



**Ministry of Long-Term
Care**

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

**Rapport d'inspection en vertu
de la Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée**

**Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Ottawa Service Area Office
347 Preston St Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie modifiée du rapport public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
26 mai 2020	2020_818502_0002 (M2)	022164-19	Suivi

Titulaire de permis

Comtés unis de Prescott et Russell
59, rue Court, case postale 304, L'Orignal ON K0B 1K0

Foyer de soins de longue durée

Résidence Prescott et Russell
1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY, ON K6A 1W7

Nom de l'inspectrice

Modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) - (M2)

Résumé de l'inspection modifié

**Une prolongation de la date limite de confirmite a ete accordee en
raison de la pandémie de COVID-19.**

Émis le 26 mai 2020 (M2)

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice.

**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**

**Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection des FSLD**

Ottawa Service Area Office
347 Preston St Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone : 613 569-5602
Facsimile : 613 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie modifiée du rapport public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
26 mai 2020	2020_818502_0002 (M2)	022164-19	Suivi

Titulaire de permis

Comtés unis de Prescott et Russell
59, rue Court, case postale 304, L'Original ON K0B 1K0

Foyer de soins de longue durée

Résidence Prescott et Russell
1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY, ON K6A 1W7

Nom de l'inspectrice

JULIENNE NGONLOGA (502) – (M2)

Résumé de l'inspection

Il s'agissait d'une inspection de suivi.

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 10 et 14 janvier 2020.

L'inspection concerne le registre n° 022164-19 relativement au suivi d'un ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2019_583117_0051.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), infirmière surveillante ou infirmier surveillant, superviseure ou superviseur en service alimentaire, diététiste agréée ou diététiste agréé, infirmière autorisée ou infirmier autorisé (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), et personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné les dossiers médicaux d'une personne résidente identifiée, elle a effectué une observation de la salle à manger et des collations, a observé la fourniture des repas, des collations et des boissons, a examiné le menu des boissons et des collations diététiques, ainsi que la politique et la marche à suivre pertinentes.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :
Observation de la restauration
Nutrition et hydratation
Observation des collations

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

2 AE
1 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

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 non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

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

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 concernant les dispositions suivantes :

Par. 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; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- 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).**

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

Constatations :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté pour personne résidente 004 un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour elle.**

**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**

À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a effectué une observation de la salle à manger d'une aire de soins particulière dans le cadre du suivi d'un ordre de conformité de l'inspection n° 2019_583117_0051.

La personne résidente 004 était assise à la table de la salle à manger et il y avait des serviettes avec des couverts à sa place. La PSSP 102 avait assisté la personne résidente pour le repas, puis s'était éloignée en laissant les serviettes de table sur la table de la salle à manger.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 004 indiquait au personnel de ne pas laisser de serviettes de table à la place où la personne résidente s'assied dans la salle à manger en raison du risque d'étouffement, car elle les mettra dans la bouche.

Lors d'un entretien, la PSSP 102 a indiqué qu'au moment de son admission la personne résidente 004 mettait dans la bouche n'importe quel article qu'on laissait sur la table, et qu'elle présentait un risque élevé de s'étouffer. La PSSP a déclaré que l'état de santé de la personne résidente s'était détérioré, et qu'elle n'était pas capable de prendre et manger quoi que ce soit sans assistance.

Lors d'entretiens distincts, l'IA 103 et l'infirmière surveillante ou l'infirmier surveillant (IS) 105 ont indiqué que les membres du personnel infirmier étaient censés réviser et mettre à jour le programme de soins de chaque personne résidente tous les trimestres. L'IA et l'IS ont reconnu que l'on aurait dû retirer l'intervention susmentionnée du programme de soins de la personne résidente, car son état de santé avait changé. Ainsi, le programme de soins n'établissait pas les soins prévus pour la personne résidente 004, car le personnel laissait les serviettes de table à la place de celle-ci sur la table de la salle à manger. [Alinéa 6. (1)a]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis aux personnes résidentes 001, 003, 005 et 006 tel que le précise le programme.

