



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 29 juillet 2016	Numéro d'inspection 2016_289550_0023	N° de registre 010582-16	Type d'inspection Plainte
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE SAINT-LOUIS 879, CHEMIN PARC HIAWATHA OTTAWA ON K1C 2Z6			
Nom de l'inspectrice JOANNE HENRIE (550)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une plainte.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 21, 22, 27, 28, 29 et 30 juin, et 4, 5, 6, 7 et 8 juillet 2016.

Cette inspection porte sur une plainte concernant les services de soins personnels et les soins liés à l'incontinence.

Autres registres inspectés au même moment que cette inspection : n^{os} 008860-16, 008256-16, 013692-16, 012692-16, 021122-15 et 022499-15.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : directeur général, administratrice et responsable clinique, directrice des soins (DDS), éducatrice clinique, superviseur de l'environnement, chef des services de diététique, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), personne résidente et famille.

De plus, l'inspectrice a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes et la politique du foyer en matière de plaintes. L'inspectrice a observé les soins et les services aux personnes résidentes, l'interaction entre le personnel et les personnes résidentes et les services de repas.

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Observation du service de restauration

Médicaments

Services de soutien personnel

Rapports et plaintes

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

8 AE

6 PRV

0 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. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

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 l'article 101 du Règl. De l'Ont.
Traitement des plaintes**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 101 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

- 1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement. Règl. de l'Ont. Par. 101 (1).**

Par. 101 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).**
- b) la date de réception de la plainte; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).**
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).**
- d) le règlement définitif, le cas échéant; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).**
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).**
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque plainte écrite qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à une personne résidente ou concernant l'exploitation du foyer ait fait l'objet d'une enquête et d'un règlement dans la mesure du possible, et d'une réponse fournie dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte, et que s'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à une ou plusieurs personnes résidentes, l'enquête est menée immédiatement.

Registre n° 022499-15

Le 18 juillet 2015, dans une communication par courriel émanant de l'infirmière surveillante de nuit n° 236 et adressée au directeur général, à l'administratrice et responsable clinique, à la directrice des soins avec copie à trois autres membres du personnel, on indiquait que la personne résidente n° 039 était insatisfaite des soins et des services reçus; il y avait notamment une plainte concernant le manque de nourriture servie au dîner durant le service de repas du soir du 17 juillet 2015, et le fait que la personne résidente avait faim et que le personnel l'avait ignorée. La personne résidente demandait également dans le cadre de sa plainte à l'infirmière surveillante d'avoir accès à son dossier médical. Le document précisait que l'infirmière surveillante avait contacté l'IA de service pour veiller à ce que l'on offre immédiatement de la nourriture à la personne résidente le 17 juillet 2015, et qu'elle avait expliqué que l'on ne pouvait pas donner accès au dossier médical, car c'était la fin de semaine. La personne résidente avait également demandé de parler au directeur général pour discuter de ses plaintes, mais elle n'avait jamais été contactée par le directeur général et n'avait pas reçu de réponse de sa part.

Registre n° 010582-16

Le 29 mai 2016, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à la directrice des soins demandant que l'on change de médecin, car elle n'était pas satisfaite du service médical que le médecin fournissait à ce moment-là.

Le 16 juin 2016, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à l'administratrice et responsable clinique avec copie à la directrice des soins les informant que le 14 juin 2016 il y avait des problèmes avec le service des repas à l'heure du déjeuner. Les 11 et 15 juin, la personne résidente n° 001 était assise à sa table dans la salle à manger avec des matières fécales sur une partie spécifique de son corps et de ses objets personnels. Le 15 juin 2016, on a observé la personne résidente n° 001 dans le couloir à 14 h 55, on le l'avait donc pas mise au lit après le repas conformément à son programme de soins.

Plus tard lors de cette même journée, la fille de la personne résidente n° 001 avait envoyé un courriel à l'administratrice et responsable clinique, avec copie à la directrice des soins, au directeur général et à son adjointe administrative, en mentionnant des préoccupations sur lesquelles elle avait attiré l'attention du directeur général au cours de deux réunions avec lui en mai 2016. Elle les a informés que les familles n'accepteront pas que l'on fasse manger de force une personne résidente, qu'une personne résidente qui a des douleurs abdominales ne soit pas amenée aux toilettes ou mise au lit pour la soulager de sa douleur, et qu'une personne résidente ne soit pas bien positionnée dans son

**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***

fauteuil roulant. Elle les a informés que le personnel à temps partiel qui ne connaît pas les personnes résidentes ne consulte pas leur kardex et ne suit donc pas les régimes alimentaires des personnes résidentes, ce qui pourrait être très dangereux pour leur santé. Le directeur général a répondu en indiquant qu'il se penchera sur les problèmes, mais il n'y a pas eu d'autre réponse du foyer par la suite.

Registre n° 013692-16

Le 11 avril 2016, la fille et mandataire spéciale de la personne résidente n° 002, a informé l'administratrice et responsable clinique que l'on avait donné du poisson à manger à la personne résidente le mercredi 11 avril et qu'il est indiqué dans son kardex qu'elle n'aime pas le poisson. La fille de la personne résidente n° 002 a également informé l'administratrice et responsable clinique qu'une résidente déambule dans la chambre de la personne résidente. La fille de la personne résidente n'a pas reçu de réponse de la part de l'administratrice et directrice des soins.

