



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
26 mai 2015	2015_198117_0010	O-001790-15	Inspection de qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

COMTÉS UNIS DE PRESCOTT ET RUSSELL
59, rue Court, C.P. 304, L'Original (Ontario) K0B 1K0

Foyer de soins de longue durée

RESIDENCE PRESCOTT et RUSSELL
1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY (Ontario) K6A 1W7

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LYNE DUCHESNE (117), JOANNE HENRIE (550), LISA KLUKE (547), SUSAN WENDT (546)

Résumé de l'inspection

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

Cette inspection s'est tenue les 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23 et 24 avril 2015.

Une inspection aux termes du Système de rapport d'incidents critiques (registre O-001927-15) et une inspection faisant suite à une plainte (registre O-002011-15) ont été menées simultanément et des constatations de non-respects figurent dans le présent rapport.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec l'administrateur du foyer, le directeur des soins, la superviseure des soins infirmiers, les coordonnateurs des services cliniques, le coordonnateur de l'évaluation RAI, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP), plusieurs aides-diététistes, plusieurs aides à l'entretien ménager, le superviseur des services environnementaux du foyer, un membre du personnel d'entretien, plusieurs résidents, des membres de plusieurs familles, plusieurs aidants naturels, ainsi que le président du conseil des résidents et le président du conseil des familles. Durant l'inspection, les inspectrices ont examiné le dossier de santé de certains résidents, plusieurs politiques et marches à suivre du foyer, notamment la politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et concernant le recours minimal à la contention, le programme du foyer pour la facilitation des selles et les soins liés à l'incontinence et le programme du foyer pour la gestion des comportements réactifs, elles ont observé le service de restauration le 13 avril 2015, examiné le procès-verbal des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles pour 2014-2015 et observé plusieurs chambres, les aires communes et le matériel destiné aux soins des résidents.

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;
- gestion de la douleur;
- hospitalisation et changement de l'état;
- médicaments;
- observation du service de restauration;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- recours minimal à la contention;
- services d'hébergement – entretien ménager;
- services de soutien personnel;
- soins de la peau et des plaies.



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

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

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

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

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

7 AE
3 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

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

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

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

- 6. (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 n'a pas respecté l'alinéa 6 (1) a) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, 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.

Le résident 017 a une déficience cognitive avancée et requiert l'aide du personnel pour les soins personnels, l'habillement et sa toilette.

Le 16 avril 2015, le résident 017 a été vu partiellement dévêtu à 11 h. Le résident avait enlevé son haut, ses souliers et une chaussette. Le résident ne portait pas non plus de camisole. Le résident a été vu en train de fouiller dans sa table de chevet. Le résident 017 a été incapable d'expliquer à l'inspectrice 117 pourquoi il ou elle avait enlevé certains de ses vêtements. Le PSSP 102 a affirmé que le résident 17 enlevait régulièrement une partie de ses vêtements. Ce comportement se produit généralement en fin de matinée ou en fin d'après-midi.

Le PSSP a affirmé que le personnel devait surveiller le résident pour s'assurer qu'il est habillé et que, s'il enlève ses vêtements, il doit l'aider à se rhabiller. Le 23 avril 2015, à 11 h 15, le résident a été vu dans la salle de télévision, complètement vêtu, quand le résident a commencé à enlever son haut. Quelqu'un a vu le PSSP 106 intervenir et réorienter le résident pour s'assurer qu'il ou elle ne se déshabille pas.

L'inspectrice 117 a examiné le dossier de santé et le programme de soins du résident. Le dossier et le programme de soins n'a révélé aucun renseignement sur les comportements réactifs lors dequels le résident se déshabillait. Selon les déclarations des PSSP 102 et 106 et de l'IAA 107 de l'unité, le résident 017 a l'habitude depuis plusieurs mois de se déshabiller et de fouiller dans ses vêtements. Le personnel affirme que ces comportements se répètent plusieurs fois par semaine. Les PSSP 102 et 106 signalent qu'à l'occasion le résident peut refuser de se rhabiller et que le personnel doit le réorienter et le reprendre en main quand cela se produit. L'IAA 107 de l'unité ne savait pas que le comportement réactif qui amène le résident à se déshabiller n'avait pas été précisé dans le programme de soins de celui-ci et a affirmé qu'il devrait l'être étant donné que cela se produit régulièrement.

Le 23 avril 2015, la superviseuse des soins infirmiers du foyer a affirmé que les comportements réactifs du résident devaient être précisés dans le programme de soins de celui-ci et a convenu que le programme de soins du résident 017 ne précisait pas les soins prévus pour le résident en réponse aux comportements réactifs qui l'amènent à se déshabiller. [alinéa 6 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 6 (1) a) de la LFSLD, dans la mesure où le programme de soins écrit pour chaque résident n'établit pas les soins prévus pour celui-ci.

Le résident 015 est hémiplégique, aphasique et a besoin de l'aide d'une ou deux personnes pour tous les aspects des soins personnels. Le 15 avril 2015, le résident 015 a été vu au lit. Des ecchymoses aux deux avant-bras et un pansement à un avant-bras ont été observés par l'inspectrice 117. Il n'y avait pas de date sur le pansement.

Le dossier de santé du résident 015 a été examiné avec l'IAA 104 de l'unité le 22 avril 2015. Le résident prend un anticoagulant depuis plusieurs années. Pour surveiller l'efficacité de l'anticoagulothérapie et la composition chimique du sang, des analyses de sang sont faites toutes les trois semaines. L'IAA 104 de l'unité a dit que le résident 015 avait une peau très fragile, qu'il était

enclin à avoir des ecchymoses et qu'il en avait souvent sur les bras après la visite du service de laboratoire à son domicile pour effectuer les analyses de sang demandées. La documentation indique qu'un jour de mars 2015, le médecin a annulé l'ordonnance d'anticoagulothérapie.

Cependant, les analyses de sang continuent à être effectuées chaque mois pour surveiller la composition chimique du sang du résident.

L'IAA a confirmé que la fragilité de la peau du résident 015 et le risque d'ecchymoses attribuable à son médicament et aux prises de sang ne sont pas indiqués dans son programme de soins écrit.