Le 29 novembre 2019, un ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2019_583117_0051 a été émis en raison de la non-conformité du titulaire de permis au paragraphe 6 (7) de la LFSLD.

On avait ordonné au titulaire de permis de se conformer au paragraphe 6 (7) de la LFSLD 2007.

En particulier, le titulaire de permis aurait dû :

- a) veiller à ce que les soins pour la personne résidente 002, et pour toute autre personne résidente qui suit un régime thérapeutique composé d'aliments en purée et un régime pour diabétiques, leur soient fournis tel que le précisent leurs programmes de soins, lors de la fourniture de boissons et de collations;
- b) examiner avec toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) le menu des boissons et des collations diététiques, en particulier pour ce qui concerne les options de collations des régimes thérapeutiques composés d'aliments en purée et des régimes pour diabétiques; mesurer de façon hebdomadaire dans toutes les unités pendant une durée de trois (3) semaines consécutives la conformité au menu des boissons et des collations diététiques et prendre les mesures correctrices nécessaires si les PSSP ne se conforment pas au menu établi;
- c) consigner dans un dossier tout ce qui est exigé au point b).

Lors de l'inspection actuelle (2020_818502_0002) on a déterminé que le titulaire de permis ne s'était pas conformé au paragraphe 6 (7) de la LFSLD cité dans l'OC n° 001 en ce qui a trait aux personnes résidentes 001, 003, 005 et 006. Ainsi, le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 6 (7) de la LFSLD en ne veillant pas à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à ces personnes résidentes tel que le précise le programme.

À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a observé la PSSP 101 qui assistait la personne résidente 003 pour le repas. La boisson de la personne résidente 003 était épaissie d'une façon particulière et la PSSP utilisait une cuillère à café pour aider la personne résidente.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 003 mentionnait un état pathologique particulier, et le programme de soins exigeait que les liquides aient une consistance déterminée et soient servis dans une aide à l'alimentation adaptée pour veiller à se conformer au programme de soins.

Lors d'entretiens distincts, les PSSP 101 et 102 ont indiqué qu'elles étaient au courant des exigences en matière de régime alimentaire pour la personne résidente 003, mais qu'elles avaient modifié à la baisse la consistance du liquide pour qu'il corresponde à une autre consistance. Les PSSP 101 et 102 ont indiqué que la plupart des PSSP le faisaient régulièrement, car le liquide ne dégouttait pas de la bouche de la personne résidente et qu'il était plus facile de l'alimenter. Elles ont également déclaré que modifier à la baisse la consistance du liquide ne faisait pas courir de danger à la personne résidente, parce que

**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**

le liquide était plus épais que ce dont la personne résidente avait besoin. Les PSSP ont déclaré ne pas avoir communiqué le changement au personnel infirmier autorisé ni à la diététiste agréée ou au diététiste agréé.

Lors d'un entretien, l'IAA 104 a déclaré que la PSSP 101 ne l'avait pas consulté(e) avant de donner à la personne résidente un liquide de consistance différente. L'IAA a indiqué être au courant que les PSSP, sans informer les infirmières ou les infirmiers, prenaient l'initiative de modifier à la baisse la texture de la nourriture et la consistance de la boisson de la personne résidente si elles pensaient que celle-ci ne pourrait pas supporter le régime alimentaire prescrit. L'IAA a indiqué qu'un mois avant cette inspection, la PSSP 101 avait servi à la personne résidente 008 des aliments d'une certaine texture et des liquides d'une certaine consistance au lieu du régime alimentaire qui lui était prescrit. L'IAA avait fait rapport de l'incident à l'infirmière surveillante ou à l'infirmier surveillant (IS) 108.

