



Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

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

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

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
4 et 5 septembre 2014	2014_198117_0022	O-000778-14	Inspection de la qualité des services aux résidents
Titulaire de permis Chartwell Master Care LP 100 Milverton Drive, bureau 700, MISSISSAUGA (ONTARIO) L5R 4H1			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE CHAMPLAIN 428 Front Road West, L'Orignal (Ontario) K0B 1K0			
Inspectrice(s) LYNE DUCHESNE (117), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), JOANNE HENRIE (550)			
Résumé de l'inspection			

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

L'inspection s'est tenue les 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27 et 28 août 2014.

Une inspection relative à un incident grave, registre O-000820-14, a également été effectuée durant cette inspection de la qualité des services aux résidents.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec l'administratrice du foyer, le directeur des soins, le chef des services alimentaires et de nutrition, le directeur des programmes, le chef de la gestion des activités, le coordonnateur du personnel infirmier, la coordonnatrice RAI MDS, l'aide aux soins de rétablissement, un préposé au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), une aide-diététiste, un travailleur environnemental, un préposé à l'entretien ménager, plusieurs résidents, plusieurs membres des familles, le président du conseil des résidents et un membre du conseil des familles.

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont examiné le dossier de santé des résidents; observé les soins et les services fournis aux résidents, le repas de midi du 18 août 2014, les chambres à coucher, les aires communes et le matériel, la distribution et l'administration des médicaments le 22 août 2014; examiné l'emploi du temps du personnel infirmier autorisé du foyer pour les mois de juin, juillet et août 2014, ainsi que le procès-verbal des réunions du conseil des résidents de juin 2013 et juillet 2014; examiné la trousse de renseignements que le foyer remet aux résidents au moment de l'admission, le cahier d'entretien du foyer, le programme de prévention des chutes et le programme de contrôle des infections du foyer. Elles ont également examiné les politiques suivantes : Programme de prévention des chutes – déclaration des incidents, Stratégies d'analyse et de prévention – politique n° RRCS-E-20, datée de janvier 2013; Sécurité – chutes – résidents – politique n° LTCE-CNS-G-10, datée de février 2007; Mauvais traitements aux résidents – politique n° RCA-LTCE-02-RCAM-IV-15, mise à jour en juillet 2010; Administration des médicaments – politique n° LTCE-CNS-F-1, mise à jour en janvier 2013; Commandes/Réapprovisionnement/Destruction de médicaments – politique n° LTCE-CNS-F-16, mise à jour en avril 2014; Registre des médicaments; Précautions requises en cas d'infections ou de maladies – politique n° LTCE-INF-C-06 datée d'août 2012; soins liés à l'incontinence – procédures cliniques – politique n° LTCE-CNS-B-05 datée de mai 2012. Un rapport d'incident grave a également été examiné.

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

- services d'hébergement – entretien ménager;
- services d'hébergement – entretien;
- élimination des selles et soins liés à l'incontinence;
- observation des repas;
- prévention des chutes;
- conseil des familles;
- hospitalisation et changement de l'état;
- prévention et contrôle des infections;
- médicaments;
- recours minimal à la contention;
- services de soutien personnel;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- conseil des résidents;
- comportements réactifs;
- soins de la peau et des plaies.

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

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. 8 (Services infirmiers et services de soutien personnel).

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

8. (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 8 (3), dans la mesure où le foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), l'horaire de travail du personnel infirmier autorisé du foyer a été examiné. L'examen de l'horaire de travail du personnel infirmier autorisé visait la période du 22 juin 2014 au 27 août 2014.

Selon les horaires de travail examinés, il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service et présente au foyer au cours des 25 quarts de travail suivants :

les 22 et 30 juin, il n'y avait pas d'IA durant le quart de soir;
le 23 juin, il n'y avait pas d'IA durant le quart de jour;

les 3, 7, 12, 13, 17, 21 et 31 juillet, il n'y avait pas d'IA durant le quart de jour;
les 1^{er}, 11, 15, 20 et 29 juillet, il n'y avait pas d'IA durant le quart de soir;
le 4 juillet, il n'y avait pas d'IA durant le quart de nuit;

les 4 et 18 août, il n'y avait pas d'IA durant le quart de jour;
les 2, 15, 22, 23, 24, 26 et 27 août, il n'y avait pas d'IA durant le quart de soir.

Le 25 août 2014, le directeur des soins du foyer a confirmé à l'inspectrice 117 qu'aux dates susmentionnées, il n'y avait pas d'IA sur place au foyer. Le directeur des soins a affirmé que depuis la mi-juin 2014, le foyer avait de la difficulté à assurer la présence d'une infirmière autorisée (IA) sur place, 24 heures sur 24, en raison des vacances du personnel et de congés qui n'étaient pas prévus. Le foyer a actuellement deux postes d'IA à temps partiel à pourvoir. Le foyer tente activement de recruter du personnel à ces postes, mais il a eu peu de succès jusqu'à présent. Le directeur des soins a affirmé que le foyer avait un contrat avec une agence de placement qui fournit des services d'IA au foyer. Cependant, même avec les services d'IA offerts par l'agence, le foyer a été sans IA sur place à plusieurs occasions au cours des dernières semaines.

Le directeur des soins a expliqué à l'inspectrice 117 que lorsqu'il n'y avait pas d'IA sur place, deux IAA permanentes travaillaient au foyer et que lui-même était soit présent au foyer, soit sur appel et joignable par téléphone pour résoudre les éventuels problèmes de personnel infirmier.

