



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

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

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

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

Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

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

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

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public modifiée

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
10 juillet 2015	2015_225126_0012 (A1)	O-001743-15	Inspection de qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

TAMINAGI INC.
05 Loiselle Street CP Box 2132 Embrun ON K0A 1W1

Foyer de soins de longue durée

SARFIELD COLONIAL HOME
2861 Colonial Road P.O. Box 130 Sarsfield ON K0A 3E0

Inspectrice(s)

JESSICA LAPENSEE (133) – (A1)

Résumé de l'inspection modifié



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

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

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

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

La date de conformité à l'ordre 001 a été modifiée. L'ordre été délivré à la suite de l'inspection de la qualité des services aux résidents # 2015_225126_0012, menée en mars 2015.

L'ordre de conformité a été délivré aux termes du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1) 1 iii. qui concerne les alarmes de porte.

À l'origine, la date de conformité avait été fixée au 03 août 2015. La date de conformité est maintenant reportée au 30 septembre 2015. Aucun autre changement n'a été apporté aux rapports.

Date de délivrance : 10 juillet 2015 (A1)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
10 juillet 2015	2015 225126 0012 (A1)	O-001743-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

TAMINAGI INC.
5, rue Loisselle, C.P. 2132, Embrun (Ontario) K0A 1W1

Foyer de soins de longue durée

SARFIELD COLONIAL HOME
2861 Colonial Road, C.P. 130, Sarsfield (Ontario) K0A 3E0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LINDA HARKINS (126), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), SUSAN WENDT (546)

Résumé de l'inspection



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

Cette inspection s'est tenue les 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24 et 25 mars 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice, la directrice des soins, la directrice adjointe des soins et coordonnatrice de l'évaluation RAI; le chef des services environnementaux, le chef des services alimentaires, le diététiste, le directeur des activités, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP), l'adjoint administratif, plusieurs résidents et plusieurs membres de la famille.

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

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

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

11 AE
5 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9 (Portes).

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

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

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

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

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

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

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

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.
3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.
4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2); Règl. de l'Ont. 246/13, art. 2.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer soient dotées d'une alarme sonore comme l'exige la loi.

Aucune des portes du foyer auxquelles les résidents ont accès et qui donnent sur un escalier, y compris la porte principale, n'est dotée de l'alarme exigée.

Le 17 mars 2015, quand l'inspectrice 126 est arrivée au foyer et qu'elle a ouvert la porte principale, elle a remarqué que celle-ci était verrouillée mais qu'elle n'était pas dotée d'une alarme.

Le 17 mars 2015, un entretien avec le chef des services environnementaux (employé 100) a révélé que la porte donnant sur l'extérieur n'était pas dotée d'une alarme. L'employé 100 a indiqué que, sur la porte principale, il y avait une alarme qui ne sonnait que pour les résidents qui portaient un bracelet Wanderguard et qu'à ce moment-là le foyer n'avait pas de bracelets qui fonctionnaient. L'employé 100 a ajouté que le foyer allait commander de nouveaux bracelets Wanderguard.

Le 27 mars 2015, un entretien téléphonique avec l'administrateur a révélé que toutes les portes donnant sur l'escalier des unités des résidents étaient verrouillées mais qu'elles n'étaient pas dotées d'une alarme. [par. 9 (1)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'ordre suivant a été modifié : OC 001



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

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

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

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

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

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

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

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

6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent;**
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

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

Constatations :

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

- a) les soins prévus pour le résident;
- b) les objectifs que visent les soins;
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le résident 04 a été diagnostiqué d'un trouble de la vessie et a été admis au foyer à l'été 2014 avec une sonde à demeure.

Lors d'un entretien avec le résident 04 le 25 mars 2015, le résident 04 a indiqué qu'il n'allait pas aux toilettes pour uriner parce qu'il avait une sonde depuis de nombreuses années.

Le résident 04 a montré à l'inspectrice qu'un petit sac porté sur la jambe était attaché à deux endroits sur la jambe droite. Le résident a indiqué que le personnel vidait le petit sac plusieurs fois par jour.

L'examen des évaluations RAI-MD8 2.0 du résident depuis son admission a révélé que le résident n'avait pas de sonde à demeure. L'examen du dernier programme de soins du résident et du KARDEX accessible au personnel fournissant des soins directs n'a pas révélé la présence d'un programme de soins écrit précisant les soins prévus pour le résident 04 et sa sonde, les objectifs que visent les soins et des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident pour sa sonde.