Lors d'un entretien, l'IS 108 a déclaré que les PSSP étaient censées servir aux personnes résidentes le régime alimentaire qui leur était prescrit et faire part de toute inquiétude au personnel infirmier autorisé qui envoie un aiguillage à la diététiste agréée ou au diététiste agréé. L'IS 108 a indiqué qu'il n'incombait pas aux PSSP ni aux infirmières ou infirmiers de changer de catégorie le régime alimentaire d'une personne résidente. L'IS a également dit ne pas être au courant que les PSSP agissaient de la sorte, et a reconnu que la PSSP 101 n'avait pas fourni à la personne résidente 003 la consistance de liquide susmentionnée tel que le précisait le programme de soins. [Paragraphe 6. (7)]

3. À une date et une heure déterminées, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente 005 avait des symptômes particuliers pendant qu'elle buvait une boisson d'une certaine consistance.

Un examen de l'évaluation nutritionnelle de la personne résidente 005 indiquait que l'on avait changé son régime alimentaire pour adopter une texture et une consistance de liquides déterminées, car la personne résidente avait les symptômes susmentionnés pendant un repas. La diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) 106 avait documenté que la consistance déterminée du liquide était plus sûre pour la personne résidente.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 005 mentionnait un diagnostic comprenant notamment un accident vasculaire cérébral (AVC). Le programme de soins écrit indiquait que la personne résidente 005 devait boire des liquides à consistance de miel et manger de façon autonome avec supervision.

**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**

Lors d'un entretien, la PSSP 100 a déclaré être au courant que la personne résidente 005 nécessitait des liquides de la consistance susmentionnée. La PSSP 100 a reconnu que la boisson servie à la personne résidente 005 n'était pas épaissie à la consistance requise, car la PSSP n'avait pas suivi la directive pour épaissir la boisson en question.

Lors d'un entretien, l'IS 108 a reconnu que la PSSP 100 n'avait pas fourni à la personne résidente 005 une boisson de la consistance susmentionnée comme on le précisait dans le programme de soins. [Paragraphe 6. (7)]

4. À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a observé la PSSP 107 qui servait à la personne résidente 006 une boisson d'une certaine consistance.

Un examen de l'évaluation nutritionnelle de la personne résidente 006 indiquait que l'on avait changé de catégorie son régime alimentaire, car le personnel avait remarqué que la personne résidente avait un état pathologique particulier à de multiples reprises pendant les soins mentionnés. La ou le DA 106 avait documenté que la consistance indiquée était plus sûre pour la personne résidente.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 006 mentionnait un certain état pathologique et exigeait une consistance de liquide particulière.

Lors d'un entretien, la PSSP 107 a indiqué être au courant des exigences concernant la consistance des liquides pour la personne résidente 006. La PSSP 107 a reconnu que la boisson préparée pour la personne résidente 006 n'avait pas la consistance spécifiée, car elle n'avait pas suivi la recette.

Lors d'un entretien, l'IS 108 a reconnu que la PSSP 107 n'avait pas fourni à la personne résidente 006 du café à consistance de nectar comme le précisait le programme de soins. [Paragraphe 6. (7)]

5. À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a observé l'IAA 109 qui assistait la personne résidente 001 pour des soins particuliers.

Un examen de l'ordonnance de la ou du médecin indiquait de lui donner des liquides d'une consistance particulière.

**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 examen de l'évaluation nutritionnelle de la personne résidente 001 et de son programme de soins écrit actuel indiquait qu'elle avait fait l'objet d'un diagnostic particulier et d'un traitement déterminé. À la suite de son hospitalisation, la personne résidente avait convenu de prendre des aliments et des liquides d'une certaine consistance lors d'un service de repas déterminé. La ou le DA 106 avait documenté que la personne résidente présentait un risque élevé d'avoir un certain état pathologique.