Le 19 mai 2016, la fille de la personne résidente n° 002 a informé de ses préoccupations l'adjointe administrative, qui à son tour a envoyé un courriel au directeur général avec copie à l'administratrice et responsable clinique. Ses problèmes concernaient le fait que l'on n'avait pas changé les draps du lit de la personne résidente n° 002 depuis plus d'une semaine, qu'elle aimerait que le personnel enlève la toile maillée sous la personne résidente après son transfert dans le fauteuil roulant, et que quand la fille de la personne résidente l'a demandé au personnel on lui a répondu qu'on ne le faisait pour aucune autre personne résidente et par conséquent pourquoi devrait-on le faire pour elle. La fille de la personne résidente a dû transférer la personne résidente n° 002 dans son lit pendant que le personnel était assis dans le salon, et elle s'était précédemment plainte d'un cadre de photo brisé, de bas qui avaient disparu, et de lunettes cassées pour lesquelles elle était encore contrariée.

Lors de l'examen du tableur du suivi des plaintes, l'inspectrice n° 550 a remarqué qu'il n'y avait pas de preuve que le foyer avait mené une enquête, était parvenu à des règlements dans la mesure du possible, ni fourni une réponse à la fille de la personne résidente n° 001 dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. La directrice des soins a indiqué qu'elle avait envoyé un courriel au médecin-conseil du foyer le lendemain, et qu'elle n'avait pas reçu de réponse. Le 29 juin 2016, elle lui a renvoyé un courriel, et cette fois-ci il a répondu en indiquant qu'il examinera la question, et il lui a dit que la demande était « tombée dans l'oubli ».

Lors d'une discussion avec l'administratrice et responsable clinique, elle a indiqué que le directeur général n'était plus un employé du foyer, et qu'elle était incapable de trouver un document attestant de la tenue d'une enquête, d'un règlement ou d'une réponse fournie à la personne résidente n° 039, à la fille de la personne résidente n° 001 et à la fille de la personne résidente n° 002 concernant leurs plaintes.

Les inspectrices n° 545 et 550 ont examiné le tableur du suivi des plaintes du foyer et ont remarqué qu'il n'y avait pas d'indication pour prouver que le foyer avait tenu une enquête, était parvenu à des règlements dans la mesure du possible ou avait fourni une réponse, dans les 10 jours ouvrables suivant la réception des plaintes, à la personne résidente n° 039, à la personne résidente n° 001 et au membre de la famille de la personne résidente n° 002. [alinéa 101 (1) 1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :
- la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
 - la date de réception de la plainte;
 - le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
 - le règlement définitif, le cas échéant;
 - chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
 - toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Lors d'une discussion avec l'administratrice et responsable clinique, elle a indiqué que le tableur de suivi des plaintes du foyer avait été utilisé pour faire le suivi des plaintes jusqu'au printemps 2016, date à laquelle le foyer avait adopté le RIMS.

L'inspectrice n° 545 a examiné le tableur de suivi des plaintes du foyer. Le tableur électronique comportait plusieurs colonnes, par exemple :

- Date de réception de la plainte
- Nom du service ou de l'unité concernés
- Façon dont la plainte a été faite (par téléphone, par écrit, en personne)
- Plainte reçue classée par résumé de plainte
- Suivi effectué par qui et à quelle date
- Nom du plaignant ou de la plaignante
- Coordonnées du plaignant ou de la plaignante
- Lien de parenté du plaignant ou de la plaignante avec la patiente ou le patient
- État du dossier de la plainte (actif ou clos)
- Documentation (pièces jointes)

Registre n° 021122-15

Le 16 juillet 2015, on a reçu une plainte verbale faite par la fille de la personne résidente n° 040 et concernant le fait que le personnel ne fournissait pas de fauteuil roulant et n'administrait pas d'oxygène à la personne résidente tel que requis. La fille de la personne résidente a ajouté en parlant à l'inspectrice n° 550 qu'elle avait demandé à parler directement au directeur général et qu'elle n'avait pas reçu de réponse.

Lors de l'examen d'un formulaire de suivi des plaintes de SLD rempli par l'administratrice et responsable clinique, on y indiquait que la fille de la personne résidente n° 040 avait été contactée le 17 juillet 2015 pour effectuer un suivi sur une partie de la plainte. Le foyer a été dans l'impossibilité de produire une preuve de mention documentée indiquant d'une part qu'il avait offert un règlement définitif, le cas échéant, et d'autre part chaque date à laquelle une réponse avait été fournie à la plaignante et une description de la réponse, ainsi que toute réponse faite par la plaignante.

Registre n° 022499-15

Le 18 juillet 2015, dans une communication par courriel émanant de l'infirmière surveillante de nuit n° 236 et adressée au directeur général, à l'administratrice et responsable clinique, à la directrice des soins avec copie à trois autres membres du personnel, on indiquait que la personne résidente n° 039 était insatisfaite des soins et des services reçus; il y avait notamment une plainte concernant le manque de nourriture servie au dîner le soir du 17 juillet 2015, et le fait que la personne résidente avait faim et que le personnel l'avait ignorée.

