chariot pour traitements.

Lors d'un entretien, l'IAA 103 a indiqué qu'un onguent analgésique topique était considéré comme un médicament et que, conformément aux pratiques établies, le foyer obtenait un ordre du médecin pour l'application d'un onguent analgésique topique et que celui-ci devait être gardé dans le chariot pour traitements. Après avoir vérifié le dossier de santé du résident, l'IAA a indiqué qu'il n'y avait pas d'ordre consigné et qu'elle ignorait que le personnel appliquait un onguent analgésique topique à ce résident.

L'administratrice et directrice des soins a indiqué que, conformément aux pratiques établies, le foyer obtenait un ordre du médecin pour l'application d'un onguent analgésique topique et que le PSSP documentait l'application du traitement au dossier d'administration des traitements. [par. 131 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés au résident 012 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Registre O-002792-15

Le résident 012 a été diagnostiqué de plusieurs affections, notamment d'affections cardiaques et pulmonaires, de diabète et d'une maladie mentale avec déficience cognitive modérée.

L'examen du dossier d'administration des médicaments du résident 012 pour le mois de septembre 2015 a révélé que le résident s'était vu prescrire un antiépileptique à prendre quatre fois par jour, à 7 h, 12 h, 16 h et 20 h, comme stabilisateur de l'humeur.

L'examen d'une lettre datée d'un jour particulier de septembre 2015 et adressée à l'administratrice et directrice de soins par l'IAA 114 a révélé que celle-ci avait constaté qu'il manquait une dose (celle du soir) de l'antiépileptique dans le bac à médicaments du résident 012 un jour de septembre 2015. L'IAA a demandé à l'IA 115, qui était de garde ce soir-là, où était la dose d'antiépileptique prévue pour 20 h. L'IA a répondu qu'elle administrait toujours la dose de 16 h et celle de 20 h en même temps vers 15 h 30 parce que le résident insistait pour recevoir ces deux doses simultanément.

Lors d'un entretien, l'administratrice et directrice des soins a indiqué qu'elle avait abordé l'IA 115 le jour même où elle avait été informée par l'IAA 114 de l'erreur de médication. L'administratrice et directrice des soins a indiqué que l'IA lui avait dit qu'elle administrait toujours une double dose de l'antiépileptique (la dose du dîner et celle du soir en même temps) au résident 012 avant le dîner parce que le résident insistait. L'administratrice et directrice des soins a également indiqué à l'inspectrice 545 que le résident avait été vu excessivement somnolent ce jour-là et incapable de prendre son dîner ou de prendre des liquides et elle a ajouté que le fait de recevoir une double dose d'antiépileptique augmentait le risque de chutes pour le résident. L'administratrice et directrice des soins a indiqué qu'elle avait licencié l'IA 115 ce jour-là et avait signalé l'incident à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. [par. 131 (2)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident.

Les 13, 15 et 18 janvier 2016, l'inspectrice 126 a observé un tube de gel anti-inflammatoire non stéroïdien topique et un pot d'onguent analgésique topique sur la table de chevet du résident 014.

Le résident 014 a indiqué qu'il utilisait le gel et l'onguent pour une douleur à un membre. Le résident a dit avoir acheté lui-même le gel anti-inflammatoire non stéroïdien topique dans une pharmacie de la ville et que l'onguent analgésique topique lui avait été fourni par le personnel infirmier.

L'inspectrice 126 a examiné le dossier d'administration des médicaments, qui ne contenait aucun ordre concernant l'auto-administration du gel anti-inflammatoire non stéroïdien topique et de l'onguent analgésique topique.

Lors d'un entretien le 19 janvier 2016, l'administratrice et directrice des soins a indiqué que le foyer avait une politique concernant l'auto-administration de médicaments mais elle ne savait pas qu'un résident s'administrait des médicaments. [par. 131 (5)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer : que le foyer n'administre un onguent analgésique topique au résident 040 que si l'onguent lui a été prescrit; que les médicaments sont administrés au résident 012 conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments; et que le résident 014 n'est autorisé à s'administrer aucun gel anti-inflammatoire non stéroïdien topique et aucun onguent analgésique topique à moins que leur administration n'ait été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

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

6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;**
- b) les objectifs que visent les soins;**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour le résident 040, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus, les objectifs que visent les soins et des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident en ce qui concerne l'utilisation d'une alarme personnelle.

Du 13 au 20 janvier 2016, l'inspectrice 545 a observé le résident 040 assis dans un fauteuil roulant avec une alarme personnelle retenue à sa chemise ou à son chandail par une pince qui était attachée à l'arrière du fauteuil roulant.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé que celui-ci était à risque pour les chutes et que le résident avait fait six chutes entre août et décembre 2015. Le programme de soins du résident a été examiné et aucun renseignement concernant l'utilisation d'une alarme personnelle n'a été trouvé.

Lors d'un entretien, la PSSP 104 a indiqué que le résident était à risque pour les chutes, qu'elle ignorait que le résident essayait de sortir de son fauteuil roulant ou de son lit puisqu'il avait peur de tomber. Elle a indiqué qu'une alarme personnelle était utilisée comme dispositif de sécurité pour alerter le personnel au cas où le résident essaierait de sortir de son fauteuil roulant.

Le PSSP 109 a indiqué que résident 040 était à risque pour les chutes et que lorsque le résident était revenu du service des urgences un jour particulier d'octobre 2015, une alarme personnelle lui avait été appliquée comme dispositif de sécurité parce qu'il tombait en essayant de sortir de son fauteuil roulant.

L'infirmière clinicienne a indiqué que, selon les pratiques établies, le foyer documentait dans le programme de soins du résident les soins prévus à l'égard de l'application d'une alarme personnelle comme dispositif de sécurité. Elle a également indiqué qu'il devait y avoir, sur les feuilles de cheminement quotidiennes des PSSP, une indication de l'utilisation d'une alarme personnelle pour assurer que le personnel vérifiait les batteries une fois par quart de travail. Après avoir examiné le programme de soins, l'infirmière clinicienne a indiqué que celui-ci n'indiquait pas les soins prévus pour le résident 040 à l'égard de l'utilisation d'une alarme personnelle, qu'il ne précisait pas les objectifs que visent les soins et qu'il ne contenait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 040. [par. 6 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins dentaires prévus pour le résident.

Le résident 040 a indiqué à l'inspectrice, lors d'un entretien, qu'il avait de la difficulté à mâcher parce que ses prothèses dentaires étaient vieilles. Le résident a indiqué que le personnel les nettoyait, étant donné qu'il était incapable de le faire lui-même.

L'examen du programme de soins du résident n'a pas révélé de soins dentaires prévus pour ce résident. Selon l'évaluation la plus récente, il était indiqué que le résident avait besoin de l'aide soutenue de deux membres du personnel pour l'hygiène personnelle, y compris pour les soins dentaires.

Lors d'un entretien, les PSSP 107 et 108 ont indiqué que le résident avait deux prothèses et qu'il avait besoin d'aide pour les soins dentaires. Le PSSP 107 a indiqué que les prothèses étaient brossées avec une brosse à dents ordinaire et du dentifrice et que, le soir, elles étaient mises à tremper dans l'eau avec un comprimé nettoyant.

L'IA 106 a indiqué que le foyer exigeait que les soins dentaires soient inclus dans le programme de soins, particulièrement pour les résidents comme celui-ci qui ont besoin d'une aide soutenue. Après avoir examiné le programme de soins, elle a indiqué que celui-ci ne contenait pas de renseignements sur les soins dentaires. [alinéa 6 (1) a)]

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les chambres communes des résidents 024, 031 et 039, occupées par plusieurs résidents, aient un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer leur intimité.

Il a été noté que les rideaux de séparation du résident 024 n'assuraient pas au résident l'intimité qu'il réclamait, car les rideaux se rouvraient lorsqu'on les tirait complètement autour du lit du résident. Le 20 janvier 2016, le résident 024 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il préférerait attacher les rideaux fermés, car il aimait avoir son intimité et ne voulait pas qu'on le voie pendant qu'il dormait. Le résident 024 a également indiqué qu'il devait enrouler le rideau le séparant de l'autre résident de cette chambre commune autour de son propre matelas pour le garder bien tendu, car l'autre résident le déplaçait lorsqu'il passait autour de son lit. De plus, le résident 024 plaçait une poubelle à l'autre extrémité du rideau de séparation pour le garder fermé du côté du couloir principal des résidents de l'aile nord.

Le 20 janvier 2016, la PSSP 104 a indiqué à l'inspectrice 547 que le résident 024 avait toujours fait cela avec les rideaux parce qu'il voulait son intimité et que les rideaux ne se fermaient pas complètement; de plus, le résident 024 préférerait dormir sans vêtements, sauf un sous-vêtement de style culotte, et ne voulait pas qu'on le voie.

Le résident 024 a également indiqué à l'inspectrice 547 qu'il préférerait avoir une chambre privée vu que les rideaux n'offraient pas assez d'intimité. Le résident n'aimait pas que le filet soit si large dans la partie supérieure du rideau et que les gens puissent le voir en regardant à travers le filet. L'inspectrice 547 a noté que les rideaux de séparation du résident avaient effectivement un filet transparent très large et que, si elle se tenait debout derrière le rideau, elle pouvait voir le résident 024 couché dans son lit. [art. 13]

2. Le 13 janvier 2016, l'inspectrice 545 a observé le rideau de séparation du résident 031, qui n'était pas assez long pour fournir à ce résident une parfaite intimité car il y avait une ouverture de deux pieds dans le rideau de séparation donnant sur le couloir des résidents de l'aile nord.

Le 20 janvier 2016, l'inspectrice 547 a fait venir le superviseur des services environnementaux à la chambre du résident pour qu'il examine les rideaux de séparation. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que de nombreux rideaux allaient être changés ou l'avaient déjà été. Il a dit ignorer que ces rideaux ne se fermaient pas complètement et qu'il lui faudrait trouver un moyen de les attacher aux murs d'une manière ou d'une autre pour assurer à ces résidents l'intimité voulue. [art. 13]

3. Le 14 janvier 2016, l'inspectrice 545 a noté que les rideaux de séparation du résident 039 ne pouvaient pas assurer l'intimité voulue puisqu'il manquait un panneau entier au rideau bordant le lit du résident en face de la porte du côté du couloir des résidents de l'aile nord. Le couloir des résidents de l'aile nord était utilisé fréquemment par les résidents 019, 031 et 035, qui erraient souvent dans le couloir le jour et le soir.

Le 20 janvier 2016, l'inspectrice 547 a fait venir le superviseur des services environnementaux à la chambre du résident pour qu'il examine ses rideaux de séparation et le superviseur a noté que les crochets des rideaux ne glissaient pas bien sur la glissière et que cela endommageait le rideau, que le personnel essayait de tirer pour le fermer et fournir à ce résident l'intimité voulue, et que les crochets étaient coincés dans la glissière. Ce problème concernant le rideau de séparation du résident 039 n'avait encore jamais été porté à son attention. En face de la porte, le rideau de séparation de ce résident présentait une ouverture de cinq pieds qui empêchait le

résident d'avoir son intimité et d'être protégé du regard des personnes qui circulaient dans le couloir des résidents de l'aile nord. [art. 13]

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

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lors duquel un résident a subi, de la part d'un membre du personnel, un mauvais traitement qui a causé un préjudice au résident, fasse immédiatement l'objet d'un rapport au directeur.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, aux fins de la définition de « mauvais traitement » donnée au paragraphe 2 (1) de la Loi :

• « mauvais traitement d'ordre affectif » s'entend :

- a) 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;
- b) de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants ou intimidants de la part d'un résident qui suscitent la crainte ou la peur chez un autre résident, si le résident responsable des gestes, actes, comportements ou remarques en comprend la nature et les conséquences.
(« emotional abuse »)

• « mauvais traitement d'ordre physique » Sous réserve du paragraphe (2), s'entend :

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

- b) soit de l'administration ou la privation de médicaments à une fin inappropriée;
c) soit de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident. (« physical abuse »)

Aux fins de l'alinéa a) de la définition de « mauvais traitement d'ordre physique » au paragraphe (1), le mauvais traitement d'ordre physique n'inclut pas l'usage de la force physique qui convient pour fournir des soins à un résident ou lui apporter une aide aux activités de la vie quotidienne, sauf si la force employée est excessive compte tenu des circonstances.

Registre O-002806-15

Le résident 042 présentait plusieurs affections, notamment de l'anxiété et une démence, y compris des comportements réactifs connus de résistance aux soins et d'agressions verbales et physiques. Selon le programme de soins le plus récent, les interventions comprenaient la réorientation du résident au moyen d'une stratégie de persuasion délicate et la prise de contact avec un membre de la famille du résident par le personnel si le résident devenait agité.

L'examen des notes d'enquête du foyer a révélé qu'un jour particulier de septembre 2015, un incident de mauvais traitement d'ordre physique impliquant l'infirmière 114 et le résident 042 s'était produit dans le couloir principal et avait causé un préjudice. Le résident 042 a été vu dans le couloir alors qu'il portait le chandail d'un autre résident. Un membre du personnel a vu l'infirmière 114 avoir une altercation avec le résident et tirer le chandail pour l'enlever au résident 042. L'infirmière 114 a ensuite ordonné à un autre membre du personnel d'apporter le chandail à la buanderie et de le retourner à son propriétaire. Le résident 042, qui croyait que le chandail lui appartenait, est devenu agité et physiquement agressif envers l'infirmière 114, demandant à avoir son chandail. L'infirmière a refusé et a montré au résident que le chandail n'était pas le sien. Les notes indiquaient également que quatre PSSP avaient déclaré avoir vu l'infirmière 114 se protéger en attrapant le résident 042 par les poignets avec une force excessive pour lui maintenir les deux bras derrière le dos. Le résident 042 suppliait l'infirmière 114 de le laisser aller parce que l'infirmière 114 lui faisait mal. Les PSSP ont également déclaré que l'infirmière 114 avait fait reculer le résident 042 vers un fauteuil, lui tenant les deux poignets, puis avait fait asseoir le résident dans le fauteuil.

Le résident 042 n'a pas subi de blessure. L'administratrice et directrice des soins a amorcé une enquête. Le lendemain, l'infirmière 114 a été suspendue avec salaire et elle a été licenciée 11 jours plus tard.

L'incident n'a pas immédiatement fait l'objet d'un rapport au directeur; il a été déclaré deux jours après les faits, le 23 septembre 2015, par l'entremise du Système de rapport d'incidents critiques. [par. 24 (1)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32 (Soins personnels). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 039 reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage tels que le rasage.

Le résident 039 a été admis au foyer en octobre 2015 atteint d'une démence. Selon l'évaluation la plus récente, le résident avait besoin de l'aide soutenue de deux personnes pour l'hygiène personnelle, qui comprend le rasage. Selon son évaluation, le résident démontrait de l'agressivité verbale et physique et résistait aux soins.

Les 14 et 20 janvier 2016, l'inspectrice a vu le résident 039 qui n'était pas rasé. L'inspectrice 545 a examiné le programme de soins du résident 039. Sous la rubrique « Hygiène personnelle », il était indiqué qu'il fallait fournir une aide en préparant le rasoir pour le rasage de ce résident.

L'examen de la feuille de cheminement quotidienne pour le mois de janvier 2016 a révélé que le résident 039 avait été rasé six fois sur 20. Dans une note rédigée par un PSSP un jour de janvier 2016, il était indiqué que le résident 039 était agressif et avait refusé les soins le soir. Il n'y avait pas d'information de la part du personnel indiquant qu'il avait refusé d'être rasé.

Une note d'évolution rédigée par un membre du personnel autorisé plus tôt en janvier 2016 indiquait que le résident avait refusé les soins. Aucune autre note n'a été trouvée pour le mois de janvier 2016.

Lors d'un entretien, la PSSP 104 a indiqué que le résident 039 avait besoin d'aide et de préparation pour le rasage mais qu'aujourd'hui elle n'avait pas rasé le résident parce qu'il s'était montré verbalement agressif durant les soins et elle craignait qu'il ne la frappe. La PSSP a indiqué qu'elle aurait dû retourner plus tard lui offrir de le raser mais elle ne l'a pas fait.

L'IAA 103 a indiqué qu'aujourd'hui elle n'avait pas été informée par la PSSP lorsque le résident 039 a refusé de se faire raser. Elle a indiqué qu'il était de son devoir de documenter le refus des soins, quand la PSSP l'en informait, et qu'elle pouvait ensuite s'assurer que le membre du personnel concerné retourne offrir les soins plus tard. L'IAA a ajouté que le foyer exigeait que les résidents soient rasés tous les jours.

Lors d'un entretien, l'administratrice et directrice des soins a indiqué que le personnel devait assurer l'hygiène personnelle du résident 039 tous les jours, y compris le rasage, et documenter la fourniture des soins ou le refus de ceux-ci et informer le personnel autorisé quand le résident les refusait. [art. 32]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 35 (Soins des pieds et des ongles).

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

35. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 35 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 031 reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe de ceux-ci.

Les 13 et 18 janvier 2016, l'inspectrice 545 a vu le résident 031 avec des débris brun foncé et de la saleté sous les ongles de la main droite et des débris de couleur plus claire sur deux ongles de la main gauche. Ces deux jours-là, l'inspectrice a vu le résident prendre son repas avec la main droite.

Selon l'évaluation la plus récente, le résident 031 avait besoin d'une aide complète du personnel pour l'hygiène personnelle, y compris les soins des ongles. Il était également documenté que le résident nécessitait l'aide soutenue d'une personne pour manger, avec restriction et perte partielle d'un membre.

Dans le programme de soins le plus récent, il était indiqué qu'en raison du manque de contrôle des muscles volontaires, le résident 031 devait recevoir l'aide du personnel autorisé pour se couper les ongles étant donné qu'il était diabétique. La feuille de cheminement a été examinée et il y était indiqué que les ongles avaient été coupés deux fois par semaine durant le mois de janvier quand le résident recevait un bain dans la baignoire.

Lors d'un entretien, la PSSP 101 a indiqué que les soins des ongles étaient fournis durant le bain et à tout moment où les ongles du résident n'étaient pas propres; elle a ajouté que sa partenaire avait fourni les soins du matin le 18 janvier 2016.

La PSSP 100 a indiqué qu'elle avait fourni des soins au résident plus tôt dans la journée le 18 janvier 2016; elle a ajouté qu'elle n'avait pas fourni les soins des ongles au résident.

L'IAA 103 a observé les ongles du résident 031 et indiqué que ceux-ci n'étaient pas propres, qu'ils étaient un peu trop longs et qu'elle veillerait à ce que le personnel lui fournisse les soins des ongles.

L'infirmière clinicienne a indiqué à l'inspectrice que le résident 031 mangeait avec ses mains et que souvent des aliments restaient pris sous ses ongles et qu'ainsi il fallait que le personnel lui fournisse des soins des ongles après chaque repas. [par. 35 (2)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).

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

(3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à consulter le conseil des familles pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Le 19 janvier 2016, l'inspectrice 547 a interrogé un membre du conseil des familles, qui a indiqué que personne n'avait demandé au conseil comment mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction. Elle se rappelait en avoir fait un à l'automne.

Le 19 janvier 2016, la directrice des programmes, qui a été nommée adjointe au conseil des familles, a indiqué que le sondage avait été reçu en septembre 2015 et avait été examiné lors de la réunion du conseil des familles tenue en octobre 2015.

L'administratrice et directrice des soins a indiqué que le sondage sur la satisfaction était venu du siège social d'Extendicare et avait été imprimé et envoyé à toutes les familles en septembre 2015 pour qu'elles y répondent et le renvoient au foyer.

L'adjointe au conseil des familles a indiqué que le sondage sur la satisfaction avait déjà été envoyé aux familles par la poste au moment où elle en a parlé avec les membres du conseil des familles, en octobre 2015, et qu'il était donc trop tard pour modifier des questions du sondage de 2015. L'adjointe au conseil des familles a également indiqué qu'il était aussi trop tard pour demander aux membres comment le sondage sur la satisfaction aurait dû être réalisé au foyer, car les résidents ont répondu à leurs questionnaires en septembre 2015, après les avoir reçus du siège social d'Extendicare. [par. 85 (3)]

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence.

Registre O-002806-15

Conformément à l'avis écrit n° 6 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas), un incident de mauvais traitement d'ordre physique impliquant l'infirmière 114 et le résident 042 s'est produit dans le couloir principal et a causé un préjudice un jour particulier de septembre 2015.

Le lendemain, l'infirmière 114 a été suspendue et, six jours plus tard, elle recevait son avis de licenciement.



**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 22 janvier 2016, l'inspectrice 126 a interrogé l'administratrice et directrice des soins, qui a indiqué qu'à cette date, la police n'avait pas été informée de l'incident. [art. 98.]

Date de délivrance : 28 janvier 2016

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

Copie destinée au public

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)
N° de registre :	O-029789-15
N° du rapport d'inspection :	2016_284545_0001
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	27 janvier 2016
Titulaire de permis :	CVH (No.4) GP Inc. as general partner of CVH (No. 4) LP
Foyer de soins de longue durée :	PINECREST NURSING HOME
Nom de l'administratrice :	Diane Pelletier

Aux termes du présent document, CVH (No.4) GP Inc. as general partner of CVH (No. 4) LP est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes du/de la :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

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

- i. gardées fermées et verrouillées,
- ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
- iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

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

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

1.1 Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2); Règl. de l'Ont. 246/13, art. 2.