Lors d'un entretien commun, les IAA 109 et 114 ont déclaré être au courant de l'ordonnance concernant le régime alimentaire et l'ingestion d'aliments susmentionnés de la personne résidente 001. Les IAA ont indiqué avoir modifié à la baisse la consistance des liquides parce que la personne résidente ne tolérait pas le régime alimentaire susmentionné. Les IAA n'ont pas été en mesure de mentionner quelle était la consistance des liquides pour la personne résidente 001. Les IAA ont indiqué ne pas avoir envoyé d'aiguillage à la diététiste agréée ou au diététiste agréé quand les symptômes continuels de la personne résidente que l'on avait identifiés pendant le service des repas suscitaient leur inquiétude, ou quand ils ou elles ne lui avaient pas donné un liquide de la consistance déterminée conformément au programme de soins.

Lors d'un entretien, la ou le DA a indiqué que la personne résidente 001 avait eu une évaluation d'orthophoniste avant son admission au foyer, et qu'elle présentait un risque élevé d'avoir l'état pathologique susmentionné. Le régime alimentaire de la personne résidente lors de son admission et les aliments qu'elle ingérait étaient particuliers et visaient à améliorer sa qualité de vie. Par conséquent, la personne résidente aura toujours les symptômes susmentionnés pendant un repas.

La ou le DA a déclaré que depuis son admission au foyer, la personne résidente avait été hospitalisée à deux reprises en raison de l'état pathologique susmentionné. La ou le DA a déclaré ne pas être au courant du processus que le personnel infirmier utilisait pour changer de catégorie le régime alimentaire de la personne résidente. La ou le DA a déclaré ne pas avoir effectué d'évaluation de la déglutition, ne pas avoir adressé la personne résidente à une ou un orthophoniste, et ne pas avoir discuté avec le médecin traitant en ayant eu connaissance du fait que le personnel infirmier ne donnait pas à la personne résidente des liquides à consistance de miel conformément au programme de soins.

La personne résidente avait été évaluée par l'orthophoniste avant son admission au foyer et elle nécessitait des liquides d'une certaine consistance. Le personnel infirmier craignait de fournir ce régime alimentaire, car la personne résidente présentait continuellement un symptôme particulier. Sans directive de la part de la ou du DA, de l'orthophoniste ou bien de la ou du médecin traitant pour savoir s'il fallait modifier l'ordonnance du régime

**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**

alimentaire prescrit, le personnel infirmier avait modifié à la baisse la des liquides de la personne résidente. À la suite de l'épisode d'un certain état pathologique, la ou le DA s'était rendu compte que l'infirmière ou l'infirmier n'offrait pas à la personne résidente le régime alimentaire prescrit tel que le précisait le programme de soins. On n'avait pas pris les mesures nécessaires, notamment une réévaluation ou un aiguillage vers une ou un orthophoniste pour veiller au respect de l'ordonnance de régime alimentaire de la personne résidente pendant les repas et les collations. Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas fourni les soins tel que le précisait le programme de soins.

[Paragraphe 6 (7)]

Autres mesures requises :

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

(M2)

L'ordre suivant a été modifié : OC n° 001.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 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; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis, lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une marche à suivre, n'a pas veillé à ce que la marche à suivre soit respectée.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (1), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée était tenu de veiller au respect des règles suivantes à l'égard de

**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**

chacun des programmes structurés exigés aux articles 8 à 16 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 48 du présent règlement :

1. Doit être consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Plus précisément, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la marche à suivre révisée mise en place en janvier 2020, pour préparer du thé et du café à consistance de nectar et de miel.

Un examen de la marche à suivre du titulaire de permis pour préparer du thé et du café à consistance de nectar et de miel indiquait au personnel de verser du café jusqu'à la hauteur de l'anse de la tasse. Puis d'ajouter deux pelles à pâtisserie de poudre épaississante pour obtenir une consistance de nectar, et trois pour avoir une consistance de miel. Au besoin, si l'on devait ajouter du lait, le personnel devait utiliser du lait préemballé à consistance de nectar ou de miel.