La politique concernant les soins liés aux sondes et les PSSP, datée du 11 juin 2013, a été examinée par l'inspectrice. Il est indiqué en page 1 de « veiller à ce que la documentation soit établie dans des notes électroniques et le programme de soins ».

Lors d'entretiens le 25 mars 2015, l'IAA 115 et l'IA 108 ont indiqué que le résident avait une sonde à demeure en place mais que cela n'était pas indiqué dans le programme de soins. Les deux membres du personnel autorisé ont affirmé que le programme de soins devait contenir des renseignements précisant les soins à fournir au résident 04 pour sa sonde, les objectifs que visent les soins et des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 04. [par. 6 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit examiné et révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent en raison d'une dégradation de son état de santé.

En examinant le programme de soins du résident 08 en mars 2015 (le document papier et le dossier électronique), l'inspectrice n'y a pas trouvé de mises à jour indiquant l'évolution des besoins du résident en matière de soins palliatifs; l'administration des médicaments à prendre par voie orale avait cessé un jour de mars 2015 et un apport d'oxygène continu avait été prescrit. Les notes d'évolution rédigées par le médecin un jour d'octobre 2014 indiquaient que l'état du résident demeurait précaire mais que le résident ne semblait pas souffrir; il a terminé en indiquant que le résident recevait des soins de fin de vie.

Les notes d'évolution comportaient de nombreuses entrées dans lesquelles le personnel autorisé avait indiqué que le résident 08 refusait de manger et de boire et que, selon son mandataire spécial ou son procureur pour les soins, il ne fallait pas le réveiller pour les repas s'il dormait. Les PSSP affirment que lorsque les besoins du résident 08 en matière de soins ont changé, elles lui ont fourni des soins en le repositionnant et en lui donnant des soins buccaux et le personnel autorisé lui administrait des médicaments pour lui procurer le confort nécessaire.

Un jour de mars 2015, après la réunion de l'équipe interdisciplinaire, des mesures palliatives ont été discutées et un médicament antidouleur a été prescrit par le directeur médical, avec d'autres mesures palliatives pour procurer au résident le confort nécessaire.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice un jour de mars 2015, la directrice des soins infirmiers et la directrice adjointe des soins ont toutes deux confirmé que le programme de soins du résident 08 n'avait pas encore été mis à jour en fonction de son état de santé diminué car les mesures palliatives venaient tout juste d'être examinées, lors de la réunion de l'équipe qui s'était tenue la veille.

Ainsi, le programme de soins écrit existant ne reflète pas l'évolution de ses besoins en matière de soins et ne fournit pas de directives claires au personnel concernant les mesures de confort et les soins palliatifs à fournir en fin de vie. [alinéa 6 (1) c)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre par écrit un programme de soins adapté aux comportements réactifs et fondé sur une évaluation interdisciplinaire du résident qui inclut : ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.

L'examen du dossier de santé du résident 01 a révélé que le résident avait été diagnostiqué d'une affection neurologique et qu'il infligeait des mauvais traitements d'ordre verbal. Lors d'un entretien le 19 mars 2015, la PSSP 102 a indiqué que le résident infligeait des mauvais traitements d'ordre verbal quand le personnel ne comprenait pas ce qu'il disait ou quand on ne répondait pas immédiatement à ses besoins; elle a ajouté que le résident se fâchait si le personnel lui mettait des pantalons alors qu'il préfère porter des shorts, même en hiver. La PSSP 102 a affirmé que le résident était beaucoup plus calme lorsque le personnel habituel s'occupait de lui. L'IA 103 a indiqué que le résident devenait impatient quand le personnel ne savait pas comment utiliser la télécommande pour programmer plusieurs émissions de télévision; elle a ajouté que le résident lui demandait souvent de programmer ses émissions car elle savait très bien le faire.

Un jour de mars 2015, le PSSP 105 a indiqué que le résident 01 infligeait des mauvais traitements d'ordre verbal et que sa frustration augmentait le soir quand la fatigue le gagnait ou que le personnel n'observait pas la routine quotidienne.