Registre n° 010582-15

Le 29 mai 2016, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à la directrice des soins demandant que l'on change de médecin, car elle n'était pas satisfaite du service fourni à ce moment-là.

Le 16 juin 2016, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à l'administratrice et responsable clinique avec copie à la directrice des soins les informant que le 14 juin 2016 il y avait des problèmes avec le service des repas à l'heure du déjeuner. Les 11 et 15 juin, la personne résidente n° 001 était assise à sa table dans la salle à manger avec des matières fécales sur une partie spécifique de son corps et de ses objets personnels. Le 15 juin 2016, on a observé la personne résidente n° 001 dans le couloir à 14 h 55, on le l'avait donc pas mise au lit après le repas conformément à son programme de soins.

Plus tard lors de cette même journée, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à l'administratrice et responsable clinique, avec copie à la directrice des soins, au directeur général et à son adjointe administrative, en mentionnant des préoccupations sur lesquelles elle avait attiré l'attention du directeur général au cours de deux réunions avec lui en mai 2016. Elle les a informés que les familles n'accepteront pas que l'on fasse manger de force une personne résidente, qu'une personne résidente qui a des douleurs abdominales ne soit pas amenée aux toilettes ou mise au lit pour la soulager de sa douleur, et qu'une personne résidente ne soit pas bien positionnée dans son fauteuil roulant. Elle les a informés que le personnel à temps partiel qui ne connaît pas les personnes résidentes ne consulte pas leur kardex et ne suit donc pas les régimes alimentaires des personnes résidentes, ce qui pourrait être très dangereux pour leur santé.

Registre n° 013692-16

Le 11 avril 2016, la fille et mandataire spéciale de la personne résidente n° 002, a informé l'administratrice et responsable clinique que l'on avait donné du poisson à manger à la personne résidente n° 002 le mercredi 11 avril, et qu'il est indiqué dans son kardex qu'elle n'aime pas le poisson. La fille de la personne résidente n° 002 a également informé l'administratrice et responsable clinique qu'une personne résidente déambule dans la chambre de la personne résidente. Le 19 mai 2016, la fille de la personne résidente n° 002 a informé de ses préoccupations l'adjointe administrative, qui à son tour a envoyé un courriel au directeur général avec copie à l'administratrice et responsable clinique. Les problèmes de la fille de la personne résidente n°002 concernaient le fait que l'on n'avait pas changé les draps de lit de la personne résidente n° 002 depuis plus d'une semaine, qu'elle aimerait que le personnel enlève la toile maillée sous la personne résidente après son transfert

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*

dans le fauteuil roulant, et que quand la fille de la personne résidente l'avait demandé au personnel on lui avait répondu qu'on ne le faisait pour aucune autre personne résidente, et par conséquent pourquoi devrait-on le faire pour elle. La fille de la personne résidente a dû transférer la personne résidente dans son lit pendant que les membres du personnel étaient assis dans le salon, et elle s'était précédemment plainte d'un cadre de photo brisé, de bas qui avaient disparu, et de lunettes cassées pour lesquelles elle était encore contrariée.

Le tableur du suivi des plaintes a été examiné; il n'y avait pas de preuve de dossier documenté pour ces plaintes. Le foyer a été dans l'impossibilité de produire une preuve de dossier documentée indiquant d'une part qu'il avait offert un règlement définitif, le cas échéant, et d'autre part chaque date à laquelle une réponse avait été fournie à la plaignante et une description de la réponse, ainsi que toute réponse faite par la plaignante. [par. 101 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer fasse l'objet d'une enquête et d'un règlement dans la mesure du possible, et qu'une réponse soit donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte, et à ce que le foyer conserve des dossiers documentés desdites plaintes conformément au paragraphe 101 (2) du Règl. de l'Ont. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 44 du Règl. de l'Ont. 79/10. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des personnes résidentes en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer.

Le 27 juin 2016 à 16 h 40, le fils de la personne résidente n° 001 s'est adressé à l'inspectrice n°550 et l'a informée que le personnel n'avait pas accès à un lève-personne mobile pour lever la personne résidente afin de la préparer pour le dîner. Il a indiqué que le lève-personne fixé au plafond dans la chambre de la personne résidente n° 001 avait été enlevé plus tôt ce jour-là, car lors d'une vérification faite par la compagnie Biomed, on avait déterminé que l'utilisation du rail n'était pas sécuritaire. L'inspectrice a interrogé la PSSP qui était dans la chambre à ce moment-là et elle a été informée que l'on n'avait pas pu trouver de lève-personne mobile pour lever la personne résidente pour le dîner.