À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a effectué une observation des collations à certains étages dans le cadre du suivi de l'inspection n° 2019_583117_0051.

Lors de la première observation, la personne résidente 006 a demandé une certaine boisson. La PSSP 107 n'a pas suivi la marche à suivre pour préparer une boisson à consistance de nectar et de miel susmentionnée, car la boisson servie à la personne résidente n'était pas épaissie à la consistance désirée.

Un examen de la page d'accueil du système Medicare du foyer dénotait la présence d'une note de service de la superviseure ou du superviseur en service alimentaire. La note de service informait le personnel qu'il y avait une nouvelle marche à suivre pour épaissir le thé et le café, qu'on l'avait ajoutée aux chariots à collations et à la cuisinette et que le personnel devait la suivre pour les repas et les collations.

Lors d'entretiens distincts, les PSSP 107, 111 et 113 ont déclaré ne pas être au courant de la marche à suivre, parce qu'elles lisent ce qui figure dans le système Medicare quand elles commencent leur documentation, et non pas en début de poste de travail.

Lors d'entretiens distincts, l'IAA 104 et l'IS 108 ont déclaré qu'il incombait aux PSSP de prendre connaissance de tout changement concernant les soins de la personne résidente, y compris de la note de service affichée dans le système Medicare. L'IAA et l'IS ont reconnu que la PSSP 107 n'avait pas préparé la boisson selon la marche à suivre affichée sur le chariot à collations. Par conséquent, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la marche à suivre pour préparer du café à consistance de nectar et de miel. [Alinéa 8. (1)a), alinéa 8. (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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller au respect de l'exigence selon laquelle lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une marche à suivre, il veille à ce que la marche à suivre soit respectée. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 26 mai 2020. (M2)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Ordre(s) de l'inspecteur

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.

**Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Inspection des FSLD**

Copie modifiée du rapport public

Nom de l'inspectrice (n°) : Modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) – (M2)

N° de l'inspection : 2020_818502_0002 (M2)

N° de registre : 022164-19 (M2)

Type d'inspection : Suivi

Date du rapport : 27 février 2020 (M2)

Titulaire de permis : Comtés unis de Prescott et Russell
59, rue Court, case postale 304, L'Orignal ON K0B 1K0

Foyer de SLD : Résidence Prescott et Russell
1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY, ON K6A-1W7

**Nom de l'administratrice
ou de l'administrateur :**
Alexandre Gorman

À l'intention des Comtés unis de Prescott et Russell, vous êtes tenus par les
présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates
mentionnées ci-dessous :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

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.

Ordre n° : 001

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

Lien vers ordre existant : 2019_583117_0051, OC n° 001

Aux termes de la :

LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 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).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer à la LFSLD 2007, par. 6 (7).

En particulier, le titulaire de permis doit :

a) veiller à ce que les soins prévus pour les personnes résidentes 001, 003, 005 et 006, et pour toute autre personne résidente concernant tout régime alimentaire modifié, notamment la consistance des liquides et la texture des aliments, soient fournis aux personnes résidentes tel que le précisent leurs programmes de soins pendant les repas et les collations;

b) veiller à ce que le personnel infirmier et le personnel du service de diététique collaborent à la mise en œuvre des soins prévus pour les personnes résidentes 001, 003, 005 et 006, et pour toute autre personne résidente, afin que le respect du régime alimentaire modifié soit uniforme lors des repas et des collations;

c) diriger aux fins de réévaluation les personnes résidentes 001 et 003, et toute autre personne résidente dont on remarque qu'elles ont de la difficulté à tolérer leur régime alimentaire prescrit, vers la diététiste agréée ou le diététiste agréé ou vers une ressource externe, notamment une ou un orthophoniste;

d) mesurer la conformité au régime alimentaire prescrit de la personne résidente pendant les services de repas et de collations sur une base hebdomadaire dans toutes les unités, et prendre les mesures correctives nécessaires quand le personnel chargé des soins directs ne se conforme pas au régime alimentaire prescrit lorsqu'il assiste la personne résidente pendant un repas et une collation;

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

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.

e) consigner dans un dossier tout ce qui est exigé aux points b), c) et d).