Lors d'un entretien un jour de mars 2015, l'IA 108 a indiqué que les comportements réactifs du résident 01 étaient pires en soirée car, selon elle, le résident avait une agitation vespérale, et cela en raison de son état qui se dégradait. Elle a ajouté que le résident faisait preuve de racisme à l'égard de certains membres du personnel et qu'il lui arrivait de leur infliger des mauvais traitements d'ordre verbal. L'IA 108 a indiqué que les comportements déclencheurs éventuels du résident 01 et les fluctuations de son fonctionnement à différents moments de la journée n'étaient pas documentés dans son programme de soins. (545) [alinéa 6 (1) c)]

4. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (4), dans la mesure où le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le

personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent;
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent.

Le résident 01 a été diagnostiqué d'une affection neurologique et est confiné à un fauteuil roulant. Le 17 mars 2015, l'inspectrice a remarqué d'importantes contusions à l'avant-bras et sur le haut du bras, ainsi que des pansements Telfa aux deux avant-bras. Lorsqu'on lui a demandé quelle était la cause de l'altération de l'intégrité de son épiderme, le résident a indiqué que ces blessures lui avaient été causées en faisant avancer son fauteuil roulant lui-même.

L'examen du dossier « gestion des soins de la peau – dossier de traitement et d'observation » a révélé, un jour de février 2015, que le résident avait de « nouvelles ruptures de l'épiderme » aux avant-bras à force d'essayer de se mouvoir en fauteuil roulant ». Entre juin et mars 2015, plusieurs ruptures de l'épiderme sur les avant-bras du résident ont été documentées dans les notes d'évolution et traitées en les nettoyant avec une solution saline (solution isotonique de chlorure de sodium) et en y appliquant des pansements Telfa et Mefi. En janvier et en février 2015, un onguent a été prescrit et appliqué deux fois par jour.

Lors d'un entretien le 19 mars 2015, l'IAA 103 a indiqué que le résident avait de l'eczéma sur les bras et les jambes et pensait que le résident s'était infligé ces ruptures de l'épiderme au niveau des bras en se grattant.

Le PSSP 105 a indiqué le 20 mars 2015 que le résident s'était lui-même infligé les lésions ouvertes et les contusions qu'il présentait sur les bras, ceci pour attirer l'attention, et a ajouté que le résident avait une peau très sensible.

Lors d'entretiens le 20 mars 2014, l'aide-physiothérapeute et la directrice adjointe des soins ont dit savoir que le résident 01 présentait des ruptures de l'épiderme sur les avant-bras et des contusions sur les avant-bras et le haut des bras, sans toutefois en connaître la cause.

Le 20 mars 2014, l'inspectrice a vu le résident 01 dans le fauteuil roulant avec un plateau rembourré noir en place. En présence de l'aide-physiothérapeute et de la directrice adjointe des soins, le résident a fait une démonstration de ses bras heurtant la partie arrière du plateau et de ses avant-bras frottant les côtés du plateau chaque fois qu'il appliquait les freins de son fauteuil roulant et les relâchait et lorsqu'il se déplaçait dans son fauteuil roulant. Tous deux ont déclaré qu'éventuellement le plateau était trop grand et causait des blessures aux bras du résident lorsqu'il se déplaçait en fauteuil roulant et appliquait et relâchait les freins. La directrice adjointe des soins a expliqué qu'elle n'avait pas trouvé

de documentation indiquant si le plateau qu'utilisait le résident 01 était celui qui avait été commandé par l'ergothérapeute.

Lors d'un entretien le 23 mars 2015, l'IA 108 a dit savoir que les ruptures de l'épiderme et les contusions que le résident 01 présentait sur les bras et sur les avant-bras étaient causées par le plateau qui s'attachait à l'arrière et a ajouté qu'elle n'avait pas encore consulté l'ergothérapeute pour réévaluer le plateau ni collaboré avec les autres membres de l'équipe pour résoudre cette question. Elle a immédiatement demandé une ordonnance du médecin pour un aiguillage vers un ergothérapeute.

Lors d'un entretien le 25 mars 2015, la directrice adjointe des soins a dit s'être entretenue avec l'ergothérapeute qui avait prescrit le plateau un an auparavant, qui a dit avoir commandé un plateau rembourré comme appareil d'aide personnelle pour changer de position. Après avoir vérifié auprès du vendeur, la directrice adjointe des soins a indiqué que le plateau que le résident utilisait actuellement n'était pas celui que l'ergothérapeute avait prescrit.