Ordre :

Le titulaire de permis veillera à ce que la porte d'entrée ouest qui donne sur l'extérieur du foyer :

1. soit dotée d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
2. soit munie d'un interrupteur de réarmement manuel à la porte d'entrée ouest;
3. soit surveillée pour assurer la sécurité des résidents jusqu'à ce que la conformité aux éléments 1 et 2 ci-dessus soit atteinte conformément à l'article 9 du Règl. 79/10.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la règle suivante soit observée : toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

L'immeuble Pinecrest Nursing Home ne compte qu'un étage et celui-ci abrite l'aile nord et l'aile est, où habitent les résidents du foyer. La sortie principale du foyer (porte d'entrée ouest) se trouve dans le vestibule. La porte d'entrée ouest était gardée fermée et verrouillée et le personnel laissait sortir les résidents et les visiteurs en saisissant un code d'accès au clavier situé à côté de la porte. Également dans l'aire immédiate du vestibule, il y avait le poste infirmier, deux salles à manger à l'usage des résidents, une salle d'activités et deux ou trois fauteuils confortables, tous utilisés par les résidents. On a observé, sur le mur à côté de la porte d'entrée ouest, un panneau jaune indiquant qu'une alarme serait déclenchée si la porte restait ouverte plus de 20 secondes. La porte d'entrée ouest donnait sur un vestibule et la porte du vestibule était gardée fermée mais non verrouillée.

Le 20 janvier 2016 à 8 h 20, l'inspectrice 545 est entrée au foyer par la porte principale. En enlevant ses bottes dans le vestibule, l'inspectrice a vu une parente d'un résident tenir la porte d'entrée ouest ouverte en parlant avec le commis de l'unité. Une minute s'est écoulée et aucune alarme n'a été déclenchée. Après le départ du membre de la famille du résident, l'inspectrice a ouvert la porte d'entrée ouest et l'a gardée ouverte pendant plus d'une minute; encore une fois, l'alarme n'a pas été déclenchée.

Lors d'un entretien le 10 janvier 2016, l'administratrice et directrice des soins a confirmé que la porte d'entrée ouest aurait dû être reliée au panneau de contrôle audio-visuel qui est branché sur le poste infirmier situé près de la porte et qu'elle aurait dû être munie d'un interrupteur de réarmement manuel permettant l'annulation des appels uniquement au point d'activation. Plus tard dans la journée, l'administratrice et directrice des soins a indiqué que le technicien avait décelé, sur la porte d'entrée ouest, deux problèmes qui empêchaient le déclenchement de l'alarme lorsque la porte restait ouverte :

- un fil avait été sectionné;
- il manquait un capteur (« œil magique ») sur le verrou magnétique.

Le 21 janvier 2016, l'administratrice et directrice des soins a indiqué que le technicien avait réparé le fil et installé un œil magique sur le verrou magnétique, après quoi une alarme sonore a été déclenchée lorsque la porte est restée ouverte plus de 20 secondes. Bien que l'alarme sonore soit redevenue fonctionnelle, l'inspectrice a remarqué qu'elle s'était arrêtée aussitôt que la porte s'est refermée.

L'alarme d'une porte doit être annulée par une personne à la porte même pour empêcher qu'un résident sorte du foyer sans supervision. Dans une note d'évolution récente datée du 15 janvier 2016, il était documenté que le résident 019 avait été trouvé dans le vestibule, derrière la porte d'entrée ouest, et qu'il avait suivi un employé qui partait en pause. La note indiquait que le thérapeute respiratoire avait raccompagné le résident au foyer. L'administratrice a confirmé que le résident 019

était à risque, qu'il avait été vu à maintes reprises en train de chercher la sortie et qu'il fallait le surveiller de près.

L'administratrice et directrice des soins a indiqué que le technicien installerait un interrupteur de réarmement manuel à la porte pour assurer la sécurité des résidents. (545)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 5 février 2016

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

Directeur

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

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

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

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

Date de délivrance : 27 janvier 2016

Signature de l'inspecteur :

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Bureau régional de services :

Original signé par

Angèle Albert-Ritchie

Ottawa