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis aux personnes résidentes 001, 003, 005 et 006 tel que le précise le programme.

Le 29 novembre 2019, un ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2019_583117_0051 a été émis en raison de la non-conformité du titulaire de permis au paragraphe 6 (7) de la LFSLD.

On avait ordonné au titulaire de permis de se conformer au paragraphe 6 (7) de la LFSLD 2007.

En particulier, le titulaire de permis aurait dû :

d) veiller à ce que les soins pour la personne résidente 002, et pour toute autre personne résidente qui suit un régime thérapeutique composé d'aliments en purée et un régime pour diabétiques, leur soient fournis tel que le précisent leurs programmes de soins, lors de la fourniture de boissons et de collations;

e) examiner avec toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) le menu des boissons et des collations diététiques, en particulier pour ce qui concerne les options de collations des régimes thérapeutiques composés d'aliments en purée et des régimes pour diabétiques; mesurer de façon hebdomadaire dans toutes les unités pendant une durée de trois (3) semaines consécutives la conformité au menu des boissons et des collations diététiques et prendre les mesures correctrices nécessaires si les PSSP ne se conforment pas au menu établi;

f) consigner dans un dossier tout ce qui est exigé au point b).

Lors de l'inspection actuelle (2020_818502_0002) on a déterminé que le titulaire de permis ne s'était pas conformé au paragraphe 6 (7) de la LFSLD cité dans l'OC n° 001 en ce qui a trait aux personnes résidentes 001, 003, 005 et 006. Ainsi, le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 6 (7) de la LFSLD en ne veillant pas à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à ces personnes résidentes tel que le précise le programme.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

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.

À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a observé la PSSP 101 qui assistait la personne résidente 003 pour le repas. La boisson de la personne résidente 003 était épaissie d'une façon particulière et la PSSP utilisait une cuillère à café pour aider la personne résidente.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 003 mentionnait un état pathologique particulier, et le programme de soins exigeait que les liquides aient une consistance déterminée et soient servis dans une aide à l'alimentation adaptée pour veiller à se conformer au programme de soins.

Lors d'entretiens distincts, les PSSP 101 et 102 ont indiqué qu'elles étaient au courant des exigences en matière de régime alimentaire pour la personne résidente 003, mais qu'elles avaient modifié à la baisse la consistance du liquide pour qu'il corresponde à une autre consistance. Les PSSP 101 et 102 ont indiqué que la plupart des PSSP le faisaient régulièrement, car le liquide ne dégouttait pas de la bouche de la personne résidente et qu'il était plus facile de l'alimenter. Elles ont également déclaré que modifier à la baisse la consistance du liquide ne faisait pas courir de danger à la personne résidente, parce que le liquide était plus épais que ce dont la personne résidente avait besoin. Les PSSP ont déclaré ne pas avoir communiqué le changement au personnel infirmier autorisé ni à la diététiste agréée ou au diététiste agréé.

Lors d'un entretien, l'IAA 104 a déclaré que la PSSP 101 ne l'avait pas consulté(e) avant de donner à la personne résidente un liquide de consistance différente. L'IAA a indiqué être au courant que les PSSP, sans informer les infirmières ou les infirmiers, prenaient l'initiative de modifier à la baisse la texture de la nourriture et la consistance de la boisson de la personne résidente si elles pensaient que celle-ci ne pourrait pas supporter le régime alimentaire prescrit. L'IAA a indiqué qu'un mois avant cette inspection, la PSSP 101 avait servi à la personne résidente 008 des aliments d'une certaine texture et des liquides d'une certaine consistance au lieu du régime alimentaire qui lui était prescrit. L'IAA avait fait rapport de l'incident à l'infirmière surveillante ou à l'infirmier surveillant (IS) 108.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

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.