Il faut savoir que ce foyer de soins de longue durée compte 60 lits. En vertu du Règlement de l'Ontario 79/10, par. 45 (1), pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins,

i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent,

ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3) d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :

A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone,

B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

En vertu du Règlement de l'Ontario 79/10, par. 45 (2) une « situation d'urgence » est une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Conformément aux renseignements examinés ci-dessus, il n'y avait pas de situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée. Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé soit présent au foyer en tout temps.

Il est noté qu'un cas de non-respect a été identifié le 22 octobre 2012, durant l'inspection n° 2012_198117_0002. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été délivré aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 8 (3), dans la mesure où une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé étant à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer n'était pas de service et présent au foyer en tout temps. [par. 8 (3)]

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. 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).

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 ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 6 (1) a), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident.

Un jour de juillet 2014, le médecin traitant du résident n° 10 a demandé une sonde à demeure pour favoriser la guérison des plaies. Une sonde a été insérée ce jour-là et des soins liés à une sonde à demeure ont été fournis.

Le 25 août 2014, l'inspectrice 545 a observé le résident n° 10 qui avait la jambe droite de son pantalon relevée et exposant un sac jambier contenant une petite quantité d'urine claire. Le résident n° 10 a expliqué que l'élastique qui maintenait le sac en place sur sa jambe lui faisait mal parce qu'il était trop serré.

Lors d'un examen du programme de soins du résident n° 10, aucun renseignement écrit concernant les soins liés à une sonde n'a été trouvé dans le programme de soins. Lors d'entretiens avec le PSSP 104 et l'IA 102, le personnel a expliqué à l'inspectrice 545 que le programme de soins n'avait pas été mis à jour ce jour de juillet 2014 où une sonde à demeure a été demandée et insérée.

Lors d'un entretien avec le directeur des soins, le 25 août 2014, celui-ci a expliqué à l'inspectrice 545 que le programme de soins aurait dû être mis à jour de façon à y inclure les soins liés à une sonde, conformément aux exigences du foyer. [alinéa 6 (1) a)]

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, alinéa 6 (1) a), dans la mesure où le foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident.

Le résident n° 4 a une maladie neurodégénérative avancée et plusieurs plaies de pression. Durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), l'inspectrice n° 117 a observé que le résident n° 4

était au lit tout le temps. Le résident n° 4 a expliqué à l'inspectrice qu'elle ou il ou elle restait au lit tout le temps en raison de sa maladie neurodégénérative avancée, de ses plaies et de la douleur ressentie en position assise dans un fauteuil roulant. Le résident était incapable de dire à l'inspectrice depuis quand il ou elle était alité.

Le 27 août 2014, les IAA 114 et 101 ont informé l'inspectrice 117 que le résident n° 4 était alité depuis un ou deux ans en raison de son état de santé, de ses plaies et d'une douleur généralisée. Les IAA ont ajouté que le résident s'assoit rarement dans son fauteuil roulant. Lorsqu'il ou elle se lève, il ou elle reste dans le fauteuil roulant pendant une heure environ et ensuite il faut le remettre au lit à cause de sa douleur et de son malaise. Les PSSP 103 et 111 ont confirmé que le résident n° 4 était alité, que ses repas lui étaient portés à sa chambre et qu'il ou elle les prenait au lit avec l'aide du personnel, et que tous les soins et les activités lui étaient offerts à son chevet.

Le programme de soins du résident a été examiné. Son programme de soins ne précise pas que le résident est alité, qu'il ou elle reçoit tous ses soins et ses repas au lit et que les activités sont offertes à son chevet. Le programme de soins indique que le transfert du résident n° 4 dans un fauteuil roulant au moyen d'un lève-personne nécessite l'intervention de deux personnes. Un examen détaillé du dossier du résident a révélé que le résident était alité depuis août 2012 en raison de la détérioration de son état de santé.

Le programme de soins écrit du résident n° 4 n'établit pas les soins qui sont prévus pour ce résident puisqu'il n'y est pas précisé que le résident est alité, que tous les soins, l'aide et les services dont elle ou il a besoin pour les activités et les repas lui sont offerts à son chevet et qu'elle ou il a un usage limité de son fauteuil roulant. [alinéa 6 (1) a)]

3. 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, par. 6 (7), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident tels qu'indiqués dans son programme.

Le programme de soins du résident n° 7, daté de juillet 2014, indique que le résident est alerte et orienté, qu'il a une légère déficience cognitive et qu'il est à haut risque pour les chutes.

Son programme de soins indique que le personnel doit veiller à ce qu'il y ait des dispositifs de sécurité adéquats, comme une alarme pour l'habillage, et rappeler au résident d'appeler pour obtenir de l'aide et d'attendre avant de se lever. Il est également documenté que pour changer le résident de position, il faut l'aide particulière d'une personne et une sangle de transfert.

Le 26 août 2014, l'inspectrice 545 a observé le résident n° 7 assis dans son fauteuil roulant, dans la salle de télévision, sans alarme vestimentaire en place. Lors d'un entretien, le résident n° 7 a indiqué que, malgré sa peur de tomber et de se fracturer une hanche, comme il lui est arrivé déjà, elle ou il continuait à aller aux toilettes sans aucune aide durant la journée.

Lors d'un entretien, la PSSP 109 a dit à l'inspectrice 545 qu'il n'y avait pas d'alarme vestimentaire en usage pour le résident n° 7. La PSSP 109 a expliqué qu'elle avait accès au programme de soins, mais ne savait pas que le plus récent programme de soins indiquait qu'il fallait une alarme vestimentaire pour assurer la sécurité du résident n° 7. Lorsqu'on lui a posé la question, la personne qui remplaçait la coordonnatrice de l'évaluation RAI a expliqué qu'on avait cessé d'utiliser l'alarme vestimentaire à la fin de juin 2014, mais elle ne comprenait pas pourquoi puisque le résident n° 7 est toujours à risque pour les chutes étant donné qu'elle ou il va toujours seul aux toilettes sans demander l'aide du personnel. La coordonnatrice de l'évaluation RAI a expliqué qu'elle examinerait l'alarme vestimentaire et recommanderait qu'elle soit rétablie conformément au programme de soins.

Ainsi, les soins prévus dans le programme de soins du résident n° 7, comme l'utilisation du dispositif de sécurité offert par l'alarme vestimentaire, n'ont pas été fournis au résident comme l'exigeait son programme de soins. [par. 6 (7)]

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 ce qui suit : que le programme de soins écrit du résident n° 10 précise les soins à fournir au résident qui a une sonde; que le programme de soins du résident n° 4 précise l'état du résident, qui est alité, les soins et les services qui lui sont offerts à son chevet, ainsi que son utilisation limitée d'un fauteuil roulant; et que le résident n° 7 bénéficie d'interventions pour la prévention des chutes, comme le prévoit son programme de soins. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 49 (Prévention et gestion des chutes).

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

49. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 49 (2), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que, lorsque le résident a fait une chute, il soit évalué et, au besoin, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Le programme de soins du résident n° 6, daté de juillet 2014, indique pour ce résident des déficiences cognitives sévères et un haut risque de chutes. La plus récente évaluation RAI MDS 2.0, datée de juillet 2014, indiquait que le résident n° 6 était instable et présentait des états ou affections qui fragilisaient l'état cognitif, les aptitudes aux AVQ (activités de la vie quotidienne) et l'humeur ou le comportement du résident. L'évaluation a également indiqué que le résident n° 6 avait fait des chutes au cours des 30 derniers jours et au cours des 180 derniers jours.

Les 19 et 22 août 2014, le résident n° 6 a été observé dans sa chambre assis dans un fauteuil inclinable avec une ceinture à fermeture frontale et un plateau coussiné. Le fauteuil roulant a été placé entre deux lits, le résident n° 6 était seul et se reposait tranquillement. Une alarme de chevet a également été observée sur son lit.

Lors d'un entretien, l'IA 102 a expliqué à l'inspectrice 545 que le résident n° 6 était tombé quatre fois depuis avril 2013 et qu'une évaluation complémentaire n'avait été effectuée qu'une fois un jour d'avril 2013. L'IA a ajouté que, selon la politique du foyer concernant les chutes et la marche à suivre après une chute, un résident qui est jugé à haut risque de chute doit faire l'objet d'une autre évaluation la première fois qu'il fait une chute au cours d'un trimestre. Elle a confirmé qu'il n'y avait pas eu d'autre évaluation aux dates suivantes lorsque le résident n° 6 est tombé :

- Un jour de juillet 2014 : le résident no 6 a été trouvé accroché au pied du lit après avoir enlevé sa ceinture

ventrale et le plateau coussiné, et on a remarqué une légère contusion au genou.

- Un jour de juillet 2014 : le résident no 6 a enlevé le plateau coussiné, détaché sa ceinture ventrale et glissé du fauteuil – aucune blessure apparente.
- Un jour d'avril 2014 : le résident no 6 a été trouvé assis par terre devant son fauteuil roulant; le plateau coussiné avait été enlevé et la ceinture ventrale était détachée – aucune blessure apparente n'a été notée.
- Un jour de décembre 2013 : le résident no 6 a été trouvé assis par terre à côté de son lit, la ceinture de sécurité détachée, le plateau sous son lit, et le résident se plaignait d'une douleur à la hanche. La famille a été alertée. Le résident a été emmené à l'hôpital pour un examen plus poussé et est revenu plusieurs heures plus tard sans blessures apparentes.

Lors d'un entretien, le 22 août 2014, le directeur des soins a indiqué qu'une autre évaluation aurait dû être effectuée après que le résident no 6 est tombé deux fois au cours d'une semaine, en juillet, une fois en avril 2014 et une fois en décembre 2013.

Le foyer n'a pas veillé à ce qu'une autre évaluation soit effectuée lorsque le résident n° 6 a fait quatre chutes, certaines avec blessures et d'autres sans blessures, deux fois au cours d'une semaine en juillet 2014, une fois en avril 2014 et une fois en décembre 2013. [par. 49 (2)]

2. Le programme de soins du résident n° 7, daté de juillet 2014, indique que le résident est alerte et orienté, qu'il a une légère déficience cognitive et qu'il présente un haut risque de chutes.

Les renseignements documentés dans son dossier indiquent qu'en début de soirée, un soir de février 2014, le résident n° 7 a été trouvé par terre entre son lit et le placard, où il essayait de changer de sous-vêtement. Une petite plaie béante a été observée le jour suivant.

Lors d'un entretien, l'IA 102 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'il n'y avait pas eu d'autre évaluation pour le résident n° 7 après sa chute un jour de février 2014 étant donné que c'était la seconde fois qu'il tombait au cours de ce trimestre.

Le résident no 7 est tombé un jour de janvier 2014 en s'installant dans son fauteuil roulant et une autre évaluation a été faite à ce moment-là. L'IA 102 a indiqué que la marche à suivre au foyer a été suivie.

Le foyer n'a pas veillé à ce qu'une autre évaluation soit effectuée lorsque le résident n° 7, qui a fait deux chutes en l'espace d'un mois, l'une avec blessures un jour de janvier et l'autre un jour de février 2014. [par. 49 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que, lorsque les résidents 6 et 7 font une chute, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. 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. 85 (Sondage sur la satisfaction).

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

85. (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 ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 85 (3), dans la mesure où il n'a pas demandé conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

Le 25 août 2014, le directeur des activités du foyer, employé n° 112, le président du conseil des résidents et un membre du conseil des familles ont affirmé à l'inspectrice 117 que le foyer n'avait pas demandé conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour la mise au point et la réalisation du sondage annuel sur la satisfaction de 2014.

Le directeur des activités du foyer, employé no 112, et le membre du conseil des familles ont affirmé que le conseil des résidents et le conseil des familles avaient été consultés pour la mise au point du sondage annuel de 2013, mais pas pour celui de 2014.

Le 27 août 2014, l'administratrice du foyer a confirmé que ni le conseil des résidents ni le conseil des familles n'avaient été consultés cette année pour la mise au point et la réalisation du sondage annuel du foyer sur la satisfaction qui a été mené en août 2014. [par. 85 (3)]

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 demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour mettre au point et réaliser le sondage annuel 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 de l'Ontario 79/10, art. 90 (Services d'entretien).

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

90. (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 15 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) sont prévus des calendriers et des marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 90 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien, à ce que soient prévus des calendriers et des marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif.

Les observations faites par les inspectrices 117, 545 et 550 à l'étape 1 de l'IQSR.
Les inspectrices ont observé ce qui suit.

- Salle de bain et de douche de l'aile ouest : les étagères près de la baignoire et de la douche sont faites de mélamine; la mélamine est usée et laisse voir l'aggloméré sur toutes les étagères. Dans la prise de courant à côté de la baignoire, il y a une radio branchée sur un réceptacle et un diviseur à trois voies branché sur

l'autre. Le diviseur a un fil pour la lumière d'urgence, un fil pour un chargeur et un fil pour un ange qui tient une lumière. Il y a une forte odeur d'urine dans la pièce. La face arrière de la porte est très abîmée et le bois est exposé par endroits. Le coin supérieur gauche et le bas de la porte sont en train de se détacher et on voit le bois. L'angle inférieur gauche du cadre en métal est rouillé. Aux deux coins de la douche, les joints de sol en linoléum sont brisés et laissent l'eau s'infiltrer. Les plaques en plastique qui recouvrent la partie où se rejoignent la base du mur et la plinthe en linoléum de la douche ne sont pas étanches. Elles sont souillées d'un liquide brun qui sent l'urine. Le mur au-dessus du lavabo dans la salle de toilette est recouvert d'un matériau imitant des carreaux de céramique; il est visiblement abîmé par l'eau et laisse paraître un matériau poreux. Le joint de la plinthe en linoléum à côté de la porte de la toilette est défait et ne peut pas être nettoyé adéquatement.

- Chambre 129, la peinture à la base du cadre en métal de la porte de la salle de bain s'écaille et laisse paraître le métal.

- Chambres 129, 111, 117, 116, 110 et 112 : sur le mur entre la plinthe chauffante et la fenêtre, la peinture est craquelée, s'écaille et laisse voir le gypse et les vis dans le mur.

- Chambre 134 : dans la salle de bain de ce résident, la baignoire est tachée par un dépôt de calcaire et de rouille qu'il est impossible de bien nettoyer, la plinthe en linoléum se décolle, le joint dans le coin gauche sous le lavabo est brisé, la plinthe chauffante est rouillée et le cadre en métal de la porte de la salle de bain est rouillé à sa base.

- Chambre 132 : le mur derrière le lit a été réparé avec du plâtre et n'a pas été repeint. La surface du mur est telle qu'il est impossible de bien la nettoyer. Le mur du côté droit de la fenêtre est fissuré, le mur sous la fenêtre est fissuré, la peinture est écaillée et il y a un petit trou dans le mur de gypse.

- Chambre 116 : portes pliantes 116-D – la plaque de bas de porte en vinyle a été enlevée, ce qui laisse paraître de la colle brune séchée et de la peinture écaillée. La plinthe chauffante est rouillée et la peinture s'écaille. Il y a un trou dans le cadre de la fenêtre, à la base de la fenêtre de gauche, dans lequel des câbles ont été introduits; le cadre en bois est brisé et laisse paraître le bois.

- Chambre 110 : de chaque côté des portes pliantes du placard, il n'y a pas de plaque de bas de porte, et celle de la porte pliante 110-C est très lâche et sur le point de tomber. De la colle brune séchée est visible et la peinture s'écaille sur les deux portes. Sur le mur entre les fenêtres, il manque de la peinture, ce qui laisse paraître le gypse et plusieurs trous de vis. Une tache d'eau et des fissures sont visibles au plafond. Au-dessus du lit A, on remarque deux trous de la taille d'une pièce de 10 cents au plafond, ils sont couverts de ruban. Le mur de la salle de bain, au-dessus du lavabo et du côté droit, est couvert d'une sorte de panneau imitant la céramique. Ce panneau laisse paraître une tache d'eau et un matériau poreux.

- Chambre 112 : le mur au-dessus et à gauche du lavabo est couvert d'une sorte de matériau imitant des carreaux de céramique. Ce panneau laisse paraître une tache d'eau et un matériau poreux. Le mur sous les fenêtres est fissuré; la peinture s'écaille et laisse paraître un matériau poreux. (Inspectrice 550)

Sur les mains courantes des couloirs du côté est et du côté ouest, la peinture est écaillée et le vernis est usé, ce qui laisse paraître le bois et rend difficile de les garder propres et sanitaires.

L'inspectrice 550 a examiné le cahier d'entretien pour la période du 26 octobre 2013 au 28 août 2014 et aucun des problèmes cités dans ce rapport n'est marqué comme ayant été signalé dans le cahier d'entretien du foyer.

Lors d'un entretien, l'employé 117 et l'employé 121 ont indiqué à l'inspectrice 550 que, lorsqu'une réparation

doit être faite dans la chambre d'un résident, ils consignent le problème dans le cahier d'entretien. Lorsque l'inspectrice 550 a examiné avec ces employés certaines réparations à effectuer dans la chambre à coucher et la salle de bain de certains résidents, les deux employés ont indiqué que ces problèmes ont probablement été indiqués et documentés dans le cahier d'entretien du foyer et que le responsable de l'entretien du foyer n'a simplement pas eu le temps de s'en occuper.

Lors d'un entretien, le responsable de l'entretien du foyer, l'employé 126, a expliqué à l'inspectrice 550 que le personnel du foyer devait inscrire toute réparation à effectuer au foyer dans le cahier d'entretien, qui est conservé au poste de soins infirmiers de l'aile ouest. L'employé 126 affirme que tous les matins il vérifie ce cahier et effectue les travaux nécessaires. Il a affirmé à l'inspectrice qu'il était au courant de certains problèmes d'entretien dans la salle de bain et de douche de l'aile ouest et dans certaines chambres à coucher, mais qu'il n'y avait pas de plan en place pour résoudre les problèmes relevés.

L'inspectrice 550 a discuté des procédures d'entretien du foyer et examiné le cahier d'entretien du foyer avec l'administratrice. Cette dernière a indiqué que le foyer effectuait chaque mois des vérifications aléatoires des chambres à coucher et des salles de bain et de douche des résidents. L'administratrice a confirmé que les problèmes d'entretien portés à son attention par l'inspectrice 550 n'étaient pas signalés dans le cahier d'entretien ou les vérifications mensuelles du foyer. L'administratrice a affirmé à l'inspectrice 550 que le foyer n'avait pas de calendriers ni de marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif des chambres à coucher et des salles de bain et de douche des résidents. [alinéa 90 (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer prévoit des calendriers et des marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, 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 veillé à ce que toute politique établie ou par ailleurs mise en place soit respectée.

Conformément au Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 136 (2) (1), la politique de destruction et d'élimination des médicaments doit prévoir ce qui suit : 1. L'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être

administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés.

La politique n° LTCE-CNS-F-16 du foyer, intitulée « Commandes/réapprovisionnement/destruction de médicaments; registre des médicaments », mise à jour le 1^{er} avril 2014, indique en page 4, à la rubrique n° 2 : « Les médicaments devant être détruits doivent être placés dans le contenant désigné pour les déchets biodangereux et muni d'un couvercle ou autre dispositif empêchant le retrait du médicament et être gardés dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés ».

L'inspectrice 550 a observé l'entrepôt des médicaments situé à côté du poste de soins infirmiers de l'aile ouest. Cette pièce est utilisée pour entreposer les médicaments et les fournitures de pansement. Tous les stocks de médicaments du gouvernement, les stocks de médicaments destinés aux résidents et les fournitures de pansement sont gardés sur des étagères ouvertes de cet entrepôt et les stocks de médicaments d'urgence sont entreposés dans une unité en plastique à tiroirs fixée au mur. Il y a un contenant en plastique blanc étiqueté « Stericycle » sur une armoire. Le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice que ce contenant était utilisé pour collecter tous les médicaments non désignés qui doivent être détruits. Le personnel autorisé dépose dans ce contenant tous les médicaments devant être détruits. Lorsque le contenant est plein, le directeur des soins dénature les médicaments et entrepose le contenant dans une autre pièce jusqu'à son ramassage et son retrait du foyer par Stericycle. Le foyer n'observe pas sa politique puisque les médicaments devant être détruits ne sont pas entreposés dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés. [par. 8 (1)]

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne qui avait 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 : 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.

Un jour d'août 2014, le coordonnateur du personnel infirmier a entendu le PSSP 120 et l'IAA 119 tenir des propos méprisants qui relevaient d'un mauvais traitement d'ordre verbal au sujet du résident n° 13. Le coordonnateur du personnel infirmier a immédiatement signalé l'incident au directeur des soins, qui a ensuite lancé une enquête sur cet incident.

Lors d'un entretien, le 28 août 2014, le directeur des soins a dit à l'inspectrice 545 qu'il avait entrepris le rapport d'incident critique le lendemain de l'incident, dans le cadre du processus d'enquête, mais que le rapport n'avait été soumis au directeur que trois jours plus tard, lorsqu'il a été informé par le consultant du foyer que l'incident de mauvais traitement d'ordre verbal n'avait pas été signalé au directeur. Le directeur des soins a indiqué qu'il était conscient de son obligation de communiquer immédiatement au directeur ses soupçons concernant le mauvais traitement que le PSSP 120 et l'IAA 119 ont infligé au résident n° 13 et qui a causé à ce dernier un préjudice ou un risque de préjudice, ainsi que les renseignements sur lesquels ses soupçons étaient fondés. Le directeur des soins a affirmé qu'il n'avait pas informé le directeur de l'incident par téléphone ou par téléavertisseur comme il se doit en cas d'urgence en dehors des heures normales de travail, parce qu'il pensait qu'en lançant le rapport électronique d'incident critique, le directeur aurait été avisé même si le rapport ne lui a pas été soumis par voie électronique avant un jour d'août 2014, quatre jours après que l'incident est survenu. [par. 24 (1)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 53 (Comportements réactifs).

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

53. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4)**
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4)**
- c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 53 (4), selon lequel, pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs : a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le résident n° 2 a une maladie neurodégénérative et des déficiences cognitives avec agressions verbales et physiques.

Le 8 août 2014, les inspectrices 545 et 550 ont observé, durant le service du repas de midi, le résident n° 2 qui a commencé soudainement à agresser verbalement le personnel et d'autres résidents et qui n'a pas été facilement redirigé par le personnel.

Le 22 août 2014, les employés autorisés 102 et 106 ont dit à l'inspectrice 117 que le résident n° 2 avait

fréquemment des épisodes imprévisibles d'agression verbale et physique envers le personnel. Lors de tels épisodes, le résident accuse le personnel, notamment : de lui infliger des mauvais traitements lors des transferts au moyen d'un lève-personne pour le mettre au lit ou le lever du lit alors que le résident est reconnu comme ayant une douleur chronique en raison de ses plaies de pression et de sa maladie neurodégénérative; de lui voler des effets personnels lorsqu'il les égare; et de refuser de lui donner certains aliments alors que son régime indique des aliments hachés en raison de la difficulté qu'il a à manger et à avaler.

Un examen du dossier de santé du résident n° 2 révèle que le résident a fréquemment des épisodes imprévisibles d'agression verbale et physique. Depuis juin 2014, le résident n° 2 participe au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC). La PSSP 110 est à la tête du Projet OSTC au foyer. Elle a dit à l'inspectrice 117, le 26 août 2014, que le foyer était en train de déterminer les déclencheurs des comportements soudains et imprévisibles du résident n° 2. L'employée 110 a ajouté que certains déclencheurs comme la douleur et les transferts ont été établis, mais ne sont pas mentionnés dans le programme de soins du résident. L'employée 110 a précisé que certaines interventions étaient à l'essai, par exemple la réduction de la fréquence des transferts au lit et hors du lit, l'organisation d'activités individuelles et selon l'âge et l'utilisation d'une ardoise pour communiquer le menu du jour.

L'inspectrice 117 a constaté, lors de l'IQSR, que ces interventions avaient été mises en œuvre par le personnel permanent. La PSSP 110 a affirmé que les interventions mises en œuvre pour gérer les comportements du résident n° 2 n'étaient pas précisées dans le programme de soins de ce dernier. Ces interventions ont été communiquées verbalement au personnel infirmier pour un essai de mise en œuvre. Ce renseignement a été confirmé le 26 août 2014 par les PSSP 107 et 108.

Le dossier de santé du résident n° 2 a été examiné et on n'y a trouvé aucune documentation décrivant les comportements réactifs soudains et imprévisibles du résident, les déclencheurs associés comme la douleur et les transferts, les interventions mises à l'essai par la responsable du Projet OSTC et la réaction du résident à ces interventions. [alinéa 53 (4) a)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, 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, lorsqu'un médicament devant être détruit est une substance non désignée, il soit détruit par les membres d'une équipe agissant de concert et réunissant les personnes suivantes :

i. un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels,

ii. un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers.

Aux termes du par. 136 (6) du Règlement de l'Ontario 79/10, pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, un médicament est considéré comme étant détruit s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable.

Un examen des marches à suivre établies par le foyer pour la destruction de médicaments a été réalisé dans le cadre de l'IQSR.

Lors d'un entretien, le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice 550 que lorsque des substances non désignées ne sont plus utilisées, elles sont placées dans un seau blanc, dans l'entrepôt des médicaments, par un membre du personnel autorisé. Quand le seau est plein, le directeur des soins verse de l'eau dans le seau pour détruire les médicaments qu'il contient et garde le seau dans l'entrepôt des médicaments verrouillé jusqu'à ce que Stericycle vienne le chercher pour assurer son élimination. Le directeur des soins affirme qu'il exécute lui-même cette tâche. Lorsque Stericycle fait la cueillette, le nombre de seaux par unité envoyés à Stericycle est consigné au « registre des produits non narcotiques et des médicaments non désignés » et ce registre est signé par le directeur des soins et un membre du personnel autorisé.

Les substances et les médicaments non désignés au foyer ne sont pas détruits au sein d'une équipe se composant d'un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et personnels et d'un membre du personnel nommé par le directeur des soins. [alinéa 136 (3) b)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 224 (Renseignements à l'intention des résidents).

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

224. (1) Pour l'application de l'alinéa 78 (2) r) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la trousse de renseignements prévue à l'article 78 de la Loi comprenne des renseignements sur les questions suivantes :

1. Le fait que le résident peut, en vertu du paragraphe 82 (2) du présent règlement, retenir les services soit d'un médecin, soit d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé de la catégorie supérieure pour fournir les services exigés aux termes du paragraphe 82 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 124 (1), dans la mesure où le foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que la trousse de renseignements prévue à l'article 78 de la Loi contienne les renseignements concernant ce qui suit : 1. Le fait que le résident peut, en vertu du paragraphe 82 (2) du règlement, retenir les services d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure pour fournir les services exigés aux termes du paragraphe 82 (1).

Durant l'IQSR, un examen de la trousse de renseignements à l'intention des résidents du foyer a été effectué. Il a été noté que cette trousse ne contenait pas l'information concernant la possibilité, pour le résident, de retenir les services d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure pour fournir les services exigés aux termes du paragraphe 82 (1) du règlement.

Le 25 août 2015, le chef de la gestion des activités du foyer a examiné la trousse de renseignements à l'intention des résidents avec l'inspectrice 117. Celle-ci a confirmé que la trousse ne contenait pas d'information concernant la rétention des services d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie

supérieure. L'IA 102 affectée à l'unité et l'administratrice du foyer ont confirmé que les nouveaux résidents ne recevaient pas d'information écrite concernant la rétention des services d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure. Ils ont affirmé que les résidents recevaient de l'information verbale sur les deux médecins traitants du foyer et qu'on leur demandait, en tant que nouveaux résidents, quel médecin ils souhaitaient retenir pour obtenir des services médicaux. [alinéa 224 (1) 1]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).

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

229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, par. 229 (4), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

Le 25 août 2014, entre 13 h 30 et 13 h 45, l'inspectrice 545 a observé la PSSP 109 qui entrait dans la chambre du résident n° 10 pour vider le sac de sa sonde. La PSSP portait des gants bleus au moment d'entrer dans la chambre et tenait un contenant jetable vide en plastique blanc. Après avoir vérifié le sac de la sonde du résident n° 10, la PSSP a quitté la chambre portant les mêmes gants et le contenant, ce qui indiquait qu'il n'avait pas été nécessaire de le vider. L'inspectrice 545 n'a pas vu la PSSP 109 retirer les gants, changer de gants ni se laver les mains.

Le 26 août 2014, lors d'un entretien, la PSSP 109 a indiqué qu'elle avait l'habitude de vider les sacs des sondes des quatre résidents en n'utilisant qu'un contenant, a ajouté que lorsqu'elle avait terminé cette tâche, elle mettait le contenant utilisé dans un sac à ordures en plastique qu'elle jetait à la poubelle dans le couloir. La PSSP 109 a indiqué qu'elle savait qu'il fallait prendre des précautions en matière de contact lors de la prestation de soins au résident n° 10. Elle a indiqué qu'elle avait l'habitude de se laver les mains après avoir vidé chaque sonde et de mettre une paire de gants propres.

Quatre résidents du foyer ont une sonde à demeure dont le sac doit être vidé une fois par quart de travail et au besoin : les résidents n°s 4, 10, 17 et 18. Le résident no 10 a été diagnostiqué d'une infection.

Dans le Guide à l'intention des préposés aux services de soutien à la personne, il est noté, à la page 16 de 71, au point 7, sous l'intitulé « Catheter Care Drainage/Leg Bag », que les PSSP doivent « rincer la mesure avec une solution antiseptique, puis avec de l'eau, après usage sur un seul résident ».

Lors d'un entretien avec le directeur des soins, le 26 août 2014, celui-ci a indiqué que le personnel doit utiliser une tasse à mesurer propre par résident portant un sac de sonde qu'il faut vider. Il a indiqué que les tasses à mesurer souillées doivent être portées à la salle du matériel souillé pour que le personnel de nuit le nettoie. La PSSP n'a pas appliqué les pratiques de contrôle des infections du foyer lorsqu'elle a omis de suivre la directive n° 7 de la rubrique « Catheter Care Drainage/Leg Bag procedures », qui exige de rincer la mesure avec une solution antiseptique, puis avec de l'eau, après usage sur un seul résident ». Quatre résidents portent une sonde de Foley et l'un d'eux a une infection. [par. 229 (4)]

2. Durant la première visite faite au foyer, le 18 août 2014, l'inspectrice 545 a observé une affiche de précautions en cas de contact apposée aux portes de chambres suivantes : 14, 106, 109, 111, 112, 116, 126, 132, 138; aucun chariot de matériel de protection personnelle n'a été observé à proximité des chambres identifiées. Lorsqu'on lui a posé la question, l'aide-ménagère n° 116 a indiqué que les chariots de MPP étaient situés derrière les portes de chambres des résidents; elle a ajouté qu'une affiche des précautions en cas de contact était également apposée à la tête du lit du résident nécessitant des précautions en cas de contact. Elle a indiqué que, pour le moment, aucun résident du foyer ne nécessitait des précautions en cas de contact; autrement, elle en aurait été informée au début de son quart de travail.

À l'examen des précautions requises au foyer – selon la maladie infectieuse (politique n° LTCE-INF-C-06, il est noté à la page 1 de 10 que « pour assurer que le niveau adéquat de précautions est en place pour les soins directs à tout résident potentiellement infectieux, le personnel sera informé, au moyen d'affiches, du MPP requis » et ces affiches seront apposées sur la porte de la chambre des résidents ou à leur chevet.

Le 26 août 2014, durant une observation, l'inspectrice 545 a noté que la chambre 14 n'avait pas d'affiche sur les précautions en cas de contact installée au chevet des résidents occupant les lits A et B et qu'il n'y avait pas de chariot de MPP derrière la porte de leur chambre. Dans la chambre 109, il y avait un chariot de MPP derrière la porte, mais aucune affiche des précautions en cas de contact au chevet des résidents occupant les lits A, B, C et D.

Lors d'un entretien avec le directeur des soins, le 26 août 2014, celui-ci a indiqué que le panneau en cas de contact dans la chambre 14 aurait dû être retiré deux semaines auparavant, lorsque les deux résidents ont souffert d'une diarrhée qui s'est résorbée en l'espace de 24 heures. Le directeur des soins a indiqué que le résident n° 4 avait eu un résultat positif au test de dépistage d'une infection un jour de juin 2014 et qu'une affiche de précautions en cas de contact aurait dû être apposée au chevet du résident n° 4 de la chambre 109. Cette chambre accueillait 4 résidents. Le directeur des soins a immédiatement ordonné au personnel de placer une affiche de précautions en cas de contact au chevet du résident n° 4. [par 229 (4)]

Date de délivrance : **11 septembre 2014**

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

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 :	LYNE DUCHESNE (117), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), JOANNE HENRIE (550)
N° de registre :	O-000778-14
N° du rapport d'inspection :	2014_198117_0022
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	4 et 5 septembre 2014
Titulaire de permis :	Chartwell Master Care LP 100 Milverton Drive, bureau 700, MISSISSAUGA (ONTARIO) L5R 4H1
Foyer de soins de longue durée :	RÉSIDENCE CHAMPLAIN 428 Front Road West, L'Orignal (Ontario) K0B 1K0
Nom de l'administratrice :	LUCIE GOLDEN

Aux termes du présent document, Chartwell Master Care 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) b
Lien vers l'ordre existant :			
Aux termes de : la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> , L.O. 2007, chap. 8, par. 8 (3)			
Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).			
Ordre :			
Le titulaire de permis est tenu de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan visant à assurer qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent			

au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. Le plan doit également contenir toutes les stratégies de recrutement et de maintien en poste.

Ce plan doit être présenté par écrit à Lyne Duchesne, inspectrice de foyers de soins de longue durée, à : 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario) K1S 3J4, ou par télécopieur au 613 569-9670, au plus tard le 12 septembre 2014.

Motifs :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, par. 8 (3), dans la mesure où le foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Dans le cadre de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), l'horaire de travail du personnel infirmier autorisé du foyer a été examiné. L'examen de l'horaire de travail du personnel infirmier autorisé visait la période du 22 juin 2014 au 27 août 2014.

Selon les horaires de travail examinés, il n'y avait pas d'infirmière autorisée de service et présente au foyer au cours des 25 quarts de travail suivants :

les 22 et 30 juin, il n'y avait pas d'IA durant le quart de soir;
le 23 juin, il n'y avait pas d'IA durant le quart de jour;

les 3, 7, 12, 13, 17, 21 et 31 juillet, il n'y avait pas d'IA durant le quart de jour;
les 1^{er}, 11, 15, 20 et 29 juillet, il n'y avait pas d'IA durant le quart de soir;
le 4 juillet, il n'y avait pas d'IA durant le quart de nuit;

les 4 et 18 août, il n'y avait pas d'IA durant le quart de jour;
les 2, 15, 22, 23, 24, 26 et 27 août, il n'y avait pas d'IA durant le quart de soir.

Le 25 août 2014, le directeur des soins du foyer a confirmé à l'inspectrice 117 qu'aux dates susmentionnées, il n'y avait pas d'IA sur place au foyer. Le directeur des soins a affirmé que depuis la mi-juin 2014, le foyer avait de la difficulté à assurer la présence d'une infirmière autorisée (IA) sur place, 24 heures sur 24, en raison des vacances du personnel et de congés qui n'étaient pas prévus. Le foyer a actuellement deux postes d'IA à temps partiel à pourvoir. Le foyer tente activement de recruter du personnel à ces postes, mais il a eu peu de succès jusqu'à présent. Le directeur des soins a affirmé que le foyer avait un contrat avec une agence de placement qui fournit des services d'IA au foyer. Cependant, même avec les services d'IA offerts par l'agence, le foyer a été sans IA sur place à plusieurs occasions au cours des dernières semaines.

Le directeur des soins a expliqué à l'inspectrice 117 que lorsqu'il n'y avait pas d'IA sur place, deux IAA permanentes travaillaient au foyer et que lui-même était soit présent au foyer, soit sur appel et joignable par téléphone pour résoudre les éventuels problèmes de personnel infirmier.

Il faut savoir que ce foyer de soins de longue durée compte 60 lits. En vertu du Règlement de

l'Ontario 79/10, par. 45 (1), pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins,

i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent,

ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3) d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :

A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone,

B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

En vertu du Règlement de l'Ontario 79/10, par. 45 (2) une « situation d'urgence » est une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Conformément aux renseignements examinés ci-dessus, il n'y avait pas de situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée. Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé soit présent au foyer en tout temps.

Il est noté qu'un cas de non-respect a été identifié le 22 octobre 2012, durant l'inspection no 2012_198117_0002. Un plan de redressement volontaire (PRV) a été délivré aux termes de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, par. 8 (3), dans la mesure où une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé étant à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer n'était pas de service et présent au foyer en tout temps. [par. 8 (3)]

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

30 novembre 2014

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 greffier
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.

Date de délivrance : 4 septembre 2014

Signature de l'inspecteur : Original signé par
Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice : LYNE DUCHESNE
Bureau régional de services : Ottawa