Ainsi, le PSSP, le personnel autorisé, l'aide-physiothérapeute, la directrice adjointe des soins et l'ergothérapeute participant aux différents aspects des soins n'ont pas collaboré ensemble à l'évaluation de la peau du résident 01 de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. [alinéa 6 (4) a)]

5. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (7), dans la mesure où le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Lors d'entretiens avec le résident 01 les 18, 20 et 23 mars 2015, l'inspecteur a trouvé les communications avec le résident difficiles à comprendre en raison d'un trouble d'élocution de celui-ci.

Un examen du programme de soins le plus récent du résident (daté de janvier 2015) a révélé que le personnel devait utiliser des aides à la communication telles qu'un tableau alphabétique, une ardoise, un stylo, du papier ou un tableau de pictogrammes.

Les PSSP 105 et 102 ont indiqué les 19 et 20 mars 2015 qu'ils avaient accès au programme de soins du résident. Ils ont affirmé que le résident était très difficile à comprendre et qu'il fallait être patient pour essayer de comprendre les demandes du résident 01 car il s'impatientait et se mettait en colère, infligeant au personnel qui le comprenait mal des mauvais traitements d'ordre verbal. Les deux PSSP ont indiqué que les aides à la communication nécessaires n'avaient pas été créées ni mises en œuvre, qu'ils n'avaient jamais vu un tableau alphabétique ou un tableau de pictogrammes pour faciliter la communication.

Lors d'un entretien le 23 mars 2015, l'IA 108 a indiqué qu'elle comprenait le résident 01 lorsqu'elle lui parlait car elle le connaissait bien. Elle a affirmé qu'à sa connaissance aucune aide à la communication n'avait été créée pour communiquer avec le résident 01. Le directeur des soins a indiqué le même jour qu'un tableau de pictogrammes avait été placé sur le mur du résident au moment de son admission au foyer en février 2014 mais qu'il avait dû être enlevé le jour où une télévision avait été installée sur ce mur. Elle a indiqué que les soins prévus dans le programme de soins, comme le recours à des aides à la communication, n'étaient pas fournis au résident 01 comme le précise le programme. [par. 6 (7)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant 1) à assurer qu'un programme de soins est mis en place pour le résident 04 en ce qui concerne sa sonde à demeure et pour le résident 08 en ce qui concerne les soins de fin de vie, et que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble et veillent à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident 01, tel que le précise le programme. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 17 (Normes en matière de soins et de dotation en personnel).

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

17. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;**
- b) il est sous tension en tout temps;**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;
- b) il est sous tension en tout temps;
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;

Le 16 mars 2015, l'observation du service de restauration a été faite dans la salle à manger située au sous-sol. Tous les résidents prennent leurs repas dans cette salle à manger. L'inspectrice 126, a remarqué que la salle à manger n'avait pas de système de communication bilatérale conforme aux exigences législatives. Un entretien avec la directrice adjointe des soins a révélé qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la salle à manger et qu'on utilisait le téléphone pour appeler le personnel lorsque son assistance était requise. [par. 17 (1)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;***
- b) il est sous tension en tout temps;***
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;***
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;***
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal.***

Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Pratiques religieuses et spirituelles).

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

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

Constatations :

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

Le 17 mars 2015, l'inspectrice 126 a interrogé le président du conseil des résidents, qui a indiqué que le titulaire de permis ne demandait pas conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction.

Lors d'un entretien le 25 mars 2015, l'administratrice et le directeur des activités (employé 117) ont indiqué qu'ils n'avaient pas demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction de cette année. L'administratrice a indiqué qu'ils avaient récemment mené un sondage sur la satisfaction et que les résultats allaient être partagés avec le conseil des résidents lors de la réunion d'avril 2015. [par. 85 (3)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107 (Rapports : incidents graves).

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

107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

4. Sous réserve du paragraphe (3.1), un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 107 (3) 4, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé lorsque s'est produit au foyer l'incident

suivant, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) : sous réserve du paragraphe (3.1), un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

L'examen d'un rapport d'incident grave présenté au directeur un jour d'octobre 2014 a révélé qu'un jour d'octobre 2014, le résident 03 avait été envoyé à l'hôpital avec « rotation notable de la jambe gauche, flexion du genou et incapacité de bouger » après être tombé dans sa salle de bain.

Le résident 03 se déplaçait au moyen d'un ambulateur à quatre roulettes, nécessitait une surveillance et de l'aide uniquement pour les transferts et pour marcher dans sa chambre, dans le couloir et dans l'unité.

Ce jour d'octobre 2014, il a été noté dans les notes d'évolution que le personnel avait entendu le résident crier et l'avait trouvé par terre dans la salle de bain. Le résident se plaignait d'une douleur intense à la jambe gauche. Le résident a été transporté par ambulance à l'hôpital. Il a également été noté que l'aidant naturel du résident 03 avait communiqué avec le personnel du foyer au cours de la soirée pour l'informer que le résident avait une fracture de la hanche et allait être opéré le lendemain.

Lors d'un entretien le 23 mars 2015, la directrice des soins a dit être consciente de ne pas avoir informé le directeur au plus tard un jour ouvrable après que s'est produit un incident qui a causé à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé. [alinéa 107 (3) 4]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le directeur est informé au plus tard un jour ouvrable après que se produit un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 110 (Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique).

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

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

- 1. Les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique.**
- 2. Les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées.**
- 3. Le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre.**
- 4. Le consentement.**
- 5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.**
- 6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.**
- 7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.**
- 8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7), dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :
 1. Les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique.
 2. Les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées.
 3. Le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre.
 4. Le consentement.
 5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu.
 6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.
 7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.
 8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

Le 23 mars 2015, le résident 01 a été vu dans un fauteuil roulant avec plateau à agrafes arrière. Le résident a été incapable de retirer le plateau qui était verrouillé à l'arrière du fauteuil roulant.

L'examen du formulaire d'observation des appareils de contention a révélé que deux moyens de contention étaient utilisés pour le résident 01 : une ceinture de sécurité et deux côtés de lit pour sa sécurité. Il n'y avait pas de documentation indiquant qu'un plateau à agrafes arrière avait été mis,

retiré, vérifié à chaque heure et réévalué pour en déterminer l'efficacité au moins toutes les huit heures par un membre du personnel autorisé. Les notes d'évolution d'un jour de février 2015 indiquaient que quelqu'un avait appelé Shoppers Drug Mart pour demander des sangles de la bonne taille pour le plateau à fixations arrière du résident 01.

Lors d'un entretien le 23 mars 2015, la PSSP 111 a indiqué que le plateau était fixé à l'arrière du fauteuil roulant du résident chaque fois que le résident était assis dans son fauteuil roulant. La PSSP 111 a indiqué que le résident avait besoin d'un plateau à agrafes arrière pour l'empêcher de glisser du fauteuil roulant, de tomber et de se blesser. Elle a confirmé que le plateau servant de moyen de contention n'était pas surveillé à chaque heure ni documenté sur le formulaire d'observation des moyens de contention.

Lors d'un entretien le 23 mars 2015, l'IA 108 a confirmé que le personnel appliquait au résident 01 un plateau à agrafes arrière chaque fois que celui-ci était assis dans un fauteuil roulant et que ce plateau était utilisé comme moyen de contention pour prévenir les chutes et par mesure de sécurité. Elle a indiqué que l'état du résident n'avait pas été réévalué et que l'efficacité du moyen de contention n'était pas évaluée au moins toutes les huit heures ou plus souvent selon l'état ou les conditions du résident.

Lors d'un entretien le 25 mars 2015, la directrice adjointe des soins a expliqué que lorsqu'elle avait parlé à l'ergothérapeute qui avait prescrit le plateau du résident un an auparavant, celui-ci avait dit avoir commandé un plateau rembourré comme appareil d'aide personnelle. La directrice adjointe des soins a indiqué que le plateau que le résident utilisait actuellement n'était pas celui que l'ergothérapeute avait prescrit et que, parce qu'il était muni de sangles, le personnel appliquait celles-ci tous les jours.

Le 23 mars 2015, la directrice des soins a indiqué qu'elle ne savait pas que le personnel attachait le plateau du résident 01 à l'arrière de son fauteuil roulant; elle a ajouté qu'elle était étonnée car le foyer n'avait pas l'habitude d'utiliser des plateaux à agrafes arrière pour maîtriser les résidents. [par. 110 (7)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'utilisation d'un plateau à agrafes arrière pour le résident 01 conformément à l'article 31 de la Loi est documentée. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 3 (Déclaration des droits des résidents.

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

3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

11. Le résident a le droit :

- i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,**
- ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,**
- iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,**
- iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci.**

Constatations :

1. Le titulaire de permis a manqué à l'obligation de veiller à ce que le résident ait le droit de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi.

Le 20 mars 2015, l'examen du plan d'urgence en cas d'incendie a révélé que le foyer gardait trois sacs d'urgence à chaque entrée de l'immeuble. Dans ces sacs, il y avait un classeur Duo-Tang bleu contenant des rapports avec le nom, le diagnostic et le régime alimentaire de tous les résidents du foyer.

Un entretien avec l'employé 106 a révélé que ces listes étaient mises à jour trimestriellement et conservées dans ces sacs qui doivent être utilisés en cas d'urgence. Après cet entretien, l'employé 106 a retiré du classeur Duo-Tang tous les renseignements personnels sur la santé des résidents. [sous-alinéa 3 (1) 11. iv]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 26 (Programme de soins).

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

3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

5. Ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs identifiés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire qui comprend, entre autres : ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs identifiés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.

Un examen du dossier de santé du résident 07 et de son programme de soins (daté d'août 2014, avec modifications datées à la main de novembre 2014 et de janvier 2015) concernant les comportements réactifs a révélé que le résident avait subi une dégradation progressive de son fonctionnement physique et de sa capacité cognitive. Le programme de soins ne précisait pas les comportements déclencheurs liés aux comportements réactifs ni les effets que les médicaments pouvaient causer et qu'il fallait surveiller.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 546 le 23 mars 2015, la PSSP 112 a confirmé qu'elle connaissait les comportements déclencheurs du résident 07 et savait à quelles périodes de son quart de travail ils se manifestaient. Le résident 07 suit les méthodes de la PSSP 112 et celle-ci amène le résident 07 à observer les soins, ceci avec une communication minimale par des gestes délicats ou des mesures de persuasion subtiles. Lorsqu'il lui a été demandé si elle partageait ses renseignements et ses méthodes avec d'autres, elle a dit qu'elle le faisait; les méthodes employées ne sont pas documentées dans le programme de soins du résident 07.

Après son admission à l'hôpital pour des comportements agressifs et une réévaluation de ses médicaments, le résident a continué à infliger des mauvais traitements d'ordre verbal ou physique, à résister au traitement et aux soins personnels, à crier et à errer en raison de sa déficience cognitive. Le programme de soins n'a pas été modifié.

La documentation pour la période de la fin d'octobre 2014 au 16 mars 2015 indiquait des comportements réactifs, par exemple : le résident refusait les soins et les médicaments, ouvrait les

robinets et quittait la pièce, refusait de manger, se promenait dans les chambres d'autres résidents, fouillait, commettait des agressions physiques lors desquelles il frappait le personnel et donnait des coups de poing aux autres résidents ou les pinçait, étendait des fèces partout dans la chambre et dans la salle de bain, cassait des objets, criait et cherchait à fuir.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 546 le 24 mars 2015, la directrice adjointe des soins a expliqué qu'un programme de soins personnalisé était en place pour le résident 07 et que des interventions particulières dans le cadre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) pour le résident 07 étaient prévues et à la disposition de l'ensemble du personnel de première ligne. Lorsque l'inspectrice, qui ne les avait pas vues, a demandé à la directrice adjointe des soins où se trouvaient ces interventions, cette dernière a été incapable de les trouver sous format papier ou électronique. Elle a plus tard expliqué que le programme de soins du résident 07 n'avait pas été préparé après son hospitalisation. La directrice adjointe des soins a affirmé à l'inspectrice que la PSSP du Projet OSTC connaîtrait toutes les interventions pratiquées pour le résident 07 et les inscrirait pour ce résident le 25 mars 2014.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice le 25 mars 2015, la PSSP 114 du Projet OSTC a fourni des renseignements sur les comportements déclencheurs du résident tels que la barrière linguistique et la douleur, mais elle a confirmé que les comportements déclencheurs et les interventions recommandées par l'infirmière d'aiguillage et le psychiatre de l'Hôpital Royal d'Ottawa n'étaient pas documentés dans le programme de soins, ajoutant que le programme de soins n'avait pas été mis à jour depuis longtemps. L'employée 114 a confirmé qu'elle mettrait ces renseignements sur papier pour la directrice adjointe des soins. Lorsqu'il lui a été demandé ce qui était fait au sujet du déclencheur à l'origine de la douleur, l'employée 114 a dit qu'elle pensait que le résident 07 recevait un analgésique mais que ce n'était pas sa responsabilité.

Ainsi, le programme de soins pour les comportements réactifs n'est pas communiqué clairement à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire en ce qui concerne les tendances, les déclencheurs et la variation des approches employées. [alinéa 26 (3) 5]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 33 (Bain).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 33 (1), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que chaque résident prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix, soit un bain, une douche ou une toilette complète à l'éponge, ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Lors d'un entretien le 17 mars 2015, le résident 03 a indiqué qu'il préférerait une toilette à l'éponge mais que le personnel lui « sortait » la douche chaque semaine, a ajouté que l'eau devenait très froide et que cela ne lui plaisait pas. Le 24 mars 2015, le résident a indiqué à l'inspectrice qu'il ne voulait pas de douche ou de bain, qu'il préférerait une toilette à l'éponge et que, depuis sa chirurgie de la hanche, il ne voulait pas que cette partie de son corps trempe dans l'eau.

Un examen de la liste des bains a révélé que le résident était censé prendre un bain selon les modalités suivantes la semaine 1 et la semaine 2 :

Semaine 1 :

- bain le lundi à 11
- douche le jeudi à 15 h 15.

Semaine 2 :

- douche le lundi à 9 h;
- douche le vendredi à 10 h 15.

L'examen de la dernière évaluation RAI-MDS 2.0 du résident a révélé que celui-ci résistait aux soins et que son comportement n'était pas facile à modifier. Le programme de soins ne précisait pas sa préférence concernant les bains.

Lors d'un entretien le 23 mars 2015, la PSSP 111 a indiqué que le résident 03 ne voulait pas de bain car le médecin le lui avait interdit. La PSSP a affirmé qu'une douche avait été donnée très rapidement au résident car tout le monde sait qu'il n'aime pas cela. Elle a ajouté que le jour où il est prévu que le résident prenne un bain, le résident 03 s'habille pour le petit-déjeuner et elle ne lui dit pas que c'est le jour du bain pour minimiser son angoisse.

Le 24 mars 2015, la PSSP 105 a indiqué que le résident 03 n'aimait ni la douche ni le bain. Elle a ajouté que depuis sa chirurgie de la hanche l'automne dernier, le résident insistait sur le fait que le médecin lui avait dit de garder cette région du corps au sec. La PSSP 105 a affirmé que le résident angoissait si on lui faisait prendre un bain et que, pour cette raison, on lui faisait prendre une douche parce que c'était plus rapide.

Lors d'un entretien le 24 mars 2015, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué qu'elle avait effectué l'évaluation RAI-MD8 2.0 en janvier 2015 et avait ainsi déterminé que le résident résistait aux soins mais elle n'a pas pu préciser à quels soins il résistait. Elle a affirmé qu'elle ne connaissait pas la méthode que le résident préférait pour le bain et a ajouté que le personnel ne lui avait jamais fourni ce renseignement. [par. 33 (1)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 73 (Service de restauration et de collation).

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

73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
8. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer aux résidents le service du dîner un plat après l'autre le 19 mars 2015.

Le 19 mars 2015 vers 17 h 3, l'inspectrice 126 a vu cinq résidents à qui le plat principal et le dessert ont été servis en même temps.

Lors d'un entretien, l'IA 103 a indiqué que ce n'était pas habituel et qu'elle ne savait pas très bien pourquoi cela s'était produit. L'employée 103 a indiqué qu'il n'y avait pas de raisons particulières pourquoi ces cinq résidents avaient besoin de leur plat principal et d'un dessert en même temps.

Un entretien avec la directrice des soins a révélé que les résidents étaient censés se voir servir leurs repas un plat après l'autre. En ce moment, aucun résident du foyer n'a besoin qu'on lui serve son plat principal et le dessert en même temps. [alinéa 73 (1) 8]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 230 (Plans de mesures d'urgence).

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



Ministry of Health and
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

(6) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient évalués et mis à jour au moins une fois par année et, notamment, à ce que soient mises à jour les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 230 (6).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que plan de mesures d'urgence en cas d'incendie soit mis à jour au moins une fois par année.

Le 20 mars 2015, l'inspectrice 126 a examiné le plan d'urgence en cas d'incendie. Il a été noté que ce plan n'avait pas été mis à jour depuis 2011. Dans le classeur du plan d'urgence en cas d'incendie, les numéros de téléphone étaient périmés, les lettres des organismes communautaires ou des établissements ou ressources partenaires qui participeraient à la réponse à une urgence dataient de 2009 et 2010.

Lors d'un entretien le 20 mars 2015, l'employée 106 a indiqué qu'elle ne savait pas que le plan d'urgence en cas d'incendie devait être révisé annuellement.

Lors d'un entretien le 24 mars 2015, l'administratrice a indiqué que le plan d'urgence en cas d'incendie n'était pas mis à jour annuellement. L'administratrice a ajouté que depuis sa rédaction, la seule modification apportée au plan était que le foyer avait maintenant une génératrice. [par. 230 (6)]

Date de délivrance : 10 juillet 2015 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

Copie destinée au public modifiée

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	LINDA HARKINS (126), ANGELE ALBERT-RITCHIE (545), SUSAN WENDT (546)
N° de registre :	O-001743-15
N° du rapport d'inspection :	2015_225126_0012 (A1)
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	10 juillet 2015 (A1)
Titulaire de permis :	TAMINAGI INC. 5, rue Loiselle, C.P. 2132, Embrun (Ontario) K0A 1W1
Foyer de soins de longue durée :	SARFIELD COLONIAL HOME 2861 Colonial Road, C.P. 130, Sarsfield (Ontario) K0A 3E0
Nom de l'administratrice :	CHANTAL CRISPIN

Aux termes du présent document, TAMINAGI INC. est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001**Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)**Aux termes du :**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1)

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
 - i. gardées fermées et verrouillées,
 - ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
 - iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :
 - A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,
 - B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.
- 1.1 Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.
2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.
3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.
4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2); Règl. de l'Ont. 246/13, art. 2.

Ordre :

Pour assurer la conformité au sous-alinéa 9 (1) 1. iii. du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis assurera :

- a) que toutes les portes auxquelles les résidents ont accès et qui donnent sur un escalier ou sur l'extérieur du foyer sont dotées d'une alarme sonore;
 - b) que les appels ne peuvent être annulés qu'à leur point d'activation, celui-ci étant la porte;
- ET
- c) que l'alarme est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel (le système);
- OU

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

Il convient de noter que les appels ne doivent pas s'annuler d'eux-mêmes. Il faut que quelqu'un soit obligé de se rendre à la porte pour annuler l'appel.

Tant que le titulaire de permis ne se sera pas conformé au sous-alinéa 9 (1) 1. iii. du Règl. de l'Ont. 79/10, des mesures formelles doivent être prises pour assurer la sécurité des résidents compte tenu de l'absence d'une alarme à toutes les portes en question, qui empêche la notification du personnel lorsque ces portes se déverrouillent sans déclencher l'alarme lorsqu'on y accède.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer soient dotées d'une alarme sonore comme l'exige la loi.

Aucune des portes du foyer auxquelles les résidents ont accès et qui donnent sur un escalier, y compris la porte principale, n'est dotée de l'alarme exigée.

Le 17 mars 2015, quand l'inspectrice 126 est arrivée au foyer et qu'elle a ouvert la porte principale, elle a remarqué que celle-ci était verrouillée mais qu'elle n'était pas dotée d'une alarme.

Le 17 mars 2015, un entretien avec le chef des services environnementaux (employé 100) a révélé que la porte donnant sur l'extérieur n'était pas dotée d'une alarme. L'employé 100 a indiqué que, sur la porte principale, il y avait une alarme qui ne sonnait que pour les résidents qui portaient un bracelet Wanderguard et qu'à ce moment-là le foyer n'avait pas de bracelets qui fonctionnaient. L'employé 100 a ajouté que le foyer allait commander de nouveaux bracelets Wanderguard.

Le 27 mars 2015, un entretien téléphonique avec l'administrateur a révélé que toutes les portes donnant sur l'escalier des unités des résidents étaient verrouillées mais qu'elles n'étaient pas dotées d'une alarme.

(126)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 septembre 2015

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

Directeur

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

et Directeur

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

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

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

Date de délivrance :**Signature de l'inspecteur :****Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :****Bureau régional de services :**

Original signé par

LINDA HARKINS

Ottawa