Lors d'un entretien, l'IS 108 a déclaré que les PSSP étaient censées servir aux personnes résidentes le régime alimentaire qui leur était prescrit et faire part de toute inquiétude au personnel infirmier autorisé qui envoie un aiguillage à la diététiste agréée ou au diététiste agréé. L'IS 108 a indiqué qu'il n'incombait pas aux PSSP ni aux infirmières ou infirmiers de changer de catégorie le régime alimentaire d'une personne résidente. L'IS a également dit ne pas être au courant que les PSSP agissaient de la sorte, et a reconnu que la PSSP 101 n'avait pas fourni à la personne résidente 003 la consistance de liquide susmentionnée tel que le précisait le programme de soins. (502)

2. À une date et une heure déterminées, l'inspectrice a remarqué que la personne résidente 005 avait des symptômes particuliers pendant qu'elle buvait une boisson d'une certaine consistance.

Un examen de l'évaluation nutritionnelle de la personne résidente 005 indiquait que l'on avait changé son régime alimentaire pour adopter une texture et une consistance de liquides déterminées, car la personne résidente avait les symptômes susmentionnés pendant un repas. La diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) 106 avait documenté que la consistance déterminée du liquide était plus sûre pour la personne résidente.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 005 mentionnait un diagnostic comprenant notamment un accident vasculaire cérébral (AVC). Le programme de soins écrit indiquait que la personne résidente 005 devait boire des liquides à consistance de miel et manger de façon autonome avec supervision.

Lors d'un entretien, la PSSP 100 a déclaré être au courant que la personne résidente 005 nécessitait des liquides de la consistance susmentionnée. La PSSP 100 a reconnu que la boisson servie à la personne résidente 005 n'était pas épaissie à la consistance requise, car la PSSP n'avait pas suivi la directive pour épaissir la boisson en question.

Lors d'un entretien, l'IS 108 a reconnu que la PSSP 100 n'avait pas fourni à la personne résidente 005 une boisson de la consistance susmentionnée comme on le précisait dans le programme de soins. (502)

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

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.

3. À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a observé la PSSP 107 qui servait à la personne résidente 006 une boisson d'une certaine consistance.

Un examen de l'évaluation nutritionnelle de la personne résidente 006 indiquait que l'on avait changé de catégorie son régime alimentaire, car le personnel avait remarqué que la personne résidente avait un état pathologique particulier à de multiples reprises pendant les soins mentionnés. La ou le DA 106 avait documenté que la consistance indiquée était plus sûre pour la personne résidente.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 006 mentionnait un certain état pathologique et exigeait une consistance de liquide particulière.

Lors d'un entretien, la PSSP 107 a indiqué être au courant des exigences concernant la consistance des liquides pour la personne résidente 006. La PSSP 107 a reconnu que la boisson préparée pour la personne résidente 006 n'avait pas la consistance spécifiée, car elle n'avait pas suivi la recette.

Lors d'un entretien, l'IS 108 a reconnu que la PSSP 107 n'avait pas fourni à la personne résidente 006 du café à consistance de nectar comme le précisait le programme de soins. (502)

4. À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a observé l'IAA 109 qui assistait la personne résidente 001 pour des soins particuliers.

Un examen de l'ordonnance de la ou du médecin indiquait de lui donner des liquides d'une consistance particulière.

Un examen de l'évaluation nutritionnelle de la personne résidente 001 et de son programme de soins écrit actuel indiquait qu'elle avait fait l'objet d'un diagnostic particulier et d'un traitement déterminé. À la suite de son hospitalisation, la personne résidente avait convenu de prendre des aliments et des liquides d'une certaine consistance lors d'un service de repas déterminé. La ou le DA 106 avait documenté que la personne résidente présentait un risque élevé d'avoir un certain état pathologique.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

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.