**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***

L'IA n° S108, qui était l'infirmière de service à ce moment-là, a indiqué à l'inspectrice que l'on venait juste de lui apprendre que l'on avait enlevé huit lève-personne fixés au plafond après la vérification des lève-personne fixés au plafond effectuée cet après-midi. Elle a indiqué que des PSSP étaient allés aux autres étages et dans les autres unités (unités 2C et 4^e étage) pour chercher un lève-personne mobile, mais qu'ils avaient été incapables d'en trouver un dont ils pouvaient se servir, car ils étaient tous utilisés par les autres étages. À 17 h 20, les membres du personnel avaient trouvé un lève-personne mobile d'un autre étage et avaient pu lever la personne résidente pour le dîner. Le 28 juin 2016, le fils de la personne résidente n° 001 a informé l'inspectrice que les membres du personnel l'avaient informé qu'ils n'avaient pas de lève-personne pour lever la personne résidente n° 001 pour le petit déjeuner. Le fils de la personne résidente était contrarié par le fait qu'il avait dû insister pour que le personnel trouve un lève-personne mobile pour lever la personne résidente. La personne résidente a été levée pour le petit déjeuner à 8 h 15 ce jour-là. Le 29 juin 2016, la PSSP n° S109 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente n° 013 n'était pas levée pour le petit déjeuner parce que l'on n'avait pas de lève-personne mobile disponible dans son unité pour ce faire, et que le personnel n'avait pas le temps le matin de courir au 4^e étage pour chercher un lève-personne mobile. L'IAA n° S106 a indiqué à l'inspectrice n° 550 que la personne résidente n° 012 n'avait pas été levée pour le petit déjeuner et le déjeuner les 29 et 30 juin, et que la personne résidente n° 001 n'avait pas été levée pour le petit déjeuner le 29 juin, car il n'y avait pas de lève-personne mobiles disponibles dans l'unité pour faire lever les deux personnes résidentes. L'IAA a également dit que le personnel n'avait pas le temps d'aller aux autres étages ou dans les autres unités pour chercher un lève-personne mobile.

Le 28 juin 2016, l'inspectrice n° 550 a interrogé la directrice des soins qui a indiqué qu'elle avait été informée ce matin-là que huit lève-personne fixés au plafond de huit chambres avaient besoin de réparations. Elle a indiqué que le foyer avait pris des dispositions avec un foyer de la même entreprise pour lui emprunter deux lève-personne mobiles jusqu'à ce que ses lève-personne fixés au plafond soient réparés. Elle a indiqué qu'il devrait y avoir un processus en place pour veiller à ce que des lève-personne mobiles soient aisément disponibles quand ceux qui sont fixés au plafond ont besoin de réparations.

Le 29 juin 2016, lors d'une entrevue, le directeur général a indiqué que le foyer avait un contrat avec Biomed pour faire l'entretien préventif de ses lève-personne fixés au plafond et que durant leur vérification la compagnie avait trouvé que certains d'entre eux avaient besoin de réparations. Il a indiqué qu'il n'y avait pas de processus en place pour veiller à ce que des lève-personne mobiles soient aisément disponibles pour le personnel quand ceux qui sont fixés au plafond ont besoin de réparations. Il a indiqué que l'on prenait des dispositions pour emprunter des lève-personne mobiles à un foyer de la même entreprise, et qu'ils seront envoyés à ce foyer.

Le 4 juillet 2016, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que tous les lève-personne fixés au plafond étaient réparés et fonctionnels le 30 juin 2016 à 18 heures.

Comme l'a prouvé ce qui précède, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires soient aisément disponibles au foyer pour répondre aux besoins des personnes résidentes n° 001, 002 et 013 en matière de soins infirmiers et de soins personnels. [art. 44]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que des lève-personne mobiles soient aisément disponibles dans le foyer pour être utilisés quand des lève-personne fixés au plafond sont défectueux. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 71 du Règl. de l'Ont. 79/10
Planification des menus**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 71 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (4).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas.

Le 30 juin 2016 à 8 h 30, l'inspectrice n° 550 a observé dans la salle à manger de l'unité 2AB à la table où la personne résidente n° 006 était censée s'asseoir, qu'il y avait un bol de céréales Rice Crispy, une assiette avec une banane coupée en morceaux, un contenant de yogourt, un verre de lait, un verre de jus d'orange et un verre d'eau. La personne résidente n'était pas dans la salle à manger. À une table près du mur où la personne résidente n° 007 était censée s'asseoir, il y avait un bol de céréales Rice Crispy, une assiette avec une banane coupée en morceaux, un contenant de yogourt, deux verres de lait et un verre de jus d'orange. La personne résidente n'était pas dans la salle à manger.

Le menu du petit déjeuner affiché pour ce jour-là indiquait ce qui suit :

Compote de pruneaux – mandarines, céréales chaudes et froides, assortiment de toasts, fromage et muffin.

Le 5 juillet 2016, l'inspectrice n° 550 a observé le service des repas dans la salle à manger de l'unité 2AB à 8 h 05, et a remarqué ce qui suit :

- À la table où la personne résidente n° 012 était censée s'asseoir, il y avait un verre d'eau, un verre de jus d'orange, un contenant de yogourt ouvert, un verre de lait et un bol de flocons de maïs avec du sucre. La personne résidente n'était pas présente; elle est arrivée 10 minutes plus tard. Quand elle a terminé de manger ses céréales, une PSSP lui a apporté des rôties et des œufs sans les lui offrir.

**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**

- À la table où la personne résidente n° 007 était censée s'asseoir, il y avait deux verres de lait, un verre de jus d'orange, un verre d'eau, un contenant de yogourt, un bol de flocons de maïs avec du sucre. La personne résidente n'était pas présente.
- À la table où la personne résidente n° 014 était censée s'asseoir, il y avait un bol de céréales Cheerios, deux verres de lait, un verre de jus d'orange, un verre d'eau et un contenant de yogourt ouvert. La personne résidente n'était pas présente. À la même table où la personne résidente n° 015 était censée s'asseoir, il y avait un verre de jus d'orange, un verre d'eau, un verre de lait, un contenant de yogourt ouvert et un bol de céréales Cheerios. La personne résidente n'était pas présente.
- À la table où la personne résidente n° 016 était censée s'asseoir, il y avait un bol de céréales Cheerios, un verre de lait, un verre d'eau, un verre de jus d'orange et un contenant de yogourt ouvert. Quand la personne résidente a terminé de manger ses céréales, la PSSP n° S103 a indiqué à l'aide-diététiste que la personne résidente était prête à manger des rôties, et elle a apporté des rôties à la personne résidente. On a par la suite offert une autre rôtie à la personne résidente, mais on ne lui a jamais offert des œufs.
- Quand la personne résidente n° 017 a terminé de manger les céréales, la PSSP n° S103 lui a apporté une rôtie et des œufs. Ils ne lui ont pas été offerts.
- On a apporté une rôtie à la personne résidente n° 018, on ne lui a pas offert des œufs.
- À la table où la personne résidente n° 006 était censée s'asseoir, il y avait un bol de flocons de maïs, un verre de lait, un verre d'eau et un verre de jus d'orange. La personne résidente n'était pas présente. On a apporté plus tard une rôtie à la personne résidente, mais on ne lui a pas offert des œufs.
- À la table où la personne résidente n° 019 était censée s'asseoir, il y avait un bol de gruau, un contenant de yogourt, un verre de jus d'orange épaissi, un verre d'eau épaissie et de la compote de pruneaux. La personne résidente n'était pas là, elle est arrivée 10 minutes plus tard. Après que la personne résidente eût terminé de manger le gruau, on ne lui a pas offert de rôtie ni des œufs.
- On a donné une rôtie à la personne résidente n° 001 quand elle a terminé de manger les céréales, on ne lui a pas offert des œufs.

Le menu affiché pour ce jour-là indiquait ce qui suit :

Compote de pruneaux, mandarines, céréales chaudes et froides, assortiment de toasts, œufs brouillés.

Lors d'une entrevue le 30 juin 2016, la PSSP n° S103 a indiqué à l'inspectrice que l'on mettait toujours sur les tables les bananes, le yogourt, les céréales et les jus avant que les personnes résidentes arrivent dans la salle à manger, car le personnel sait ce que les personnes résidentes aiment manger.

La préposée au service d'alimentation n° S105 a indiqué à l'inspectrice qu'elle met les bananes, le yogourt, les céréales et les liquides sur les tables de la salle à manger avant que l'on assoie les personnes résidentes à leurs tables, car elle sait ce que les personnes résidentes aiment manger, et parce qu'elle n'a pas le temps d'offrir le menu planifié. Elle doit le faire, car les PSSP sont occupés à lever les personnes résidentes pour le petit déjeuner, et que la plupart du temps elle est seule pour servir toutes les personnes résidentes. La préposée au service d'alimentation a déclaré qu'elle doit quitter l'unité à 9 h 05 avec le chariot des repas et retourner à la cuisine. Les personnes résidentes doivent donc être toutes servies à ce moment-là.

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*

Lors d'une entrevue, la personne responsable de la nutrition et la diététiste ont toutes deux indiqué à l'inspectrice que l'on doit offrir aux personnes résidentes le menu planifié au petit déjeuner, et que c'est un problème dans l'unité 2AB.

Comme l'a prouvé ce qui précède, on n'offre pas aux personnes résidentes dans la salle à manger de l'unité 2AB les choix indiqués au menu planifié lors de chaque repas. [par. 71 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que l'on offre aux personnes résidentes les choix indiqués au menu planifié à chaque repas. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 100 du Règl. de l'Ont. 79/10. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les marches à suivre écrites exigées à l'article 21 de la Loi incorporent les exigences énoncées à l'article 101. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 100.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre écrites qui incorporent les exigences énoncées à l'article 101 soient en place pour traiter les plaintes.

L'administratrice et responsable clinique a remis à l'inspectrice n° 550, à sa demande, la politique numéro ADMIN 02 « Complaints and Concerns from Patients and Family » (plaintes et préoccupations des patients et de leur famille) qui a fait l'objet d'une révision en juin 2015.

Un examen de la politique prouvait qu'elle n'incorporait pas les exigences suivantes énoncées à l'article 101 concernant le traitement des plaintes :

Le paragraphe 101 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 indique que le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.
2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de celle-ci est donné dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte, énonçant notamment la date à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

3. Est donnée à l'auteur de la plainte une réponse qui indique, selon le cas :
- les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
 - le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (1).

Les points 1, 2 et 3 susmentionnés ne figuraient pas dans la politique du foyer relative aux plaintes.

Le paragraphe 101 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10 indique que le titulaire de permis veille à ce que soit conservé au foyer un dossier documenté où figurent les renseignements suivants :

- la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- la date de réception de la plainte;
- le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- le règlement définitif, le cas échéant;
- chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 101 (2).

Les points c, d, e et f susmentionnés ne figuraient pas dans la politique du foyer relative aux plaintes.

L'administratrice et responsable clinique a confirmé que la politique du foyer relative aux plaintes n'a pas été mise à jour à la suite de la dernière inspection de la qualité des services aux personnes résidentes menée en décembre 2015, on n'avait donc effectué aucun des changements recommandés conformément aux dispositions législatives. Le titulaire de permis a été jugé non conforme et avait fait l'objet d'un avis écrit (AE) lors de l'inspection de la qualité des services aux personnes résidentes (2015_289550_0027) daté du 21 janvier 2016, pour ce même problème.
[art. 100]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que les marches à suivre écrites du foyer comportent toutes les exigences conformément au par. 101 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 73 du Règl. de l'Ont. 79/10
Service de restauration et de collations**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 73 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit

- aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 73 (2).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on serve un repas aux personnes résidentes qui ont besoin d'aide pour manger ou boire seulement lorsque quelqu'un est disponible pour leur fournir l'aide dont elles ont besoin.

Le 27 juin 2016 à 8 h 30, l'inspectrice n° 550 a remarqué dans la salle à manger de l'unité 2AB, à la table où la personne résidente n° 005 était censée s'asseoir, un contenant de yogourt, un contenant de poires en purée, un bol de gruau, un verre de jus rouge et un verre d'eau, mais la personne résidente n'était pas dans la salle à manger. La PSSP n° S103 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente n'était pas dans la salle à manger, mais que le personnel la faisait lever et l'amènera sous peu. La personne résidente est arrivée 10 minutes plus tard et a reçu de l'aide pour son repas. À 13 h 10 ce même jour, l'inspectrice a observé la personne résidente n° 005 assise dans un fauteuil roulant dans la salle à manger. L'inspectrice a remarqué qu'il y avait une assiette d'aliments en purée, un bol de soupe, un verre de jus et un verre de lait sur la table devant la personne résidente et que personne n'était là pour la faire manger. La PSSP n° S103 a indiqué à l'inspectrice que le PSSP n° S104 fera manger la personne résidente n° 005 après avoir fini de distribuer les desserts aux autres personnes résidentes dans la salle à manger. Le PSSP n° S104 a commencé à faire manger la personne résidente n° 005 à 13 h 19, et la personne résidente s'était assoupie à la table de la salle à manger.

Le 30 juin 2016, à 8 h 35, l'inspectrice n° 550 a observé la personne résidente n° 005 assise dans un fauteuil roulant dans la salle à manger. Sur la table devant la personne résidente se trouvait une assiette avec une banane coupée en morceaux, un contenant de yogourt, un contenant de fruits en purée, un verre de jus d'orange, un verre de lait, un verre de jus rouge, un verre d'eau et une tasse en papier ciré remplie d'un liquide crémeux beige. Aucun membre du personnel n'était présent pour donner à manger à la personne résidente. Un membre des services de soutien à la personne est arrivé environ 10 minutes plus tard pour faire manger la personne résidente.

Il était indiqué dans le programme de soins de la personne résidente n° 005 que sa consommation d'aliments pour le déjeuner du 27 juin était de 0 à 25 %.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n° 005 daté du 18 avril 2016 indiquait qu'elle nécessitait de l'aide pour manger, un membre du personnel fournit un soutien pratique pour manger.

Le 30 avril 2016, le risque nutritionnel de la personne résidente a été évalué par la diététiste du foyer et l'on a déterminé que la personne résidente avait un risque nutritionnel élevé en raison de ce qui suit :

- Insuffisance pondérale grave ou IMC (18 chez la plupart des personnes âgées).
- Changement récent d'appétit/d'apport alimentaire de 25 % ou moins pour 2 repas sur 3 en « période d'observation », antécédents de faible apport alimentaire - 2 groupes alimentaires ou plus manquant lors des repas, refus de manger supérieur ou égal à 3 repas consécutifs.
- Maladie chronique active ou démence au stade avancé ayant une incidence importante sur l'apport alimentaire ou sur le manque de 2 groupes alimentaires ou plus, indices physiques de malnutrition ou d'anorexie, retard staturo-pondéral et assistance totale pour les repas,

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*

nécessite des encouragements importants pour manger, mobilité fortement réduite, est alitée, a des antécédents de chutes récurrentes.

Comme l'a prouvé ce qui précède, la personne résidente n° 005, qui court un grand risque sur le plan nutritionnel, nécessite l'assistance du personnel pour manger et boire, et on ne lui a pas servi son repas quand quelqu'un était disponible pour fournir de l'assistance. [alinéa 73 (2)b)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que l'on serve un repas à la personne résidente n° 005 qui nécessite de l'assistance pour manger seulement quand quelqu'un est disponible pour fournir de l'assistance. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 22 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Transmission des plaintes par le titulaire de permis

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 22 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. 2007, chap. 8, par. 22 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute plainte écrite reçue concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer est immédiatement transmise au directeur.

Registre n° 022499-15

Le 18 juillet 2015, dans une communication par courriel émanant de l'infirmière surveillante de nuit n° 236 et adressée au directeur général, à l'administratrice et responsable clinique, à la directrice des soins, avec copie à trois autres membres du personnel, on indiquait que la personne résidente n° 039 était insatisfaite des soins et des services reçus; il y avait notamment une plainte concernant le manque de nourriture servie au dîner durant le service de repas du soir du 17 juillet 2015, et le fait que la personne résidente avait faim et que le personnel l'avait ignorée ainsi que ses besoins.

Registre n° 010582-16

Le 29 mai 2016, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à la directrice des soins demandant que l'on change de médecin, car elle n'était pas satisfaite du service que le médecin traitant fournissait à ce moment-là.

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 16 juin 2016, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à l'administratrice et responsable clinique avec copie à la directrice des soins les informant que le 14 juin 2016 il y avait eu des problèmes avec le service des repas à l'heure du déjeuner. Les 11 et 15 juin, la personne résidente n° 001 était assise à sa table dans la salle à manger avec des matières fécales sur une partie spécifique de son corps et de ses objets personnels. Le 15 juin 2016, on a observé la personne résidente n° 001 dans le couloir à 14 h 55, on le l'avait donc pas mise au lit après le repas conformément à son programme de soins.

Plus tard lors de cette même journée, la fille de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel à l'administratrice et responsable clinique, avec copie à la directrice des soins, au directeur général et à son adjointe administrative, en mentionnant des préoccupations sur lesquelles elle avait attiré l'attention du directeur général au cours de deux réunions avec lui en mai 2016. Elle les a informés que les familles n'accepteront pas que l'on fasse manger de force une personne résidente, qu'une personne résidente qui a des douleurs abdominales ne soit pas amenée aux toilettes ou mise au lit pour la soulager de sa douleur, et qu'une personne résidente ne soit pas bien positionnée dans son fauteuil roulant. Elle les a informés que le personnel à temps partiel qui ne connaît pas les personnes résidentes ne consulte pas leur kardex et ne suit donc pas les régimes alimentaires des personnes résidentes, ce qui pourrait être très dangereux pour leur santé.

Lors d'une entrevue, l'administratrice et responsable clinique a indiqué à l'inspectrice n° 550 que les plaintes reçues sous forme de courriel n'étaient pas immédiatement transmises au directeur, car ils étaient occupés par les défis quotidiens qui surviennent dans les soins de longue durée. [par. 22 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) 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 assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que toutes les plaintes écrites concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer sont immédiatement transmises au directeur. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Programme de soins

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident. 2007, chap. 8, par. 6 (5).

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; 2007, chap. 8, par. 6 (10).

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente, le mandataire spécial, le cas échéant, et la personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

Lors d'une entrevue la fille de la personne résidente n° 001 a indiqué à l'inspectrice n° 550 que le 21 juin 2016 elle avait envoyé un courriel à l'IA n° S112 et à l'IAA n° S106 demandant que l'on ajoute des interventions précises au programme de soins de la personne résidente n° 001 afin de prévenir toute chute, mais cela n'avait pas été fait. Les interventions étaient comme suit :

- Veiller à ce que la personne résidente ait un type de sac spécifique à côté d'elle en tout temps, en particulier quand elle est au lit afin de l'empêcher d'aller chercher le sac et de tenter de sortir du lit.
- Veiller à ce que la prothèse dentaire de la personne résidente soit placée dans la boîte jaune, et que la boîte soit mise dans un sac spécifique au moment du coucher.
- Retirer les lunettes et les placer dans un sac spécifique au moment du coucher.
- Placer la télécommande du lit sur le plancher.
- Quand la personne résidente n° 001 est assise dans le fauteuil roulant dans la chambre ou dans le corridor et qu'il n'y a pas de surveillance, le fauteuil roulant doit être incliné.
- La personne résidente doit être mise au lit après les repas, sauf s'il y a une activité.
- Changer le slip de la personne résidente plus souvent quand la personne résidente a fréquemment de l'incontinence fécale.

L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente et a remarqué qu'aucune des interventions susmentionnées n'était documentée conformément à la demande de la fille de la personne résidente n° 001.

Lors d'une entrevue, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice qu'il incombait à l'IA n° S112 qui est l'IA responsable de l'unité et à qui le courriel avait été envoyé, de mettre à jour le programme de soins de la personne résidente.

Lors d'une entrevue, l'IA n° S112 a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait effectivement reçu le courriel de la fille de la personne résidente n° 001 le 21 juin 2016, mais qu'elle n'avait pas mis à jour le programme de soins de la personne résidente conformément à la demande de sa fille, car elle n'avait pas eu le temps de le faire.

Par conséquent, la fille de la personne résidente n° 001 n'a pas eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sa mère. [par. 6 (5)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et le programme de soins réexaminé et révisé au moins tous les six mois et à tout autre moment quand les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Lors d'une entrevue, la famille de la personne résidente n° 001 a indiqué à l'inspectrice n° 550 que la personne résidente a souvent de l'incontinence fécale.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente n° 001, et a remarqué que l'on mentionnait dans le programme de soins, pour une période spécifique de 2016, que la personne résidente avait fait preuve de continence une fois seulement pendant la période en question, et qu'elle faisait de l'incontinence fécale tous les autres jours.

La dernière évaluation de la continence de la personne résidente avait eu lieu le 1^{er} décembre 2015, et indiquait qu'elle était continente pour ce qui concernait les selles.

Le programme de soins pour la personne résidente n° 001 indiquait qu'elle était continente pour ce qui concernait les selles et suivait un programme de rééducation intestinale.

Le PSSP n° S104, qui est le préposé aux services de soutien à la personne pour la personne résidente, a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente n° 001 avait eu fréquemment de l'incontinence fécale à la suite d'une fracture d'un membre spécifique il y a trois mois, et qu'elle porte un produit d'incontinence. Le PSSP a indiqué que la personne va aux toilettes en utilisant un bassin de lit une fois le matin et une fois l'après-midi pendant le quart de jour, et qu'elle est presque toujours incontinente. Le personnel doit faire des soins périnéaux complets et changer le slip de la personne résidente après chaque incontinence.

Par conséquent, la personne résidente n° 001 n'a pas été réévaluée, et son programme de soins n'a pas été révisé quand elle a commencé à avoir de l'incontinence fécale à la suite d'un changement de son état de santé au début du printemps 2016. [alinéa 6 (10)b]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée, et son programme de soins réexaminé et révisé quand les besoins de la personne résidente en matière de soins ont évolué ou que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

La personne résidente n° 001 a subi une fracture d'un membre spécifique au début de 2016, et l'on a déterminé qu'elle était une personne nécessitant l'utilisation d'un lève-personne avec deux préposés. En juin 2016, le physiothérapeute a fait une évaluation de la personne résidente et a déterminé qu'elle était désormais capable de faire l'objet d'un transfert pivotant et n'avait plus besoin de transferts effectués avec un lève-personne et l'aide de deux préposés, sauf si la personne résidente devenait faible et que l'on déterminait qu'un transfert pivotant n'était pas sécuritaire.

L'inspectrice n° 550 a examiné le programme de soins de la personne résidente et a remarqué ce qui suit concernant les transferts :

La personne résidente doit être transférée par un lève-personne fixé au plafond et équipé d'une toile bleue, l'assistance de deux membres du personnel est nécessaire pour tous les transferts. La personne résidente ne peut pas supporter de poids sur la jambe droite.

Lors d'une entrevue, le PSSP n° S104 qui s'occupe de la personne résidente n° 001 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente est maintenant en mesure de faire l'objet d'un transfert pivotant et qu'il n'utilise plus le lève-personne pour la transférer depuis l'évaluation effectuée la semaine précédente par le physiothérapeute. L'IAA n° S106 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente avait été évaluée par le physiothérapeute et qu'elle est maintenant en mesure de faire l'objet d'un transfert pivotant, le lève-personne n'est plus nécessaire.

La directrice des soins a indiqué qu'il incombe à l'IA responsable de l'unité de réexaminer et de mettre à jour le programme de soins de la personne résidente. Elle a indiqué de plus que les modifications concernant les transferts de la personne résidente n° 001 auraient dû être faites par l'IA le jour où le physiothérapeute a fait son évaluation.

Comme on en a la preuve, le programme de soins de la personne résidente n° 001 n'a pas été réexaminé ni révisé quand les besoins de la personne résidente en matière de soins ont évolué ou que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires. [alinéa 6 (10)b)]

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 131 du Règl. de l'Ont. 79/10
Administration des médicaments**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par une personne résidente du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament lui ait été prescrit.

La personne résidente n° 001 a eu des lésions sur une partie spécifique du corps, et en juin 2016 on lui a prescrit une crème spécifique à appliquer selon un mode d'emploi précis. La fille de la personne résidente a indiqué à l'inspectrice qu'elle met toujours la crème à la personne résidente n° 001 quand elle est présente, mais que le 26 juin 2016, elle n'avait pas pu le faire, car la crème était enfermée à clef dans le chariot des médicaments et que l'infirmière était partie en pause avec les clefs.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et a remarqué que le médecin avait cessé de prescrire la crème spécifique le 22 juin 2016.

On indiquait dans les notes d'évolution du 28 juin 2016, rédigées par l'IAA n° S110 qu'elle avait mis de la crème spécifique à la personne résidente. Lors d'une entrevue, l'IAA n° S111 a indiqué à l'inspectrice qu'elle n'était pas au courant que l'on avait cessé l'utilisation de la crème spécifique pour la personne résidente n° 001, et qu'elle avait donné la crème à la fille de la personne résidente à deux autres reprises pour qu'elle en mette à la personne résidente. L'IAA n° S106, qui est le membre du personnel permanent à temps plein dans l'unité, a indiqué à l'inspectrice qu'elle n'était pas au courant que l'on avait cessé l'utilisation de la crème spécifique pour la personne résidente n° 001, et que le tube de crème se trouvait toujours dans le chariot des médicaments. Elle a indiqué de plus que si on en avait cessé l'utilisation, on aurait dû l'enlever du chariot des médicaments de sorte que le personnel n'en mette pas.

Comme le prouve ce qui précède, on a mis de la crème spécifique à la personne résidente n° 001 le 28 juin, et les 2 et 3 juillet 2016, sans ordonnance de médecin. [par. 131 (1)]

Émis le 13 septembre 2016

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.