Il y a eu un autre entretien au sujet du pansement sur le coude. Les PSSP 127 et 128 de l'unité ont affirmé que le résident 015 frottait et frappait sa tablette en plastique lorsqu'assis dans son fauteuil Broda. Les deux PSSP affirment que le comportement du résident lui a causé une déchirure de la peau un jour d'avril 2015. L'IAA 130 de l'unité a confirmé le comportement du résident et la cause de la déchirure de la peau. Le traitement de la déchirure de la peau et l'application du pansement ont été notés au dossier d'administration des traitements du résident. L'IAA de l'unité a confirmé que le programme de soins écrit du résident 015 ne contenait aucun renseignement concernant le comportement du résident, soit le fait qu'elle se frotte et se frappe le bras contre la tablette de son fauteuil Broda et son risque d'ecchymoses et de déchirures de la peau. Par contre, le programme de soins écrit du résident 015 précise les soins qui sont prévus pour elle compte tenu de son risque de déchirure de la peau et d'ecchymoses attribuable à son comportement, à l'anticoagulothérapie et aux analyses de sang mensuelles qui ont été prescrites. [alinéa 6 (1) a)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit :

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.

Le résident 004, diagnostiqué de rétention urinaire, a été admis au foyer en mai 2014 avec une sonde à demeure.

Durant un entretien avec l'IAA 108 le 15 avril 2015, l'IAA a indiqué que le résident avait été admis au foyer avec la sonde à demeure. L'employé 108 a indiqué que le résident 004 n'avait pas utilisé la toilette pour uriner étant donné qu'il avait une sonde en place et qu'il avait eu de nombreuses infections urinaires. Lors d'observations, l'inspectrice a remarqué que le résident portait aussi un sous-vêtement pour incontinence car il lui arrivait également d'avoir des problèmes d'incontinence intestinale.

L'inspectrice 546 a examiné le programme de soins écrit du résident 004. Cet examen a révélé que le résident avait une sonde urinaire de Foley n° 14; cette sonde doit être changée chaque mois et irriguée deux fois par semaine. L'examen a d'autre part révélé que le résident serait gardé propre, au sec et sans odeur en tout temps; de plus, le personnel doit observer les rougeurs éventuelles, les signaler à l'infirmière, assurer que la peau est propre et sèche à tout moment et, enfin, que le résident porte un sous-vêtement pour incontinence.

Le dossier de santé du résident a été examiné de nouveau. La documentation indique que le résident a eu neuf infections urinaires qui ont nécessité un traitement antibiotique entre mai 2014 et mars 2015. Ceci n'était pas précisé dans le programme de soins écrit du résident. Selon les renseignements consignés dans le programme de soins écrit du résident, celui-ci a une sonde urinaire de Foley n° 14. Un examen du dossier d'administration des médicaments (dossier d'administration des médicaments) indique que, de mai à septembre 2014, le personnel infirmier autorisé a changé la sonde de Foley n° 14 chaque mois. Cependant, en septembre 2014, le dossier d'administration des médicaments indiquait que la sonde de Foley était de taille 16. Les renseignements consignés au dossier d'administration des médicaments pour la période de septembre 2014 à avril 2015 montrent que la sonde de Foley que portait le résident était de taille 16 et non de taille 14, la taille prescrite. L'inspectrice 546 a observé que le résident avait actuellement une sonde de Foley n° 16. Le dossier ne contenait aucune ordonnance médicale ni aucun motif justifiant le changement de taille de la sonde urinaire de Foley. Il a également été noté qu'aucun changement n'avait été effectué en juin 2014 et qu'il y avait eu des omissions et des incohérences dans les mesures d'irrigation de la sonde et de changement des sacs d'évacuation.

Lors d'entretien les 15 et 20 avril 2015, l'IAA 108 a indiqué que le résident 004 avait une sonde à demeure mais ne savait pas quel type de soins cela impliquait, mis à part l'obligation de changer la sonde ou de l'irriguer comme il avait été ordonné. Le programme de soins devrait fournir des directives claires expliquant de manière précise les soins prévus pour la sonde du résident 004.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice le 20 avril 2015, la superviseuse des soins infirmiers et le directeur des soins infirmiers ont confirmé qu'un programme de soins personnalisé avait été élaboré pour un résident admis avec une sonde de Foley. Ils ont examiné le programme de soins écrit du résident 004 avec l'inspectrice. Ils ont confirmé que le programme de soins du résident 004 ne précisait pas que celui-ci présentait un risque d'infections urinaires, n'indiquait pas qu'il avait besoin d'une surveillance et d'interventions et ne fournissait pas de directives claires concernant la taille de la sonde urinaire qu'il lui fallait. [alinéa 6 (1) c)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident 009 comme précisé dans le programme.

Lors d'un entretien, le résident 009, qui est alerte et n'a aucune déficience cognitive, a indiqué à l'inspectrice 547 que le personnel ne lui brossait pas les dents deux fois par jour et que parfois il ne le

faisait qu'une fois par jour. Le résident a également indiqué qu'il devait demander au personnel de lui brosser les dents étant donné qu'il ne lui offrait pas son aide et qu'il préférerait qu'on lui brosse les dents deux fois par jour.

L'inspectrice 550 a examiné le programme de soins du résident 009, daté du 18 mars 2015, et a remarqué que, selon son programme de soins, le résident 009 avait besoin que le personnel lui brosse les dents et la langue chaque matin et au coucher avec une brosse à poils souples. L'inspectrice 550 a examiné les feuilles de cheminement des soins buccaux concernant la période de janvier à avril 2015 pour le résident 009. Celles-ci indiquaient que le résident 009 s'était fait brosser les dents le matin et au coucher conformément à son programme de soins un jour de janvier et à trois dates différentes en avril 2015. Tous les autres jours, il était indiqué dans la documentation qu'on lui avait brossé les dents une fois par jour 57 jours sur 109; il n'y avait aucune documentation pour 47 jours sur 109. Ainsi, le résident 009 ne reçoit pas les soins prévus dans son programme de soins. [par. 6 (7)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 011 reçoive des soins buccaux comme le précise son programme de soins.

Le 14 avril 2015 durant un entretien avec l'inspectrice 547, le résident 011 a indiqué que le personnel devait lui brosser les dents parce qu'il n'était pas capable de se les brosser lui-même. Le résident 011 a également indiqué qu'il avait un goût désagréable dans la bouche et que le personnel oubliait souvent de lui brosser les dents. L'inspectrice 547 a remarqué durant cet entretien que les dents du résident n'étaient pas propres et que le résident avait de la nourriture sur les dents.

Le 21 avril 2015, l'inspectrice 547 a examiné le programme de soins de ce résident, qui indiquait que le résident avait besoin de l'aide d'une personne pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et qu'il était entièrement dépendant en ce qui concerne les soins buccaux à recevoir du personnel. « Suite à la paralysie ... le/la résident(e) est incapable de faire ses soins buccaux lui-même/elle-même. Maintenir l'hygiène orale pour le/la résident(e) quotidiennement. À quelques ou toutes ses dents naturelles adéquates. Nettoyage quotidien des dents par le personnel. »

Le 22 avril 2015, l'inspectrice 547 a interrogé les PSSP 117, 118 et 119, au deuxième étage, qui ont affirmé que « quotidiennement » signifiait que le résident devait recevoir des soins buccaux durant chaque quart de travail. Chaque membre du personnel a indiqué qu'en principe, « quotidiennement » signifiait « tous les jours »; cependant, dans les feuilles de cheminement du « plan de soins » (PDS) MEDECARE, remplies par les PSSP à chaque quart de travail, les PSSP doivent signer pour confirmer les soins buccaux fournis à ce résident.

Le 22 avril 2015, l'inspectrice 547 a reçu de l'un des coordonnateurs de l'évaluation RAI (employé 121) une copie de la feuille de cheminement du PDS concernant les soins buccaux de ce résident pour le mois d'avril.

Cette feuille de cheminement indiquait que les soins buccaux, confirmés par la mention « dentiers/dents nettoyés », devaient être fournis durant le quart de jour et le quart de soir. Pour 21 jours d'avril jusqu'à ce jour, les soins buccaux du résident ont été documentés comme ayant été fournis 12 fois sur 21 durant le quart de jour et 4 fois sur 21 durant le quart de soir. Un entretien avec l'employé 121 a révélé que le personnel savait que si les feuilles de cheminement du PDS n'étaient pas remplies, cela signifiait que l'activité n'avait pas eu lieu. L'employé 121 a également indiqué, lors de l'examen de cette feuille de cheminement, que sur une période de 21 jours en avril, le résident n'avait pas reçu ses soins buccaux deux fois par jour, contrairement à ce qui était prévu dans son programme de soins.

Le 22 avril 2015, lors d'un entretien avec l'inspectrice 547, les employés 123 et 124 ont indiqué que le résident 011 était alerte et orienté et qu'il pouvait aider à diriger ses soins. Les employés 123 et 124 ont indiqué que le personnel autorisé devait vérifier auprès des PSSP s'ils ont effectivement brossé les dents au résident 011 durant les quarts de jour et de soir et qu'ils ont ensuite signé la feuille du dossier d'administration des médicaments. Les employés 123 et 124 ont indiqué qu'ils ont commencé à faire cela après que le résident est allé chez le dentiste en janvier 2015 et après avoir reçu des ordres indiquant que le résident devait deux fois par jour se faire brosser les dents et la langue et se faire passer la soie dentaire. Le médecin du foyer a également ordonné un jour de février 2015 que le brossage des dents et de la langue soit fait BID. Un examen de la feuille consignée au dossier d'administration des médicaments a révélé que le personnel autorisé avait fait une vérification durant chaque quart de jour et chaque quart de soir de ces 21 jours d'avril 2015. Cependant, quand l'inspectrice leur a demandé des clarifications sur leur documentation, les deux employés ont indiqué qu'ils n'avaient pas fait de vérification auprès du résident ni examiné ses dents pour assurer que les soins buccaux avaient bien été fournis. [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 : d'une part, que le programme de soins écrit des résidents établisse les soins prévus pour les comportements réactifs du résident 017, les lésions cutanées potentielles et les plaies des résidents 015 et 017, ainsi que la sonde à demeure du résident 004; d'autre part, que les résidents 009 et 011 reçoivent les soins buccaux prévus dans leur programme de soins. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 2 (Altercations et autres interactions entre les résidents).

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents, notamment :

- a) en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations;**
- b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en oeuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 54.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents, notamment :
b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en oeuvre. [Log #O-001927-15]

Un rapport d'incident critique a été présenté au directeur par le foyer un jour de mars 2015. Ce rapport concernait un incident de mauvais traitement entre deux résidents. Il a été signalé que l'après-midi précédent, le résident 019 était assis dans le salon et qu'un autre résident est venu s'asseoir dans le fauteuil à côté. Le résident 019 a poussé l'autre résident et s'est levé les poings fermés et a infligé un mauvais traitement d'ordre verbal. Le PSSP a empêché l'autre résident de tomber. Le résident 019 a été prié de s'asseoir dans son fauteuil et de ne frapper personne. Le résident 019 s'est assis et avait un air suspect sur le visage. Ce même jour, après le dîner, un visiteur a vu le résident 019 sortir violemment de sa chambre en jurant et en poussant le résident 020, qui était dans le couloir. Le résident 020 est tombé en arrière, s'est heurté la tête contre la main courante et est tombé par terre.

L'inspectrice 550 a examiné le dossier de santé du résident 019 pour la période du 1^{er} janvier au 29 mars 2015 et a remarqué dans les notes d'évolution que ce résident infligeait des mauvais traitements d'ordre verbal et physique à d'autres résidents :

1^{er} février : a infligé un mauvais traitement d'ordre verbal à un autre résident dans la salle à manger et a frappé la table.

17 février : a poussé un résident dans la chambre 187;

10 mars : a craché sur un autre résident au poste de soins infirmiers.

11 mars : a frappé un résident sur la joue droite dans la chambre 187 et a infligé un mauvais traitement d'ordre verbal. Le résident 019 a fait un geste comme s'il allait frapper un autre résident avec son ambulateur;

24 mars : le résident 019 ne tolère pas les autres résidents durant les repas et inflige des mauvais traitements d'ordre verbal. Il a poussé un autre résident avec son ambulateur de manière agressive;

26 mars : a menacé de frapper un résident dans la chambre 184;

29 mars : a poussé un autre résident qui était allé s'asseoir dans le fauteuil à côté de lui dans le salon, s'est levé les poings fermés et a infligé un mauvais traitement d'ordre verbal. Le résident 019 a poussé

le résident 020 dans le couloir; le résident est tombé en arrière, s'est heurté la tête contre la main courante et est tombé par terre.

Lors d'un entretien, l'employé 131 du Projet OSTC a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 019 infligeait souvent des mauvais traitements d'ordre physique aux résidents et au personnel. Il a indiqué que ce résident était une personne très solitaire; il n'aime pas être entouré d'autres personnes et aime rester dans sa chambre la porte fermée. Le résident 019 participe à certaines activités selon son humeur. L'employé 131 du Projet OSTC a indiqué à l'inspectrice qu'il ne pratiquait aucune activité individuelle avec le résident 019 à cause de la barrière linguistique; le résident 019 ne parle que le français, son discours est parfois incompréhensible et le personnel du Projet OSTC a une connaissance limitée du français. L'employé 131 du Projet OSTC a indiqué que le résident 019 se sentait piégé dans l'unité verrouillée et qu'il se fâchait parce qu'il ne pouvait pas quitter l'unité. Il a ajouté que, la dernière fois que le résident a été hospitalisé pour des comportements agressifs, le résident avait été renvoyé au foyer parce qu'il ne s'était pas montré agressif pendant son séjour à l'hôpital étant donné qu'il n'était pas dans l'unité verrouillée et qu'il pouvait se déplacer librement. L'employé 131 entend souvent le résident 019 dire qu'il veut sortir de l'unité. L'employé a indiqué l'été dernier qu'il emmenait le résident 019 se promener dehors et que le résident aimait cela mais il ne l'a pas fait depuis l'été dernier.

Les deux déclencheurs du comportement agressif du résident 019 identifiés par l'employé 131 du Projet OSTC n'ont pas été communiqués à l'équipe interdisciplinaire. Par conséquent, il a été impossible d'établir des interventions et de les mettre en œuvre pour répondre aux besoins du résident 019 et minimiser le risque d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre le résident 019 et les autres résidents. [par. 54 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 des mesures sont prises pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre le résident 019 et les autres résidents en identifiant les facteurs susceptibles de déclencher de telles altercations et en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 110 (Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique).

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

110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

1. Les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique.

110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

2. Les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées.

110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.

110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.

110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.

110. (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

Constatations :

1. Contrairement au par. 110 (7) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce, lors de chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser le résident 002, les renseignements suivants soient documentés : 1. Les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique; 2. Les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles étaient inappropriées; 5. le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu; 6. toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident; 7. tout dégagement de l'appareil et tout changement de position; 8. le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.

Le résident 002 a été admis au foyer en avril 2014 et il a été déterminé, lors de son évaluation, qu'il avait une déficience cognitive très sévère et que, pour lui, le risque de chute était élevé en raison de la diminution de ses capacités physiques et, entre autres, à cause de son incapacité à se déplacer. Depuis son admission, les transferts du résident 002 ont été effectués par deux personnes au moyen d'un lève-personne vers un fauteuil roulant qui est doté d'une ceinture abdominale à attache bleue standard.

Le résident est incapable de détacher la boucle de sa ceinture abdominale. Choisis pour le confort du résident sur le formulaire 833 (Ordonnance médicale d'un moyen de contention) depuis le moment de l'admission, la ceinture abdominale (lorsque le résident est dans son fauteuil roulant) et les deux côtés de lit (quand le résident est au lit) sont utilisés conformément à un ordre signé par le médecin pour les moyens de contention et conformément au consentement obtenu du mandataire, ainsi que l'a confirmé l'IAA 122.

Le résident 002 a été vu dans son fauteuil roulant avec sa ceinture de sécurité attachée au moyen de la boucle standard chaque matin les 14, 15, 16, 20, 21 et 22 avril 2015. Le résident 002 a été vu au lit avec les deux côtés de lit en place chaque après-midi.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 546 le 22 avril 2015, le PSSP 120 a confirmé que le résident 002 était dans un fauteuil roulant avec la ceinture de sécurité à boucle bleue standard attachée chaque matin pour le petit-déjeuner et qu'on le remettait au lit avec les deux côtés de lit en place chaque après-midi. Lorsqu'il lui a été demandé pourquoi le résident 002 avait une ceinture abdominale, l'employé 120 a répondu que c'était pour maintenir sa position et l'empêcher de glisser. Quand il lui a été demandé si le résident était changé de position, l'employé 120 a hésité avant de répondre que les résidents étaient surveillés et que des notes étaient consignées au dossier électronique (au point de service).

Le programme de soins du résident 002 indique les moyens de contention utilisés mais ne fournit pas de directives claires pour la réévaluation ou la surveillance du moyen de contention et n'indique pas quand le résident est dégagé du moyen de contention et changé de position ni la fréquence du

dégagement de l'appareil et du changement de position du résident. Un examen de tous les programmes de soins précédents depuis l'admission du résident 002 confirme la même chose.

En examinant l'information documentée sur la feuille de cheminement des moyens de contention (Formulaire de vérification quotidienne des contentions pour le mois d'avril 2015) utilisée par les PSSP, l'inspectrice 546 a remarqué de nombreuses omissions dans la documentation concernant le résident 002 au cours du mois d'avril 2015. Il a été noté que durant 10 quarts de jour sur 21 et 15 quarts de soir sur 21, il n'y avait pas de documentation indiquant le retrait des moyens de contention toutes les deux heures pendant la période d'éveil, ni de documentation indiquant le changement de position du résident toutes les deux heures pendant la période d'éveil. Il a également été noté que la feuille de cheminement des moyens de contention ne contenait pas les renseignements suivants :

- a) l'heure à laquelle le moyen de contention a été appliqué;
- b) l'évaluation, la réévaluation et la surveillance, y compris les réactions du résident;
- c) chaque dégagement de l'appareil et chaque changement de position;
- d) le moment du retrait de ce moyen de contention [alinéa 110 (7) 1].

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 110 (7), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que, lors de chaque utilisation d'un appareil de contention pour maîtriser le résident 011, les renseignements suivants soient documentés : 5. le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu; 6. toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident; 7. tout dégagement de l'appareil et tout changement de position; 8. le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.

Le 14 avril 2015, l'inspectrice 547 a vu le résident 011 portant une ceinture de sécurité comme moyen de contention dans son fauteuil roulant. Le résident 011 a été diagnostiqué d'un trouble neurologique et ne peut pas se servir de ses bras et de ses mains pour se dégager de ce moyen de contention. Cette ceinture de sécurité a été vue sur le résident chaque jour de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) lorsqu'il était assis dans son fauteuil roulant.

Le 21 avril 2015, l'inspectrice 547 a interrogé les employés 116 et 119 au sujet de la documentation indiquant qui a recours au moyen de contention et à quel moment le moyen de contention est appliqué au résident, et concernant l'évaluation, la réévaluation et la surveillance, le dégagement de l'appareil et le changement de position du résident, ainsi que le retrait de l'appareil chaque jour. Les employés 116 et 119 ont indiqué qu'ils cochaient ces éléments dans le système électronique de point de service (PDS) et qu'ils les documentaient manuellement sur une feuille de cheminement au poste de soins infirmiers.

Le 21 avril 2015, l'inspectrice 547 a examiné le document « Formulaire de vérification quotidienne

des contentions pour le mois d'avril 2015 » du résident 011, qui était incomplet durant la période de 21 jours jusqu'à ce jour pour avril 2015. Il a été noté que pour 17 quarts de jour sur 21 et 7 quarts de soir sur 20 aucune documentation n'avait été remplie concernant le retrait de l'appareil toutes les deux heures durant la période d'éveil ou le changement de position du résident toutes les deux heures durant la période d'éveil. Il a également été noté que ce document ne précisait pas :

- a) le moment où le recours à l'appareil avait eu lieu;
- b) l'évaluation, la réévaluation et la surveillance, y compris les réactions du résident;
- c) chaque dégagement de l'appareil et chaque changement de position;
- d) ni le moment du retrait de l'appareil utilisé pour le résident 011.

Le 22 avril 2015, quand l'inspectrice 547 a interrogé l'employé 121 au sujet du système PDS du foyer, l'employé 121 a indiqué que le foyer avait décidé de ne pas utiliser le système PDS pour consigner la surveillance des appareils et que le personnel devait remplir une liste de vérification manuelle pour ces appareils à chaque quart de travail. Le système PDS actuel est équipé pour surveiller le moment du recours à l'appareil, y compris le nom de la personne qui y a recours, les heures du changement de position à effectuer toutes les deux heures, attestées par un tampon indiquant le nom de l'employé qui a assuré cette intervention et l'heure à laquelle l'intervention a été complétée, ainsi que l'heure du retrait de l'appareil avec le nom de l'employé qui l'a retiré. L'employé 121 a indiqué qu'à sa connaissance, à l'heure actuelle, le foyer n'utilisait pas le système PDS pour consigner cette activité puisque l'information est consignée au moyen de la liste de vérification manuelle. [alinéa 110 (7) 5]

3. Le titulaire de permis n'a pas respecté le par. 110 (7) du Règlement de l'Ontario 79/10, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que, pour chaque recours à un appareil de contention pour maîtriser le résident 017, les renseignements suivants soient documentés : 5. le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu; 6. toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident; 7. tout dégagement de l'appareil et tout changement de position; 8. le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite.

Les 15, 21, 22 et 23 avril 2015, le résident 017 a été vu assis dans un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale à boucle frontale de 10 lb recouverte d'un manchon. Il est noté que le résident a une déficience cognitive et qu'il est incapable de détacher la ceinture abdominale et de l'enlever. Un examen du programme de soins du résident 017 indique qu'il présente un risque élevé de chutes.

Le 21 avril 2015, les employés 102 et 132 ont affirmé à l'inspectrice 117 que la ceinture abdominale du fauteuil roulant du résident 017 était un moyen de contention. Tous deux ont affirmé que le résident n'avait ni la capacité physique ni la capacité cognitive nécessaires pour détacher la ceinture abdominale. Selon l'IAA 107, la ceinture abdominale employée comme moyen de contention est utilisée depuis août 2014 pour la prévention des chutes.

Un examen du dossier de santé du résident montre que la ceinture abdominale a été ordonnée par le médecin traitant le 20 août 2014, que le mandataire du résident a donné son consentement et que le type de ceinture abdominale a été évalué par le personnel infirmier autorisé et le physiothérapeute du foyer. Les feuilles de surveillance concernant le recours à la contention, le changement de position du résident, le retrait de la ceinture abdominale ainsi que la surveillance des réactions du résident au recours à la contention ont été examinées par l'inspectrice 117 et les PSSP 102 et 132. Selon les PSSP, le personnel doit documenter le recours à la ceinture abdominale comme moyen de contention dans le système PDS électronique MEDECARE du foyer et également sur papier dans le « Formulaire de vérification quotidienne des contentions pour le mois d'avril 2015 ».

Un examen de ces deux documents a été fait en présence des PSSP 102 et 132 et de l'IAA 107 de l'unité. Il est noté que le personnel ne documente pas toujours l'utilisation et le retrait de la ceinture abdominale, le changement de position du résident et les réactions de celui-ci au recours à ce moyen de contention. Les renseignements consignés dans le formulaire du système MEDECARE indiquent que la ceinture abdominale a été utilisée 9 jours sur 22 en avril et la feuille de surveillance (document papier) indique que la ceinture abdominale a été utilisée 4 jours sur 22 en avril; il n'y a pas de corrélation entre les renseignements consignés sur les deux formulaires (électronique et papier). Il est également noté que la feuille de cheminement relative aux moyens de contention ne contient pas les renseignements suivants :

- a) le moment du recours à l'appareil de contention;
- b) l'évaluation, la réévaluation et la surveillance, y compris les réactions du résident;
- c) tout dégagement de l'appareil et tout changement de position du résident;
- d) le moment du retrait de l'appareil.

Comme l'ont indiqué les PSSP 102 et 132 et l'IAA 107 lors d'entretiens, la documentation des moyens de contention doit être assurée à chaque quart de travail dans les deux systèmes parce que certains renseignements se trouvent dans le système MEDECARE et d'autres se trouvent sur la feuille de surveillance. Le personnel interrogé a été incapable d'expliquer pourquoi les dossiers de surveillance des moyens de contention (électronique et papier) n'ont pas été remplis quand la ceinture abdominale est utilisée chaque jour.

Le 22 avril 2015, les inspectrices 117, 546 et 547 se sont entretenues avec la superviseuse des soins infirmiers du foyer à propos de ses procédures pour documenter le recours à la contention, le changement de position du résident, le retrait de la ceinture abdominale et la surveillance des réactions du résident au recours à la contention. La superviseuse des soins infirmiers a affirmé que depuis juillet 2014, après l'IQSR 2014 menée au sein du foyer, le foyer a changé sa façon de documenter le recours à la contention. Elle a indiqué que le système PDS MEDECARE ne fournissait pas des renseignements exacts sur le recours à la contention et le retrait des appareils de contention. La direction du foyer a décidé de demander aux PSSP de documenter sur une feuille de surveillance le recours à la contention, le changement de position du résident, le retrait de l'appareil et les réactions du résident au recours à la contention. La superviseuse des soins infirmiers a affirmé que tous les

PSSP et le personnel infirmier connaissaient leur obligation de documenter le recours à la contention, le changement de position du résident et le retrait de l'appareil sur les feuilles de surveillance. À chaque quart de travail, le personnel autorisé de l'unité doit veiller à documenter le recours à la contention au dossier d'administration des médicaments des résidents concernés.

La superviseure des soins infirmiers a affirmé que le personnel avait reçu une formation sur l'utilisation du formulaire papier. Elle affirme que le personnel reçoit régulièrement des rappels l'invitant à utiliser et à remplir le formulaire papier pour la documentation des renseignements nécessaires lors des réunions de l'équipe et au moyen de rappels électroniques dans le système MEDECARE lorsqu'il ouvre une session. La superviseure des soins infirmiers a examiné la documentation concernant la surveillance de la contention pour les résidents 002, 011 et 017, a confirmé que le personnel ne documentait pas le recours à la contention, le changement de position des résidents, le retrait de la ceinture abdominale et la surveillance des réactions des résidents au recours à la contention.
[alinéa 110 (7) 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 personnel documente le recours à la contention, le changement de position des résidents, le retrait de la ceinture abdominale employée comme moyen de contention et les réactions des résidents au recours à la contention. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 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 :

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.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles restent fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel du foyer.

L'inspectrice 547 a effectué une première visite du foyer le 13 avril 2015. Il est noté que les portes de la cuisinette s'ouvrent sur les unités du deuxième et du troisième étage. Dans les cuisinettes, à côté des réfrigérateurs, il y a des cafetières munies de réservoirs d'eau chaude qui distribuent de l'eau bouillante. Ces réservoirs d'eau chaude posent un important risque de brûlure pour les résidents de ces unités et ont été laissés ouverts et sans surveillance par le personnel à plusieurs reprises les 13, 14, 15 et 16 avril 2015, durant la première étape de l'inspection effectuée dans le cadre de l'IQSR.

Au cours de cette visite initiale, il a également été noté que la salle de toilette 1153, au rez-de-chaussée, près de la cuisine principale, et la salle de toilette 2151, au deuxième étage, n'étaient pas verrouillées et étaient accessibles aux résidents de ces étages. Les salles de toilette identifiées n'étaient pas équipées d'un système de sonnette d'appel ni de barres d'appui pour la sécurité des résidents. Un local électrique (salle 231) situé à l'extérieur du poste de soins infirmiers du deuxième étage et donnant sur les panneaux électriques et le panneau de commande du gicleur principal était ouvert et non verrouillé et rendait ceux-ci accessibles à n'importe qui dans cette aire résidentielle.

Le 20 avril 2015, l'inspectrice 547 a interrogé le superviseur des services environnementaux au sujet des portes non verrouillées donnant sur des aires non résidentielles du foyer. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que chacune de ces portes avait été verrouillée. Il a indiqué que les portes des cuisinettes du deuxième et du troisième étage étaient munies d'un dispositif de verrouillage et devaient rester fermées et verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées par le personnel, ceci en raison de l'eau bouillante qui s'y trouve. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que les salles de toilette et le local électrique avec système de gicleurs étaient munis de dispositifs de verrouillage, n'étaient pas des aires résidentielles et devaient rester fermés et verrouillés. [par. 9 (1) 2]

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, 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 chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité des résidents.

Les 13, 14 et 15 avril 2015, durant la première étape de l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR), les inspectrices 117, 546 et 547 ont remarqué que dans 11 chambres à coucher occupées par plus d'un résident, il n'y avait pas suffisamment de rideaux de séparation.

Le 19 avril 2015, l'inspectrice 547 a visité chaque chambre identifiée par les inspectrices et a confirmé que dans chacune de ces chambres occupées par plusieurs résidents, au deuxième et au troisième étage, les rideaux de séparation étaient séparés les uns des autres par des espaces allant de 19 pouces à quatre pieds. Il a également été noté, dans l'unité résidentielle sécurisée du premier étage, que les résidents du lit « B » de chaque chambre commune n'avaient pas de glissière pour le rideau devant leur lit. Dans l'une de ces chambres à coucher, la chambre 178, il n'y avait aucun rideau accroché.

L'inspectrice a ensuite interrogé le superviseur des services environnementaux au sujet de l'absence de rideaux de séparation dans les chambres communes du foyer. Le superviseur des services environnementaux a indiqué qu'il était conscient de ce problème, car les tuyaux du système de gicleurs de plusieurs chambres empêchaient les glissières à rideaux d'assurer l'intimité complète des résidents. Le foyer a acheté et obtenu un nouvel ensemble de rideaux et de glissières qui n'a pas encore été installé en raison des priorités du service d'entretien.

L'inspectrice 547 et le superviseur des services environnementaux ont visité les chambres de l'unité résidentielle du rez-de-chaussée; ce dernier a indiqué qu'il n'était pas au courant de l'absence de glissières pour rideaux devant les lits proches des fenêtres dans les chambres à coucher. Le superviseur des services environnementaux a également indiqué qu'il fallait mettre des rideaux dans la chambre 178 pour préserver l'intimité de chaque résident et que la situation actuelle n'était pas acceptable. Il a indiqué que le foyer prévoyait d'installer ces rideaux pour préserver l'intimité de chaque résident des chambres communes; cependant, la date d'installation des rideaux n'était pas connue. [art. 13]

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 33 (Bain).

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

33. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 33 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le 16 avril 2015, l'aidant naturel du résident 013 a exprimé ses inquiétudes à l'inspectrice 117 au sujet des bains du résident. L'aidant naturel a affirmé que des bains sont prévus pour le résident 013 le jeudi et le dimanche. L'aidant naturel a affirmé que le bain du jeudi ne posait pas de problème mais que souvent le résident ne prenait pas le bain qui est prévu pour lui le dimanche et que le bain n'était pas remis à plus tard dans la semaine.

Le résident 013 a une déficience cognitive avancée et requiert l'aide d'une personne pour les soins personnels, l'hygiène et le bain. Le programme de soins du résident et l'horaire des bains de l'unité indiquent que le résident doit prendre deux bains complets par semaine et que des bains sont prévus pour le jeudi et le dimanche. Un examen du dossier de santé du résident a révélé que le résident avait pris tous les bains prévus pour lui, sauf un dimanche d'avril 2015. Aucune explication de la raison pour laquelle le bain ne lui a pas été donné n'a été trouvée dans le dossier du résident ni ailleurs. Aucun renseignement n'a été trouvé, dans le dossier du résident, sur la possibilité de reporter à plus tard le bain manqué.

L'inspectrice 117 s'est entretenue avec le résident 022 le 22 avril 2015 au sujet des bains à donner dans l'unité. Le résident 022 est alerte, communique bien mais a une légère déficience cognitive. Le résident partage sa chambre avec son conjoint/sa conjointe, le résident 021, qui a une déficience cognitive avancée. Selon le résident 022, il/elle a pris deux bains par semaine jusqu'à il y a quelques semaines quand, soudain, le personnel a commencé à lui offrir et à lui faire prendre un seul bain par semaine. Le résident 022 affirme ne pas savoir pourquoi il y a eu un changement dans son horaire de bains. Le résident 022 a affirmé que les bains de son conjoint/sa conjointe avaient également changé et étaient passés de deux bains par semaine à un bain par semaine et ne savait pas très bien non plus pourquoi cela s'était produit. Les dossiers de santé des résidents 021 et 022 ont été examinés. Leurs dossiers de santé indiquent que les deux résidents doivent prendre un bain complet le mercredi et le samedi. Un examen de la documentation sur le programme de soins (PDS) consignée dans le système MEDECARE pour mars et avril indique ce qui suit :

- il y a eu deux jours en mars et quatre jours en avril où le résident 021 n'a pas pris de bain;
- il y a eu un jour en mars et quatre jours en avril où le résident 022 n'a pas pris de bain.

Aucun renseignement concernant la raison pour laquelle les bains n'ont pas été donnés n'a été trouvé dans les dossiers des résidents ni ailleurs. Aucun renseignement n'a été trouvé, dans les dossiers des résidents, sur la possibilité de reporter à plus tard les bains manqués.

L'inspectrice 117 a vérifié l'horaire des bains de plusieurs autres résidents de l'unité et a noté ce qui suit :

- résident 020 : le programme de soins indique que ce résident doit prendre deux bains par semaine le lundi et le jeudi. Selon la documentation au dossier, il y a eu trois jours en avril où aucun bain n'a été donné;

- résident 023 : le programme de soins indique que le résident doit prendre deux bains par semaine le mardi et le samedi. Selon la documentation au dossier, il y a eu un jour en mars et deux jours en avril où aucun bain n'a été donné;
- résident 025 : le programme de soins indique que le résident doit prendre deux bains par semaine le mercredi et le dimanche. Selon la documentation au dossier, il y a eu quatre jours en mars et deux jours en avril où aucun bain n'a été donné.

Aucun renseignement n'a été trouvé, dans les dossiers des résidents ni ailleurs, sur la raison pour laquelle les bains n'ont pas été donnés. Aucun renseignement n'a été trouvé, dans les dossiers des résidents, sur la possibilité de reporter à plus tard les bains manqués. Il est noté que les résidents 020, 023 et 025 ont une importante déficience cognitive et qu'ils ont été incapables de dire s'ils avaient ou non pris les bains qui étaient prévus à l'horaire.

Selon les entretiens avec les employés 102 et 106, l'horaire des bains établi pour les résidents de l'unité indique bien que chaque résident doit prendre deux bains par semaine. Quand le bain est terminé, ceci est documenté dans le système électronique MEDECARE. Si un résident refuse de prendre un bain en raison de comportements réactifs, ceci doit être documenté comme un « refus de prendre un bain » dans le système MEDECARE et l'IAA de l'unité doit consigner les comportements réactifs du résident dans les notes d'évolution. Le bain est ensuite reporté à un autre jour quand le résident est plus réceptif à l'idée prendre un bain. Cette procédure a été confirmée par l'IAA 107 de l'unité. Les membres du personnel interrogés ont été incapables de dire si les résidents avaient pris leurs bains ou non. Ils ont été incapables d'expliquer pourquoi les bains n'étaient pas documentés; si les bains prévus n'ont pas été donnés, ils n'étaient pas en mesure de dire pourquoi ils n'ont pas été reportés à plus tard ni pourquoi il n'y avait pas de documentation sur les raisons pour lesquelles les bains n'ont pas été donnés comme l'exigent leurs programmes de soins.

Le 23 avril 2015, l'inspectrice 117 a vérifié, auprès du directeur des soins et de la superviseuse des soins infirmiers, la procédure que le foyer observe pour documenter les bains dans le système MEDECARE et reporter à plus tard les bains manqués. Le directeur des soins et la superviseuse des soins infirmiers ont confirmé que les renseignements donnés par le personnel infirmier au sujet des bains des résidents sont exacts. Ils ont tous deux affirmé que si le résident refuse de prendre un bain en raison de certains comportements, ou pour toute autre raison, ceci doit être documenté dans les notes d'évolution et les bains refusés doivent être remis à plus tard. Le directeur des soins et la superviseuse des soins infirmiers ont examiné la documentation MEDECARE concernant les bains des résidents 013, 020, 021, 022, 023 et 025 et ont confirmé que ces résidents ne prenaient pas les deux bains hebdomadaires prévus pour eux. [par. 33 (1)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, 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 n'a pas veillé à ce le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

L'inspectrice 547 a effectué une visite du foyer le 13 avril 2015 et noté les renseignements suivants dans les salles de bain du foyer :

- Dans la salle de bain du troisième étage de l'aile Cartier, il y avait, dans le tiroir de la table à côté de la baignoire, un bac en plastique rose qui contenait deux coupe-ongles, un rasoir jetable, des ciseaux pour les cuticules et un rasoir électrique qui n'étaient pas identifiés.
- Dans la salle de bain et de douche du troisième étage, à côté des ascenseurs, il y avait une corbeille en plastique blanche qui contenait quatre coupe-ongles non identifiés. Une autre corbeille bleue plus grande contenait un bâton d'antisudorifique Secret qui avait déjà servi.
- Dans la salle de bain du deuxième étage de l'aile Spence, il y avait une armoire blanche dans laquelle se trouvaient des contenants à prothèse dentaire bleus étiquetés « clippers » avec sept coupe-ongles non identifiés et des rognures d'ongles au fond de l'un de ces contenants. Un autre contenant à prothèse dentaire contenait trois coupe-ongles étiquetés « Ongles » et un autre contenant à prothèse dentaire étiqueté « razors » contenait des bâtonnets à cuticules, un coupe-ongles non identifié et des rognures d'ongles au fond.
- Dans la salle de bain du deuxième étage de l'aile Cartier, il y avait un coupe-ongles non identifié sur la table à côté de la baignoire, ainsi que deux coupe-ongles dans le tiroir gauche de cette table et un savon Ivory blanc ouvert, sans contenant, posé sur le fond en bois du tiroir et qui semblait avoir été utilisé. Dans la salle de toilette commune à côté de cette salle de bain utilisée par les résidents de cette aile, il y avait un coupe-ongles non identifié sur une table à côté de la toilette.
- Dans la salle de bain du rez-de-chaussée de l'aile Cartier, il y avait une table à côté de la baignoire sur laquelle étaient posés une brosse à mains, quatre coupe-ongles et un batonnêt à cuticules avec poignée en plastique qui n'étaient pas identifiés.
- Dans la salle de bain de l'unité sécurisée du rez-de-chaussée, dans le chariot des articles pour le bain, à côté de la baignoire, il y avait un savon blanc qui avait déjà servi car il était très mince et on ne distinguait plus le nom dessus.

Lors d'un entretien le 20 avril 2015, le PSSP 115 a indiqué à l'inspectrice 547 que les coupe-ongles devaient être rangés dans la corbeille du résident mais que le personnel aimait en garder un à côté de la baignoire juste au cas où il en aurait besoin. L'employé 115 a ajouté qu'à sa connaissance, pour le moment, le foyer n'avait pas de méthode précise pour l'étiquetage des coupe-ongles.

Le même jour, les PSSP 112 et 113 ont indiqué que les coupe-ongles étaient rangés dans les salles de bain et qu'entre chaque usage pour les résidents, ils étaient nettoyés avec le nettoyant à baignoire ou le désinfectant pour les mains accroché au mur. L'inspectrice 547 a noté que la solution nettoyante pour la baignoire et la douche n'était pas un désinfectant à concentration élevée. Les deux PSSP ont indiqué qu'à des fins d'hygiène, les résidents devraient plutôt avoir leur coupe-ongles, leur savon et leur déodorant personnels au lieu de partager ceux qui se trouvent dans les salles de bain.

Le 20 avril 2015, la superviseure des soins infirmiers et le directeur des soins ont indiqué à l'inspectrice 547 que les coupe-ongles décrits plus haut et laissés dans les salles de bain, dans des contenants avec rognures d'ongles à l'intérieur, n'étaient probablement pas nettoyés entre chaque usage pour les résidents et ont indiqué que cela n'était pas acceptable ni hygiénique. La superviseure des soins infirmiers a ajouté qu'il n'y avait pas de raison pour que ces articles soient partagés entre les résidents du foyer puisque le foyer fournit les articles pour les soins personnels, notamment les brosses, le savon, les déodorants et les coupe-ongles. Le directeur des soins a indiqué que tous les articles pour les soins personnels doivent être identifiés au moyen d'un marqueur noir et que le savon ne doit être déballé que pour remplacer celui dans le contenant en plastique identifié au nom d'un résident et doit être gardé dans la corbeille de chaque résident étiquetée au nom de celui-ci. Le directeur des soins a également indiqué que le foyer suivait les recommandations du CCPMI (Comité consultatif provincial des maladies infectieuses).

Le 22 avril 2015, l'inspectrice 547 a examiné la politique ou procédure fournie par le directeur des soins pour le nettoyage du matériel destiné au soin des ongles, intitulée « Nettoyage et désinfection de l'équipement destiné aux soins » et mise à jour en mars 2014, indiquait ce qui suit :

1. Ceci s'applique à tout équipement destiné aux soins des résidents, notamment les fournitures et équipements pour soins des pieds, des ongles, rasoirs électriques ou autres.
2. Verser la solution HLD5 (accel) dans le cabaret en métal. Les instruments doivent être recouverts au complet par la solution.
3. Laisser tremper pendant 20 minutes.
4. Mettre une paire de gants et frotter chaque instrument avec une petite brosse trempée dans la solution.

Les employés 116 et 117 ont dit ne pas connaître ce protocole de nettoyage des coupe-ongles.

L'inspectrice 547 a examiné les meilleures pratiques pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel et des accessoires médicaux dans tous les milieux de soins fournis par le CCPMI, qui définissent le matériel de soin des ongles utilisé pour plusieurs résidents comme du matériel et des accessoires semi-critiques nécessitant une désinfection de haut niveau entre les usages et le matériel de soin des pieds comme du matériel et des accessoires critiques nécessitant une stérilisation.



**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 directeur des soins a indiqué qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas de mesures en place pour le nettoyage, la désinfection ou la stérilisation du matériel réutilisable ou partagé par plusieurs résidents et posant un risque potentiel d'infection croisée pour les résidents; il a également indiqué qu'il allait commander des coupe-ongles pour chaque résident du foyer et faire graver sur chaque coupe-ongles le numéro de chambre du résident à qui le coupe-ongles est destiné. [par. 229 (4)]

Date de délivrance : 26 mai 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.