Lors d'un entretien commun, les IAA 109 et 114 ont déclaré être au courant de l'ordonnance concernant le régime alimentaire et l'ingestion d'aliments susmentionnés de la personne résidente 001. Les IAA ont indiqué avoir modifié à la baisse la consistance des liquides parce que la personne résidente ne tolérait pas le régime alimentaire susmentionné. Les IAA n'ont pas été en mesure de mentionner quelle était la consistance des liquides pour la personne résidente 001. Les IAA ont indiqué ne pas avoir envoyé d'aiguillage à la diététiste agréée ou au diététiste agréé quand les symptômes continuels de la personne résidente que l'on avait identifiés pendant le service des repas suscitaient leur inquiétude, ou quand ils ou elles ne lui avaient pas donné un liquide de la consistance déterminée conformément au programme de soins.

Lors d'un entretien, la ou le DA a indiqué que la personne résidente 001 avait eu une évaluation d'orthophoniste avant son admission au foyer, et qu'elle présentait un risque élevé d'avoir l'état pathologique susmentionné. Le régime alimentaire de la personne résidente lors de son admission et les aliments qu'elle ingérait étaient particuliers et visaient à améliorer sa qualité de vie. Par conséquent, la personne résidente aura toujours les symptômes susmentionnés pendant un repas.

La ou le DA a déclaré que depuis son admission au foyer, la personne résidente avait été hospitalisée à deux reprises en raison de l'état pathologique susmentionné. La ou le DA a déclaré ne pas être au courant du processus que le personnel infirmier utilisait pour changer de catégorie le régime alimentaire de la personne résidente. La ou le DA a déclaré ne pas avoir effectué d'évaluation de la déglutition, ne pas avoir adressé la personne résidente à une ou un orthophoniste, et ne pas avoir discuté avec le médecin traitant en ayant eu connaissance du fait que le personnel infirmier ne donnait pas à la personne résidente des liquides à consistance de miel conformément au programme de soins.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

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.

La personne résidente avait été évaluée par l'orthophoniste avant son admission au foyer et elle nécessitait des liquides d'une certaine consistance. Le personnel infirmier craignait de fournir ce régime alimentaire, car la personne résidente présentait continuellement un symptôme particulier. Sans directive de la part de la ou du DA, de l'orthophoniste ou bien de la ou du médecin traitant pour savoir s'il fallait modifier l'ordonnance du régime alimentaire prescrit, le personnel infirmier avait modifié à la baisse la consistance des liquides de la personne résidente. À la suite de l'épisode d'un certain état pathologique, la ou le DA s'était rendu compte que l'infirmière ou l'infirmier n'offrait pas à la personne résidente le régime alimentaire prescrit tel que le précisait le programme de soins. On n'avait pas pris les mesures nécessaires, notamment une réévaluation ou un aiguillage vers une ou un orthophoniste pour veiller au respect de l'ordonnance de régime alimentaire de la personne résidente pendant les repas et les collations. Par conséquent, le titulaire de permis n'a pas fourni les soins tel que le précisait le programme de soins.

Nous avons déterminé que la gravité de ce problème était de niveau 2, car il y avait un risque minime pour les personnes résidentes. L'étendue de ce problème était de niveau 2, car quatre des huit personnes résidentes dont nous avons examiné le cas ont été affectées. Le foyer avait des antécédents de niveau 4, car on lui avait émis de nouveau un avis de non-conformité pour la même disposition de la LFSLD.

En raison de la gravité du problème, de l'étendue du préjudice et des antécédents, un ordre de conformité est justifié. (502)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 24 juillet 2020 (M2)

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

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.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION
ET AUX APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

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.

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la
registrator(e) Commission d'appel
et de révision des services de
santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 1S4

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 26 mai 2020 (M2).

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : **Modifié par** Julienne NgoNloga (502) – (M2)

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa