



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
21 juillet 2015	2015_380593_0015	S-000832-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

ST. JOSEPH'S HEALTH CENTRE OF SUDBURY
1140 South Bay Road
SUDBURY ON P3E 0B6

Foyer de soins de longue durée

VILLA ST. GABRIEL'S VILLA OF SUDBURY
4690 Municipal Road 15
Chelmsford ON P0M 1L0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

GILLIAN CHAMBERLIN (593), LINDSAY DYRDA (575), SARAH CHARETTE (612),
TIFFANY BOUCHER (543)

Résumé de l'inspection



**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**

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

Cette inspection s'est tenue du 25 au 29 mai et du 1^{er} au 5 juin 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, le directeur des soins, le directeur adjoint des soins, le chef du service de diététique, du personnel infirmier autorisé, le diététiste autorisé, du personnel du service de diététique, du personnel du service de rééducation, du personnel du service d'entretien, des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), ainsi que des résidents et des membres de leur famille.

Les inspectrices ont observé la fourniture de soins et de services aux résidents, l'interaction entre le personnel et les résidents, l'interaction entre résidents et l'environnement des résidents, puis ont examiné le dossier de santé des résidents, le dossier de formation du personnel et les politiques du foyer.

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

- activités récréatives et sociales;
- comportements réactifs;
- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- dotation en personnel;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- hospitalisation et changement de l'état;
- médicaments;
- nutrition et hydratation;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- rapports et plaintes;
- recours minimal à la contention;
- services de soutien personnel;
- soins de la peau et des plaie.



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

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

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

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

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

12 AE
6 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 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. (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).

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).

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

Constatations :

1. Lors d'une inspection menée le 30 décembre 2014 sous le numéro 2014_282543_0029, un ordre de conformité a été délivré aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 6 (1) c). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 022, particulièrement en ce qui concerne les transferts et la mobilité.

L'inspectrice 543 a examiné les dernières notes de la conférence sur les soins du résident 022, qui précisait que la mobilité de ce résident avait diminué depuis son admission et qu'il fallait maintenant utiliser un dispositif particulier pour ses transferts.

L'inspectrice 543 a examiné le dernier programme de soins de ce résident, dans lequel étaient précisés les objectifs du résident en matière de mobilité et l'aide dont il avait besoin pour les atteindre. En ce qui concerne les transferts, le programme de soins du résident indiquait que les interventions requises seraient précisées dans la partie de son programme de soins portant sur la mobilité. Cependant, ces interventions n'étaient pas précisées dans cette partie de son programme de soins.

L'inspectrice a examiné les derniers déclencheurs du protocole d'évaluation du résident liés au potentiel de réadaptation fonctionnelle et aux AVQ, qui indiquaient que le résident avait besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité.

Lors d'un entretien concernant les transferts de ce résident, l'employé 100 a affirmé que le résident nécessitait une aide soutenue pour les transferts et la mobilité au moyen d'un appareil particulier. Il a également été dit que ce résident avait besoin d'aide pour les transferts et qu'il était incapable de marcher. L'inspectrice s'est entretenue avec l'employé 101, qui a affirmé que le résident 022 avait besoin d'un appareil particulier pour tous les transferts et qu'il était non ambulatoire. L'employé 101 a indiqué que tous les renseignements concernant leurs besoins en élimination et en transferts se trouveraient dans le programme de soins.

Lors d'un entretien avec l'employé 102 au sujet des besoins en mobilité de ce résident, il a été déterminé que le résident 022 avait un nouveau statut en matière de mobilité, puisque ses besoins ont changé récemment, que le programme de soins aurait dû être mis à jour pour indiquer ce changement et qu'il serait modifié en conséquence. [alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 022.

L'inspectrice s'est entretenue avec l'employé 103 pour confirmer l'utilisation d'une caractéristique spéciale du fauteuil roulant de ce résident. L'employé 103 a expliqué à l'inspectrice que le programme de soins du résident indiquait l'utilité de cette caractéristique et indiquera à quoi elle sert. L'employé 103 et l'inspectrice ont examiné le programme de soins ensemble et précisé que le programme de soins indiquait simplement « aide complète en fauteuil roulant ». L'employé 103 a confirmé avec l'employé 102 que la caractéristique spéciale était destinée à offrir des mesures de confort. L'employé 103 a ensuite mis à jour le programme de soins. Lors d'un entretien concernant le fauteuil de ce résident et sa caractéristique spéciale, l'employé 103 a indiqué que ce résident utilisait ce fauteuil depuis son admission et que le fauteuil à caractéristique spéciale n'était pas considéré comme un appareil d'aide à la mobilité ou comme un appareil de contention tant que le procureur avait



consenti à son utilisation et que celle-ci était inscrite dans son programme de soins, qui doit préciser pourquoi ce résident a besoin du fauteuil à caractéristique spéciale.

Lors d'un entretien concernant le fauteuil et sa caractéristique spéciale pour le résident 022, l'employé 102 a indiqué que ce résident avait besoin de cette caractéristique spéciale pour son confort et qu'il avait un dispositif attaché à cette fin. Ces renseignements n'ont pas été inscrits dans le programme de soins du résident 022.

L'employé 102 a indiqué que pour la planification des soins concernant un fauteuil à caractéristique spéciale, le programme de soins est un document commun, mais qu'habituellement chaque discipline doit y inscrire les données utiles. [alinéa 6 (1) c)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 021.

L'inspectrice 612 a examiné le dossier de santé du résident 021. L'inspectrice a noté dans le programme de soins du résident, dans la partie concernant l'hygiène et la toilette, qu'il y avait eu des interventions liées à l'utilisation des prothèses dentaires du résident.

L'inspectrice 612 a observé le résident 021 le 3 juin 2015. Lors du petit-déjeuner et du déjeuner, le résident ne portait pas ses prothèses dentaires comme le préoyaient les directives particulières inscrites dans le programme de soins.

L'inspectrice 612 s'est entretenue avec l'employé 103, qui a indiqué pourquoi le résident ne portait pas ses prothèses dentaires conformément aux directives particulières du programme de soins. Les employés 101 et 104 ont confirmé que, contrairement à ce qui était prévu dans son programme de soins, le résident ne portait pas ses prothèses dentaires.

L'inspectrice 612 a examiné le dossier de santé du résident 021. Le programme de soins du résident précisait l'intervention « encourager l'application de l'appareil à la main droite durant chaque quart de travail ».

À de nombreuses reprises durant l'inspection, l'inspectrice a vu que le résident 021 avait un dispositif appliqué à la main gauche et à la main droite.

L'inspectrice a interrogé l'employé 104, qui a confirmé que le personnel appliquait un dispositif aux mains du résident. [alinéa 6 (1) c)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

L'inspectrice 593 a constaté, le 28 mai 2015, que les côtés de lit du résident 011 étaient en position relevée. Durant le reste de l'inspection, l'inspectrice a vu à maintes reprises que les côtés de lit étaient abaissés. Un examen du programme de soins du résident a révélé une intervention documentant « côtés de lit relevés lorsqu'au lit ».

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 105 a confirmé que le résident 011 utilisait les côtés de lit lorsqu'il se levait. L'employé a également affirmé que les côtés de lit étaient toujours en position relevée, même durant la journée.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 106 a confirmé que le résident 011 utilisait les côtés de lit. L'employé 106 a ajouté que des interventions particulières étaient en place à propos des côtés de lit pour le résident 011. L'employé 106 a fait savoir que le résident utilisait les côtés de lit lorsqu'il se levait le matin.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 5 juin 2015, le directeur adjoint des soins par intérim a confirmé que le programme de soins de ce résident, en ce qui concerne l'utilisation de côtés de lit, aurait dû être plus personnalisé de façon à préciser cette intervention particulière.

Un examen de la politique du foyer « Utilisation des côtés de lit », datée du 6 septembre 2015, documentait de veiller à ce que le programme de soins soit mis à jour pour refléter l'utilisation des côtés de lit et la justification. [alinéa 6 (1) c)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Un examen de la feuille de nutrition située dans l'une des salles à manger le 28 mai 2015 a révélé que le résident 025 devait avoir un régime à texture modifiée.

Un examen des ordres du médecin du résident 025 a révélé que le résident devait recevoir un régime à texture ordinaire. Un examen du programme de soins du résident 025 a révélé que le résident devait recevoir un régime à texture ordinaire.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 107 a indiqué qu'il y avait une feuille de nutrition dans la dépense de chaque salle à manger et que le personnel s'y référait pour connaître les besoins diététiques de chaque résident.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 108 a indiqué qu'il y avait une liste diététique des résidents qui était sortie et consultée pour chaque repas. S'il y a des changements dans

les besoins diététiques d'un résident, cette liste est mise à jour très rapidement pour que le personnel soit au courant des changements. [alinéa 6 (1) c)]

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial du résident ait l'occasion de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, le mandataire spécial du résident 003 a indiqué qu'il n'avait pas été informé lorsqu'il y a eu un changement dans les médicaments du résident.

L'inspectrice 575 a examiné le dossier de santé du résident. L'inspectrice a noté qu'en mars 2015, la médication ordonnée pour le résident avait été augmentée.

L'inspectrice a interrogé trois membres du personnel autorisé – l'employé 109, l'employé 110 et l'employé 111 – qui ont tous confirmé que lorsqu'il y a des changements dans la médication d'un résident, le personnel doit en informer le mandataire spécial du résident et documenter dans les notes de progrès que le mandataire spécial en a été informé. L'employé 111 a examiné les notes d'évolution du résident et confirmé qu'il n'y avait pas de notes indiquant que le mandataire spécial avait été informé de l'augmentation de la dose de médicament faite en mars 2015.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 575, le mandataire spécial du résident a indiqué qu'il était présent au foyer lorsqu'un membre du personnel administrait son médicament au résident 003 et qu'il a remarqué qu'un comprimé supplémentaire avait été donné au résident. Le mandataire spécial a affirmé qu'il avait mis en question la posologie et que c'était à ce moment-là que l'employé avait informé le mandataire spécial qu'il y avait eu un changement dans les médicaments du résident. [par. 6 (5)]

7. 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.

L'inspectrice 612 a examiné le dossier de santé du résident 021. Dans le programme de soins du résident, l'inspectrice a noté l'intervention « veiller à ce que le dispositif du lit soit appliqué en tout temps, même si le résident n'est pas dans sa chambre, conformément aux directives du procureur.

L'inspectrice 612 a vu que le dispositif du lit du résident n'était pas en place le 4 juin 2015, quand le résident était au lit. L'inspectrice a vu le corésident se diriger vers la chambre du résident 021 et y pénétrer. L'inspectrice a ensuite vu venir deux membres du personnel dans le couloir.

Ils ont dépassé la chambre du résident, ont vu que le corésident était dans la chambre du résident 021 et l'ont raccompagné à l'extérieur de la chambre. L'employé 100 a mis le dispositif du lit du résident en marche.

L'inspectrice 612 s'est entretenue avec l'employé 100, l'employé 112 et l'employé 103, qui ont confirmé que le dispositif du lit du résident devait être en marche en tout temps. [par. 6 (7)]

8. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit mis à jour quand les besoins en soins du résident changent.

L'inspectrice 543 a examiné le dernier compte rendu de la conférence sur les soins du résident 022, qui indiquaient que la mobilité du résident avait diminué depuis son admission; différentes interventions sont donc requises pour le transfert et la mobilité.

Lors d'un entretien avec le physiothérapeute du foyer au sujet du fait que ce résident requiert différentes aides à la mobilité, il a été dit que le statut du résident en ce qui concerne l'utilisation d'une aide à la mobilité différente était un changement récent, que la mobilité du résident avait diminué et que le résident avait donc besoin d'une aide à la mobilité différente. Il a été dit qu'en fait de planification des soins, habituellement chaque discipline devait mettre à jour les changements touchant les besoins des résidents en matière de soins. Il a été confirmé que le programme de soins aurait dû être mis à jour de façon à indiquer ce changement et que cette modification aurait dû être faite lorsque les besoins du résident ont évolué. [alinéa 6 (10) b)]

Autres mesures requises :

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

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

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

8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer soit respecté.

L'inspectrice 543 a examiné la politique du foyer « Programme de prévention et de gestion des chutes ». Aux termes de cette politique, les tâches du personnel autorisé comprenaient, sans s'y limiter, la notification du médecin traitant et de la famille du résident qui fait une chute et la notification du directeur des soins ou de son représentant si la chute entraîne une blessure importante, car ceci doit être signalé au MSSLD au moyen du Système de rapport d'incidents critiques.

Lors d'un entretien au sujet d'un incident concernant le résident 022, qui est tombé durant un transfert, l'administrateur a indiqué que le directeur des soins n'avait été informé que cinq jours après l'incident, que la chute avait causé une blessure et que le résident était tombé durant un transfert. L'administrateur a également confirmé que pour cette raison il avait fallu cinq jours avant que l'incident grave soit communiqué au MSSLD, sinon il lui aurait été signalé immédiatement. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique relative au Programme de soins liés à l'incontinence soit respectée.

L'inspectrice 612 a examiné la politique du foyer intitulée *Continence Care Program* (programme de soins liés à l'incontinence). Cette politique indiquait que les rôles et les responsabilités des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) étaient de réaliser une évaluation de la continence intestinale et urinaire au moment de l'admission, trimestriellement et lorsqu'il y a un changement de l'état qui touche la continence.

L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident 011 et constaté que ce résident avait été admis au foyer en 2014. L'onglet des évaluations dans le PointClickCare (PCC) a été examiné et l'inspectrice n'a pas trouvé d'évaluation de la continence urinaire et intestinale qui ait été réalisée depuis l'admission du résident. Par conséquent, comme l'indique la documentation, ce résident n'a pas eu d'évaluation de sa continence urinaire et intestinale au moment de son admission ni trimestriellement.

De plus, l'inspectrice s'est entretenue avec le directeur des soins par intérim et avec l'employé 116, qui ont confirmé que les évaluations de la continence intestinale et urinaire devaient être faites à l'admission et trimestriellement. Ils ont confirmé que ces évaluations seraient documentées dans le PCC sous l'onglet « Évaluations ». [alinéa 8 (1) b)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique du foyer concernant le recours minimal à la contention.

Durant l'inspection, l'inspectrice 612 a vu le résident 031 dans son fauteuil, au poste infirmier, en train de passer son appareil de contention par-dessus la tête. Le personnel de l'unité a été informé, l'appareil de contention a été détaché et le résident n'a subi aucune blessure.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer intitulée *Least Restraint* (recours minimal à la contention). Cette politique indiquait ceci : « un membre du personnel infirmier autorisé (IA ou IAA) réévaluera l'état des résidents et l'efficacité de la mesure de contention au moins toutes les huit heures lorsqu'elle est utilisée. Ceci sera documenté dans le dossier d'administration des médicaments (DAM).

L'inspectrice 612 a examiné le DAM du résident pour une période de deux mois et a été incapable de trouver de la documentation pour indiquer que l'état du résident et l'efficacité de la contention avaient été évalués au moins toutes les huit heures pendant l'utilisation de la contention.

L'inspectrice 612 a examiné le DAM du résident 031 avec l'employé 117, qui a confirmé qu'il n'y avait rien dans ce document qui obligeait le personnel autorisé à consigner des renseignements toutes les huit heures ou plus souvent, au besoin. [alinéa 8 (1) b)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient respectées les politiques du foyer intitulées *Expiry and Dating of Medications* (péremption et datation des médicaments) et *Medication Storage* (entreposage des médicaments).

L'inspectrice 575 a vu le chariot à médicaments avec l'employé 110 dans l'aire Whitewater du foyer. Cet employé a affirmé que l'insuline se conservait dans le chariot à médicaments pendant 30 jours une fois sortie du réfrigérateur et que le personnel devait étiqueter l'insuline et y inscrire la date à laquelle elle est retirée du réfrigérateur. L'inspectrice a constaté, dans le chariot à médicaments, la présence – confirmée par l'employée – de deux stylos injecteurs ne portant pas sur l'étiquette la date de leur sortie du réfrigérateur. La politique du foyer intitulée *Expiry and Dating of Medications* datée 01/14 indiquait que les médicaments désignés (gouttes pour les yeux, insuline) devaient être datés une fois ouverts et retirés de l'inventaire lorsque périmés et qu'il fallait se référer aux dates de péremption recommandées une fois le produit ouvert.

L'inspectrice 575 a observé les réfrigérateurs de tous les entrepôts de médicaments ainsi que celui où les vaccins étaient entreposés. Figurent ci-après, pour différentes aires du foyer, les entretiens avec le personnel concerné, les observations du réfrigérateur et une vérification de tous les registres des températures :

Dans une aire particulière du foyer :

L'employé 118 a affirmé que normalement il prend la température avant toute chose le matin mais qu'il ne l'avait pas encore prise aujourd'hui. L'inspectrice a noté ce qui suit dans le réfrigérateur : du flan, de l'insuline, un bol de fruits, un vaccin Mantoux. Les registres des températures ont été obtenus,

l'inspectrice les a examinés et a déterminé que la température n'avait pas été consignée depuis le 4 février 2015 et qu'avant cela, elle n'avait été prise que le 2 janvier 2015.

Dans une aire particulière du foyer :

L'employé 119 a affirmé que le personnel à temps plein devait consigner les températures et qu'étant donné qu'il était employé occasionnel, il n'avait pris aucune température. L'inspectrice a noté ce qui suit dans le réfrigérateur : du flan, de l'insuline, du PegLyte et du Boost. Les registres des températures ont été obtenus pour avril, mai et juin 2015, l'inspectrice les a examinés et a déterminé ce qui suit : les températures ont été consignées seulement 12 fois sur 60 en avril, 23 fois sur 62 en mai et deux fois sur huit en juin (jusqu'au 4 juin).

Dans une aire particulière du foyer :

L'employé 120 a affirmé que les températures du réfrigérateur devaient être prises une fois par quart de travail par l'IAA. L'inspectrice a noté ce qui suit dans le réfrigérateur : du flan, du Nutella, du chocolat, du Fruit Rite, de la bière et de l'insuline. Les registres des températures ont été obtenus pour mai et juin 2015, l'inspectrice les a examinés et a déterminé ce qui suit : les températures ont été consignées seulement 54 fois sur 62 en mai et six fois sur neuf en juin.

Dans une aire particulière du foyer :

L'employé 110 a affirmé que les températures des réfrigérateurs n'ont pas besoin d'être prises dans chaque aire du foyer parce qu'il n'y a pas de médicaments qui doivent être surveillés et que le seul réfrigérateur qui soit surveillé est celui des vaccins. L'inspectrice a vu de l'insuline et du flan dans le réfrigérateur. Les registres des températures ont été obtenus pour mai, l'inspectrice les a examinés et a déterminé que les températures n'étaient pas consignées de façon uniforme et qu'aucune température n'avait été consignée depuis le 24 mars 2015.

L'inspectrice a examiné les registres des températures du réfrigérateur destiné aux vaccins pour avril et mai 2015 et noté qu'en avril il y avait eu six fois où la température n'avait pas été consignée et qu'en mai, il y avait eu 12 fois où elle n'avait pas été consignée.

Lors d'un entretien, l'employé 109 a affirmé que les températures du réfrigérateur destiné aux vaccins étaient prises deux fois par jour et qu'il n'était pas sûr de ce qu'il en était du réfrigérateur de chaque entrepôt de médicaments. Un autre employé, l'employé 121, a affirmé que les IAA devaient s'occuper du réfrigérateur de leur entrepôt de médicaments et que les IA s'occupaient du réfrigérateur destiné aux vaccins.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins par intérim au sujet de la surveillance et de la consignation des températures. Le directeur des soins par intérim a indiqué que les températures n'avaient pas besoin d'être surveillées pour les réfrigérateurs de toutes les aires du foyer parce qu'ils ne contiennent pas de médicaments nécessitant une surveillance. De plus, ils ont déclaré que les

températures ne devaient être surveillées que pour le réfrigérateur destiné aux vaccins et qu'elles devaient être consignées deux fois par jour.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer intitulée *Medication Storage* (entreposage des médicaments) datée 01/14, qui indiquait à la partie C (le réfrigérateur) d'entreposer tous les médicaments nécessitant une réfrigération dans un réfrigérateur distinct au moment de leur réception, séparés des aliments et des échantillons de laboratoire. Ce réfrigérateur doit être verrouillé dans l'entrepôt des médicaments. Les stupéfiants et les médicaments désignés doivent être verrouillés à double tour. La température doit être maintenue entre 2° C et 8° C. Il faut veiller à ce que la température se situe dans cette fourchette lorsqu'un médicament est retiré du réfrigérateur ou y est ajouté. Éviter de prendre la température du réfrigérateur après que la porte reste ouverte un certain temps. Le réfrigérateur utilisé pour l'entreposage des vaccins sera surveillé régulièrement et les températures seront consignées conformément aux directives du service de santé publique. Entreposer les médicaments externes séparément, dans un lieu autre que celui où sont gardés les médicaments internes. Ne pas entreposer de médicaments dans la porte du réfrigérateur, où les températures ne sont pas toujours dans la fourchette recommandée.

L'inspectrice a noté que les températures n'étaient pas toujours consignées ou surveillées de façon uniforme et que des aliments étaient entreposés avec les médicaments. [alinéa 8 (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de toutes les politiques et de tous les programmes que la LFSLD prévoit. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 11 (Services de diététique et d'hydratation).

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

11. (2) Sans préjudice de la portée générale du paragraphe (1), le titulaire de permis veille à ce que les résidents reçoivent des aliments et des liquides sains, nutritifs et variés en quantité suffisante. 2007, chap. 8, par. 11 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents ayant besoin d'un régime à texture modifiée et de liquides épaissis reçoivent des aliments et des liquides sécuritaires.

Durant le service du déjeuner dans l'une des unités du foyer le 25 mai 2015, l'inspectrice 593 a observé deux choix de plats principal offerts aux résidents, notamment un sandwich au porc chaud avec salade ou une assiette de fromage cheddar, de fruits et de pain aux bananes. Aux résidents qui ont besoin d'un régime de purées, ces deux choix de repas ont été servis en purée; cependant, aux résidents qui ont besoin d'un régime à texture hachée, l'assiette normale de fromage cheddar, de fruits et de pain aux bananes a été servie s'ils faisaient ce choix. Ce second choix de repas n'a pas été vu en texture hachée. Les résidents qui ont besoin d'un régime à texture hachée comme indiqué sur les feuilles de nutrition ont reçu une assiette de fromage, de fruits et de pain aux bananes.

Durant le service du déjeuner dans l'une des unités du foyer le 25 mai 2015, l'inspectrice 593 a observé deux choix de dessert offerts aux résidents, notamment des tartelettes au beurre ou du raisin. Aux résidents qui ont besoin d'un régime à texture hachée, la tartelette au beurre normale a été servie. Ceci a été confirmé par l'employé 103, qui a indiqué que la tartelette au beurre normale a été servie aux résidents qui ont besoin d'un régime à texture hachée. Les résidents qui ont besoin d'un régime à texture hachée comme indiqué sur les feuilles de nutrition ont reçu une tartelette au beurre normale.

Durant le service du déjeuner dans l'une des unités du foyer le 2 juin 2015, l'inspectrice 593 a vu deux choix de plat principal offerts aux résidents, notamment un goulasch de bœuf et légumes avec salade ou des perogies avec oignon et bacon accompagnés d'une salade. Il a été observé que ces deux choix étaient offerts en purée; cependant, seul le goulasch de bœuf et légumes a été vu en texture hachée. Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593, l'employé 122 a indiqué qu'il n'était pas sûr si les perogies convenaient aux résidents ayant besoin d'un régime à texture hachée. À cette heure, il a demandé à l'employé 103, qui a répondu « oui, nous les servons simplement sans bacon ». Les résidents qui ont besoin d'un régime à texture hachée comme indiqué sur les feuilles de nutrition ont reçu des perogies ordinaires.

Durant le service du déjeuner dans l'une des unités du foyer le 2 juin 2015, l'inspectrice 593 a vu le résident 021 recevoir deux boissons, toutes deux de consistance claire. La feuille de nutrition de ce résident documente des liquides épaissis. Les résidents 006 et 007 ont été vus avec des liquides épaissis; cependant, les liquides ont été épaissis par le PSSP, que l'inspectrice a vu préparer sans mesurer la quantité d'épaississant ou sans consulter une recette.

Durant le service du dîner dans l'une des unités du foyer le 2 juin 2015, l'inspectrice 593 a vu les résidents 005 et 010 recevoir un jus de canneberge épaissi. Elle a également vu que les résidents prenaient ces boissons avec une paille. Le jus de canneberge épaissi observé sur le chariot à boissons avait la consistance d'un nectar. Selon les ordres du médecin des résidents 005 et 010, ces résidents doivent recevoir des liquides de consistances différentes. L'employé 123 a confirmé que les résidents 005 et 010 recevaient le jus de canneberge épaissi de la consistance d'un nectar.

Durant le service du déjeuner dans l'une des unités du foyer le 3 juin 2015, l'inspectrice 593 a vu que le résident 009 s'était vu proposer le choix de pommes de terre rissolées ou en purée. Elle a également vu ce résident recevoir de la mortadelle avec son repas. Un examen des ordres du médecin pour ce résident a révélé que le résident devait avoir un régime à texture modifiée. L'inspectrice a vu le résident 005 recevoir trois boissons épaissies durant le service de ce déjeuner; deux des boissons avaient la consistance d'un nectar. Un examen des ordres du médecin pour ce résident a révélé qu'il devait recevoir des liquides d'une consistance différente. Les deux choix de menu offerts durant le service de ce déjeuner étaient de la mortadelle frite avec pommes de terre rissolées et pois ou un burger de poisson pané avec salade de chou. L'inspectrice a vu que le burger de poisson pané n'était pas offert en texture hachée et, comme l'a confirmé le personnel du service de diététique, le burger de poisson ordinaire était jugé approprié pour les résidents ayant besoin d'un régime à texture hachée.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 124 a indiqué que le personnel infirmier était chargé de préparer le liquide épaissi dans la salle à manger et qu'il y avait une recette affichée au mur à côté de la dépense. Il a ajouté que le foyer avait des liquides épaissis dans le commerce mais que ceux-ci n'étaient que de la consistance du nectar. L'employé 124 a également confirmé que le personnel ne devait pas ajouter d'épaississant aux liquides déjà épaissis car il n'a pas de directives pour cela et le résultat est généralement un produit qui fait des grumeaux. Il a également été dit qu'il y avait eu des problèmes avec le service de liquides épaissis au foyer. L'employé 124 a été informé que les aliments suivants avaient été servis à des résidents ayant besoin d'un régime à texture modifiée : burger de poisson pané, perogies et tartelette au beurre. L'employé 124 a expliqué qu'en ce qui concerne le burger de poisson, le personnel aurait dû couper le poisson et y ajouter de la sauce pour le ramollir; quant aux perogies, le personnel aurait dû les couper; enfin, la tartelette au beurre ne convient pas aux résidents ayant besoin d'un régime à texture hachée.

Un examen de la politique du foyer intitulée *Diet Order Glossary* (glossaire des ordres nutritionnels) datée du 25 avril 2014, a révélé que les régimes à texture hachée devaient prévoir des aliments hachés, en purée ou mous et que les liquide épaissis avec du miel étaient trop épais pour être pris avec une paille.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice 593 a vu de nombreuses fois des résidents ayant besoin d'aliments et de liquides à texture modifiée recevoir des aliments et des liquides qui n'avaient pas la bonne consistance d'après leur ordre nutritionnel. De plus, les régimes à texture hachée offerts n'étaient pas conformes à la politique du foyer ou aux ordres du diététiste autorisé du foyer.
[par. 11 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de

redressement visant à assurer que les résidents ayant besoin de repas à texture modifiée reçoivent des aliments de texture adaptée à leur ordre nutritionnel et à ce que les textures soient conformes aux directives relatives aux meilleures pratiques. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 15 (Côtés de lit).

Constatations :

1. L'inspectrice 575 a vu à de nombreuses reprises le résident 003 installé dans son lit avec les côtés de lit relevés. L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident et noté que les côtés de lit devaient être relevés quand le résident est au lit et qu'ils étaient utilisés tous les jours pour les transferts et la mobilité. Les employés 113 et 114 ont confirmé à l'inspectrice que le résident utilisait les côtés de lit pour les transferts et la mobilité.

L'inspectrice a demandé au directeur des soins par intérim quand les côtés de lit étaient utilisés, si ces résidents avaient été évalués et si leurs lits avaient été évalués conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques en vigueur, afin de minimiser le risque pour le résident. Le directeur des soins par intérim a fourni à l'inspectrice un document intitulé *St. Gabriel's Villa Bed Entrapment Risk Assessment* (évaluation du risque de coincement pour les lits de la Villa St-Gabriel) daté du 30 août 2012. Ce document indiquait que le foyer comptait 128 lits et montrait ce qui suit : les lits sont en majeure partie des JOERNS de modèle ECS Easy Care 5, à l'exception de quatre résidents qui ont des lits bariatriques JOERNS de modèle XT Ultra Care; d'autre part, 123 lits sur 128 ont un matelas mousse Geo, deux ont un matelas pneumatiques et quatre ont un matelas mousse bariatrique. La vérification incluait 12 lits JOERNS de modèle ECS Easy Care 5 avec matelas mousse Geo Tech ordinaire et les quatre lits bariatriques XT Ultra Care avec matelas mousse bariatrique ordinaire Geo Tech. Le test a été effectué au moyen d'un dispositif de National Safety Technologies. L'évaluation a révélé que sept zones de coincement avaient été identifiées au moyen des Lignes directrices de Santé Canada et qu'il y avait des limites dimensionnelles pour les zones 1 à 4. L'évaluation a révélé que sur les 12 lits mis à l'épreuve, les zones 1 à 4 avaient réussi le test. Le lit du résident 002 ne faisait pas partie de l'évaluation.

L'inspectrice 575 a interrogé l'employé 115 au sujet de l'évaluation des lits. L'employé 115 a indiqué que les lits avaient été évalués à un moment puis a confirmé que seuls 12 lits avaient été évalués, plus les quatre lits bariatriques. L'employé 115 a indiqué que tous les lits étaient les mêmes et que, par conséquent, une vérification aléatoire de 12 lits avait été effectuée pour évaluer le risque de coincement (chaque lit n'a pas été évalué). L'inspectrice a demandé si le foyer avait examiné la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité et on lui a répondu que l'ensemble du foyer n'avait pas fait l'objet d'une évaluation particulière pour la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. L'employé 115 a

indiqué que, lorsque quelque chose est brisé ou a besoin d'être réparé, le personnel remplit un ordre de travail et le personnel du service d'entretien effectue la réparation dans un délai de 24 à 48 heures. Il a ajouté que s'il y avait un risque pour la sécurité des résidents, le service d'entretien était appelé immédiatement pour corriger la situation.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins par intérim au sujet de l'évaluation des résidents et des lits. Ce dernier a indiqué que l'évaluation des résidents pour les côtés de lit dépendait de l'évaluation effectuée à l'admission, du niveau de soins requis (selon que le résident est autonome ou a besoin d'aide), de la raison de l'utilisation des côtés de lits (sécurité ou transferts) et des préférences du résident. Le directeur des soins par intérim a ajouté que le foyer n'évalue pas tous les lits parce qu'ils sont tous les mêmes et qu'ils ont été achetés selon les Lignes directrices de Santé Canada. L'inspectrice a posé des questions sur l'obligation d'assurer que des mesures sont prises pour empêcher que les résidents soient coincés, compte tenu de toutes les possibilités de coincement, et le membre du personnel a indiqué que les mesures pour réduire le risque de coincement incluaient l'évaluation de ce risque réalisée sur 12 lits et sur quatre autres lits en veillant à ce qu'ils soient conformes aux exigences en matière de sécurité. Le membre du personnel a ajouté qu'il n'y avait pas eu d'évaluation particulière pour la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité et que le personnel devait signaler tout problème au service d'entretien.

L'inspectrice a examiné une note du ministère de la Santé et des Soins de longue durée datée du 21 août 2012 et envoyée à tous les administrateurs de foyer de soins de longue durée pour les informer que tous les foyers de soins de longue durée devaient suivre les lignes directrices de Santé Canada intitulées « Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques » comme document de pratique exemplaire. Ce document décrivait les zones nécessitant une vérification du risque de coincement, les outils requis (cône et cylindre, dynamomètre), hauteur des côtés de lit, ainsi que les exigences relatives aux côtés de lit et les méthodes de vérification de la fiabilité de leur taquet de sécurité, et contenait des renseignements sur la compatibilité des matelas, les autres dangers, etc.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, le résident soit évalué et son lit soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident; de plus, il n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement, ni à ce que soient traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. [art. 15]

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



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

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

redressement visant à assurer que, si des côtés de lit sont utilisés, chaque résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé et que sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 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, art. 76 (Formation).

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

76. (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 76 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes qui ont reçu une formation comme prévu au paragraphe (2) se recyclent chaque année en ce qui concerne la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Un examen des dossiers concernant la formation de 2013 sur les mauvais traitements envers les personnes âgées a révélé que 25 membres du personnel sur 178 au foyer avaient suivi cette formation en 2013.

Un examen des dossiers concernant la formation de 2014 sur les mauvais traitements envers les personnes âgées a révélé que 68 membres du personnel sur 178 au foyer avaient suivi cette formation en 2014.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 5 juin 2015, le directeur adjoint des soins par intérim a confirmé que les dossiers de formation fournis étaient exacts en ce qui concerne l'assiduité.

Un examen de la politique du foyer concernant la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, sous la rubrique de la formation, a révélé que cette politique serait examinée avec chaque nouvel employé durant l'orientation et chaque année par la suite. [par. 76 (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 tous les membres du personnel du foyer se recyclent chaque année en ce qui concerne la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

110. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la Loi :

6. L'état du résident n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'état du résident soit réévalué et que l'efficacité de la mesure de contention soit évaluée par un médecin, une infirmière autorisée de la catégorie supérieure ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment compte tenu de l'état ou de la situation du résident.

Durant l'inspection, l'inspectrice 612 a vu le résident 031 dans son fauteuil, au poste infirmier, en train de passer son appareil de contention par-dessus la tête. Le personnel de l'unité a été informé, l'appareil de contention a été détaché et le résident n'a subi aucune blessure.

L'inspectrice 612 a interrogé les employés 109 et 117, qui ont affirmé que le personnel autorisé n'avait pas l'obligation de réévaluer le résident et l'efficacité de la mesure de contention toutes les huit heures ou plus souvent si cela s'impose et que les PSSP informeraient le personnel autorisé s'il y avait des problèmes.

L'inspectrice 612 a interrogé le directeur des soins par intérim et l'employé 125, qui ont dit que le personnel autorisé avait l'obligation de surveiller le résident et de documenter toutes les huit heures l'évaluation de son état et l'efficacité de la mesure de contention. Ces renseignements seraient documentés dans le DAM du résident.

L'inspectrice 612 a examiné le dossier de santé du résident 031. L'inspectrice a noté qu'il n'y avait pas de documentation d'un médecin, d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure ni d'un membre du personnel infirmier autorisé pour indiquer qu'on avait réévalué l'état du résident et l'efficacité de la mesure de contention du résident 031 au moins toutes les huit heures. [alinéa 110 (2) 6]

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 tous les résidents utilisant un appareil de contention mécanique sont réévalués conformément au règlement au moins toutes les huit heures par un médecin, une infirmière autorisée de la catégorie supérieure ou un membre du personnel infirmier autorisé. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 129 (Entreposage sécuritaire des médicaments).

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

129. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

(i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,

(ii) il est sûr et verrouillé,

(iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,

(iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

- (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,
- (ii) il est sûr et verrouillé,
- (iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,
- (iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments (p. ex., dates d'expiration, réfrigération, lumière).

L'inspectrice 575 a observé l'armoire de la salle de toilette du résident 002 et y a noté plusieurs médicaments. L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident 002 et y a noté un ordre, donné plusieurs mois plus tôt, de cesser la prise de l'un de ces médicaments. Les deux médicaments notés dans l'armoire de la salle de toilette du résident ont été arrêtés et il n'y avait pas d'ordre du médecin indiquant que le résident devait avoir ses médicaments à son chevet. L'inspectrice et l'employé 110 ont examiné la salle de toilette et les médicaments du résident 002. L'employé 110 a indiqué que les médicaments ne devaient pas être entreposés dans la chambre du résident et confirmé qu'il n'y avait pas d'ordre en vigueur pour ces médicaments.

Durant la visite initiale du foyer le 25 mai 2015, l'inspectrice 543 a vu, dans l'aire de la baignoire, un shampoing médicamenteux destiné au résident 005. L'inspectrice 575 a de nouveau vu les mêmes shampoings médicamenteux le 3 juin 2015. L'un de ces shampoings datait de plusieurs mois et était périmé. Lors d'un entretien, l'employé 110 a affirmé que les shampoings médicamenteux devaient être rangés dans le chariot à médicaments, en être retirés au besoin et y être rangés de nouveau après usage. [alinéa 129 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

L'inspectrice 575 a observé l'entrepôt de médicaments d'une aire du foyer avec l'employé 110. Il a été dit par l'employé 110 et constaté par l'inspectrice que des substances désignées étaient entreposées dans un endroit distinct qui était verrouillé à l'intérieur du chariot à médicaments. L'employé 110 a affirmé que la provision de substances désignées destinée aux urgences était entreposée dans un entrepôt de médicaments d'une seconde aire du foyer et n'était accessible qu'à l'IA affectée à cette aire.

Il a été dit par l'employé 121 et constaté par l'inspectrice que les substances désignées étaient dans une armoire verrouillée à simple tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé (au lieu d'une armoire verrouillée à double tour dans l'endroit verrouillé). [alinéa 129 (1) b)]



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

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

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer, d'une part, que tous les médicaments sont entreposés dans un endroit qui est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes, sûr et verrouillé et, d'autre part, que les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 8 : 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. 20 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).

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

20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence.

Un incident grave a été signalé au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) à propos d'un mauvais traitement allégué de la part d'un membre du personnel envers un résident du foyer. Le résident a déclaré que le membre du personnel lui avait infligé des mauvais traitements d'ordre physique et verbal. L'enquête du foyer a révélé que les allégations étaient sans fondement.

Le résident a été incapable de nommer le membre du personnel qu'il accusait; cependant, selon une description de la situation, on a pu associer les faits à un PSSP qui travaillait au moment allégué des mauvais traitements. Dans le cadre de l'enquête du foyer, ce PSW et l'IA qui était de garde ont été interrogés. Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 5 juin 2015, l'administrateur a indiqué que le directeur des soins avait interrogé le PSSP et l'IA dans le cadre de l'enquête; cependant, cette information n'a pas été documentée.

Un examen de la politique du foyer concernant la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, datée du 17 septembre 2013, a révélé que l'enquête, si elle est justifiée, conduirait à la création d'un dossier confidentiel du rapport d'enquête contenant notamment toutes les déclarations et toute autre documentation liées à l'enquête ou en découlant. [par. 20 (1)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 37 (Effets personnels et aides personnelles).

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

37. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

- a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;**
- b) nettoyés au besoin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 37 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, telles des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives, étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le 25 mai 2015, durant une visite du foyer, l'inspectrice 593 a vu deux pompons de bain non identifiés, accrochés et au contact l'un de l'autre dans la salle de douche d'une aire particulière du foyer.

Le 3 juin 2015, l'inspectrice 575 a examiné les salles de bain et de douche de toutes les aires du foyer. Dans une aire particulière du foyer, l'inspectrice a vu deux pompons de bain non identifiés, accrochés et au contact l'un de l'autre, ainsi qu'un autre pompon de bain accroché à un autre crochet. L'inspectrice a noté qu'aucun des trois pompons n'était identifié. L'inspectrice 544 a interrogé l'employé 100 et l'employé 104 au sujet des articles non identifiés. Les deux membres du personnel ont dit ne pas savoir à qui les pompons de bain appartenaient, qu'ils ne les utilisaient jamais et qu'ils étaient accrochés là depuis au moins deux mois.

De plus, dans une aire particulière du foyer, l'inspectrice 575 a vu un bâton de déodorant non identifié sur le comptoir du lavabo dans l'aire de la baignoire. L'inspectrice a examiné l'aire de la baignoire avec l'employé 126. Le membre du personnel a indiqué ne pas savoir à qui le déodorant appartenait et qu'il était là depuis longtemps. Quand l'inspectrice a demandé quelle était la procédure d'étiquetage des effets personnels des résidents, l'employé 126 a indiqué que les articles des résidents devaient être



placés dans la corbeille étiquetée au nom du résident et que certains membres du personnel étiquetaient les effets personnels mais que d'autres n'observaient pas cette pratique.

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins par intérim au sujet de la procédure d'étiquetage des effets personnels des résidents. Le membre du personnel a indiqué que lorsqu'un résident est admis ou que de nouveaux articles sont apportés au foyer, ceux-ci doivent être portés à la buanderie pour y être étiquetés. Quand l'inspectrice a demandé ce qu'il en était des effets personnels des résidents tels que les déodorants, l'employé a affirmé que ceux-ci étaient placés dans la corbeille ou le tiroir étiqueté au nom du résident, que tous les articles n'étaient pas nécessairement étiquetés mais qu'ils devaient être remis dans le bac du résident après usage. [alinéa 37 (1) a)]

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 65 (Programme d'activités récréatives et sociales).

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

65. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le programme comprenne ce qui suit :

- a) la fourniture de fournitures et d'un équipement approprié dans le cadre du programme;**
- b) l'élaboration, la mise en œuvre et la communication aux résidents et aux familles d'un horaire pour les activités récréatives et sociales qui sont offertes pendant la journée, les soirs et les fins de semaine;**
- c) des activités récréatives et sociales qui comprennent une gamme d'activités de loisirs et de détente ainsi que des sorties qui sont offertes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur à une fréquence et selon un type susceptibles de bénéficier à tous les résidents du foyer et de tenir compte de leurs intérêts;**
- d) des occasions pour les résidents et leur famille de participer à l'élaboration d'activités récréatives et sociales et à l'établissement du calendrier les régissant;**
- e) la communication de renseignements aux résidents au sujet d'activités communautaires susceptibles de les intéresser;**
- f) une aide et un appui qui permettent aux résidents de participer aux activités susceptibles de les intéresser s'ils ne sont pas en mesure de le faire de façon autonome. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 65 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme comprenne une aide et un appui qui permettent aux résidents de participer aux activités susceptibles de les intéresser s'ils ne sont pas en mesure de le faire de façon autonome.

Le 1^{er} juin 2015, le résident 002 a indiqué à l'inspectrice 575 que durant la journée, le personnel l'avait informé des activités qui étaient offertes. Le résident ne se souvenait pas si le foyer offrait des activités le soir et la fin de semaine.

L'inspectrice a interrogé l'employé 127 au sujet du programme d'activités du foyer. L'employé 127 a indiqué que, le soir et la fin de semaine, il n'y avait qu'un responsable des activités présent et que, si cet employé était absent pour une raison ou pour une autre (en congé, par exemple), il n'était pas remplacé. L'employé a ajouté qu'une activité de soir était offerte chaque semaine dans chaque aire du foyer et que tous les résidents y étaient invités; cependant, certains résidents ne pensent pas pouvoir participer à cette activité si elle est prévue dans une autre aire du foyer. Durant les programmes de soir et de fin de semaine, les employés chargés des activités sont incapables de fournir une aide à tous les résidents parce qu'ils sont les seuls qui soient disponibles et ils n'ont pas le temps. L'employé 127 a indiqué qu'il encourageait le personnel clinicien à aider à accompagner les résidents aux programmes de soir et de fin de semaine mais que, souvent, le personnel clinicien n'avait pas le temps.

L'employé 128 a expliqué à l'inspectrice que le foyer utilisait « Activity Pro » pour documenter la participation des résidents aux activités. L'inspectrice a examiné les feuilles de participation aux activités du résident 002 pour mars, avril et mai 2015. L'inspectrice a examiné les feuilles de participation avec l'employé 127. Ce dernier a indiqué que les activités figurant sur les feuilles de participation du résident étaient celles auxquelles le résident participait habituellement et que les activités offertes n'étaient pas toutes inscrites sur les feuilles. L'employé a également noté que si un résident choisit de ne pas participer à certaines activités, ceci n'est pas toujours pris en compte dans les statistiques, que parfois les activités peuvent différer de celles prévues au programme et que les changements sont communiqués aux résidents sur le tableau blanc. Les feuilles de participation de mars et mai indiquaient que le résident avait pris part à des activités offertes la fin de semaine; cependant, il n'y avait aucune note concernant la participation du résident aux activités offertes le soir. La feuille de participation d'avril indiquait que le résident avait pris part à des activités offertes la fin de semaine et participé une fois à une « soirée au cinéma ».

L'inspectrice a examiné le programme de soins du résident 002. Celui-ci indiquait que le personnel devait encourager la participation aux rencontres sociales et aux programmes de groupe et énumérait plusieurs activités que le résident aimait. Le résident était également dépendant pour l'utilisation de son fauteuil roulant et avait besoin de l'aide d'un membre du personnel pour se déplacer.

Le 3 juin 2015, l'inspectrice a noté une activité (soirée au cinéma) prévue dans une aire particulière du foyer à 18 h 15. L'inspectrice a vu le résident 002 dans sa chambre vers 18 h 20. L'inspectrice a demandé au résident si un membre du personnel l'avait informé de cette activité. Le résident a affirmé que parfois le personnel l'informait mais que personne ne l'avait informé de la soirée au cinéma. L'inspectrice a expliqué que le film était présenté à un autre étage. Le résident a expliqué que si l'activité se déroulait à son étage, le personnel l'aidait. Le résident a dit avoir entendu des résidents

parler du film mais que maintenant il était trop tard pour y aller et qu'il n'avait pas reçu d'aide pour cela.

Bien que le foyer offre des activités le soir et la fin de semaine, l'inspectrice a noté et confirmé auprès du personnel chargé des activités que les résidents ne recevaient pas tous l'aide et l'appui nécessaires pour y participer. [alinéa 65 (2) f)]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 71 (Planification des menus).

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

71. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer, à la fois :

c) comprenne des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle des menus du foyer comprenne des choix de desserts au déjeuner et au dîner pour les résidents qui ont besoin d'un régime à texture modifiée.

Durant le service du déjeuner dans l'une des unités du foyer le 28 mai 2015, l'inspectrice 593 a vu deux choix de desserts offerts aux résidents, notamment du raisin ou une tartelette au beurre. La tartelette au beurre normale a été servie aux résidents qui avaient un régime à texture normale et à ceux qui avaient un régime à texture modifiée et une tartelette au beurre en purée a été offerte aux résidents ayant besoin d'un régime de purées; cependant, le raisin n'a été offert qu'aux résidents ayant un régime normal, ainsi que l'a confirmé l'employé 103. Les résidents ayant besoin d'un régime à texture hachée ou de purées ne se sont vu offrir qu'un seul choix de dessert durant le service de ce déjeuner.

Durant le service du déjeuner dans l'une des unités du foyer le 2 juin 2015, l'inspectrice 593 a vu deux choix de desserts offerts aux résidents, notamment une mousse à la pêche et au fruit de la passion ou une banane. La mousse à la pêche et au fruit de la passion convenait à tous les régimes à texture modifiée; cependant, la banane a été servie entière et, par conséquent, ne convenait qu'aux résidents ayant un régime à texture normale. Les résidents ayant besoin d'un régime à texture hachée ou de purées ne se sont vu offrir qu'un seul choix de dessert durant le service de ce déjeuner.

[alinéa 71 (1) c)]

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

Le 29 mai 2015, l'inspectrice 575 a observé l'administration de médicaments à deux résidents par l'employé 111 dans l'une des unités du foyer. Durant la première administration de médicament, l'inspectrice a vu l'employé obtenir du résident un échantillon particulier et ensuite le lui administrer. L'inspectrice n'a pas vu l'employé se laver les mains avant l'administration du médicament ni après. Durant la seconde administration de médicament, l'inspectrice a vu l'employé obtenir du résident un échantillon particulier et ensuite le lui administrer. L'inspectrice n'a vu l'employé se laver les mains qu'après l'administration du médicament.

Le 3 juin 2015, l'inspectrice 575 a observé l'administration de médicaments par l'employé 110 dans l'une des unités du foyer. L'inspectrice a vu l'employé 110 administrer des médicaments à cinq résidents. Durant la première administration de médicament, un échantillon particulier a été pris dans les provisions du résident et ensuite administré à celui-ci. L'inspectrice n'a pas vu l'employé se laver les mains avant l'administration du médicament ni après. Deux autres résidents ont reçu leur médicament administré par voie orale dans le couloir et un autre résident a reçu un médicament administré par voie orale dans sa chambre. L'inspectrice n'a pas vu l'employé se laver les mains. Durant la dernière administration, l'inspectrice a vu l'employé administrer des gouttes pour les yeux à un résident mais ne l'a pas vu se laver les mains avant l'administration des gouttes ni après.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer concernant l'hygiène des mains. La politique indiquait que le personnel devait observer l'hygiène des mains avant le contact initial avec le résident ou avec l'environnement du résident, avant une procédure aseptique, après l'exposition à un liquide organique et après le contact avec le résident ou avec l'environnement du résident.



**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**

L'inspectrice a interrogé le directeur des soins par intérim au sujet de l'attente en matière d'hygiène des mains. Le directeur des soins par intérim a affirmé que le personnel devait observer l'hygiène des mains après tout contact des mains avec les résidents et que l'hygiène des mains était requise après la prise d'échantillons particuliers aux résidents et l'administration de médicaments. [par. 229 (4)]

Date de délivrance : 27 août 2015

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

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	GILLIAN CHAMBERLIN (593), LINDSAY DYRDA (575), SARAH CHARETTE (612), TIFFANY BOUCHER (543)
N° de registre :	S-000832-15
N° du rapport d'inspection :	2015_380593_0015
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	21 juillet 2015
Titulaire de permis :	ST. JOSEPH'S HEALTH CENTRE OF SUDBURY 1140 South Bay Road SUDBURY ON P3E 0B6
Foyer de soins de longue durée :	VILLA ST. GABRIEL'S VILLA OF SUDBURY 4690 Municipal Road 15 Chelmsford ON P0M 1L0
Nom de l'administrateur :	

Aux termes du présent document, ST. JOSEPH'S HEALTH CENTRE OF SUDBURY 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)

Lien vers l'ordre existant : 2014_282543_0029, OC 001

Aux termes du/de la :

Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, chap. 8, par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;
- 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).

Ordre :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de soins de chaque résident soit réexaminé et révisé par un membre du personnel infirmier autorisé pour assurer que, pour chaque résident, le programme de soins établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Cet examen doit être terminé d'ici le 21 août 2015.

Motifs :

1. Lors d'une inspection menée le 30 décembre 2014 sous le numéro 2014_282543_0029, un ordre de conformité a été délivré aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 6 (1) c).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Un examen de la feuille de nutrition située dans l'une des salles à manger le 28 mai 2015 a révélé que le résident 025 devait avoir un régime à texture modifiée.

Un examen des ordres du médecin du résident 025 a révélé que le résident devait recevoir un régime à texture normale. Un examen du programme de soins du résident 025 a révélé que le résident devait recevoir un régime à texture normale.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 107 a indiqué qu'il y avait une feuille de nutrition dans la dépense de chaque salle à manger et que le personnel s'y référait pour connaître les besoins diététiques de chaque résident.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 108 a indiqué qu'il y avait une liste diététique des résidents qui était sortie et consultée pour chaque repas. S'il y a des changements dans les besoins diététiques d'un résident, cette liste est mise à jour très rapidement pour que le personnel soit au courant des changements. [alinéa 6 (1) c)] (593)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

L'inspectrice 593 a constaté, le 28 mai 2015, que les côtés de lit du résident 011 étaient en position relevée. Durant le reste de l'inspection, l'inspectrice a vu à maintes reprises que les côtés de lit étaient abaissés. Un examen du programme de soins du résident a révélé une intervention documentant « côtés de lit relevés lorsqu'au lit ».

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 105 a confirmé que le résident 011 utilisait les côtés de lit lorsqu'il se levait. L'employé a également affirmé que les côtés de lit étaient toujours en position relevée, même durant la journée.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 4 juin 2015, l'employé 106 a confirmé que le résident 011 utilisait les côtés de lit. L'employé 106 a ajouté que des interventions particulières étaient en place à propos des côtés de lit pour le résident 011. L'employé 106 a fait savoir que le résident utilisait les côtés de lit lorsqu'il se levait le matin.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 5 juin 2015, le directeur adjoint des soins par intérim a confirmé que le programme de soins de ce résident, en ce qui concerne l'utilisation de côtés de lit, aurait dû être plus personnalisé de façon à préciser cette intervention particulière.

Un examen de la politique du foyer « Utilisation des côtés de lit », datée du 6 septembre 2015, documentait de veiller à ce que le programme de soins soit mis à jour pour refléter l'utilisation des côtés de lit et la justification. [alinéa 6 (1) c)] (593)

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 021.

L'inspectrice 612 a examiné le dossier de santé du résident 021. L'inspectrice a noté dans le programme de soins du résident, dans la partie concernant l'hygiène et la toilette, qu'il y avait eu des interventions liées à l'utilisation des prothèses dentaires du résident.

L'inspectrice 612 a observé le résident 021 le 3 juin 2015. Lors du petit-déjeuner et du déjeuner, le résident ne portait pas ses prothèses dentaires comme le prévoyaient les directives particulières inscrites dans le programme de soins.

L'inspectrice 612 s'est entretenue avec l'employé 103, qui a indiqué pourquoi le résident ne portait pas ses prothèses dentaires conformément aux directives particulières du programme de soins. Les employés 101 et 104 ont confirmé que, contrairement à ce qui était prévu dans son programme de soins, le résident ne portait pas ses prothèses dentaires.

L'inspectrice 612 a examiné le dossier de santé du résident 021. Le programme de soins du résident précisait l'intervention « encourager l'application de l'appareil à la main droite durant chaque quart de travail ».

À de nombreuses reprises durant l'inspection, l'inspectrice a vu que le résident 021 avait un dispositif appliqué à la main gauche et à la main droite.

L'inspectrice a interrogé l'employé 104, qui a confirmé que le personnel appliquait un dispositif aux mains du résident. [alinéa 6 (1) c)]
(612)

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 022.

L'inspectrice s'est entretenue avec l'employé 103 pour confirmer l'utilisation d'une caractéristique spéciale du fauteuil roulant de ce résident. L'employé 103 a expliqué à l'inspectrice que le programme de soins du résident indiquait l'utilité de cette caractéristique et indiquera à quoi elle sert. L'employé 103 et l'inspectrice ont examiné le programme de soins ensemble et précisé que le programme de soins indiquait simplement « aide complète en fauteuil roulant ». L'employé 103 a confirmé avec l'employé 102 que la caractéristique spéciale était destinée à offrir des mesures de confort. L'employé 103 a ensuite mis à jour le programme de soins. Lors d'un entretien concernant le fauteuil de ce résident et sa caractéristique spéciale, l'employé 103 a indiqué que ce résident utilisait ce fauteuil depuis son admission et que le fauteuil à caractéristique spéciale n'était pas considéré comme un appareil d'aide à la mobilité ou comme un appareil de contention tant que le procureur avait consenti à son utilisation et que celle-ci était inscrite dans son programme de soins, qui doit préciser pourquoi ce résident a besoin du fauteuil à caractéristique spéciale.

Lors d'un entretien concernant le fauteuil et sa caractéristique spéciale pour le résident 022, l'employé 102 a indiqué que ce résident avait besoin de cette caractéristique spéciale pour son confort et qu'il avait un dispositif attaché à cette fin. Ces renseignements n'ont pas été inscrits dans le programme de soins du résident 022.

L'employé 102 a indiqué que pour la planification des soins concernant un fauteuil à caractéristique spéciale, le programme de soins est un document commun, mais qu'habituellement chaque discipline doit y inscrire les données utiles. [alinéa 6 (1) c)]

(543)

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident 022, particulièrement en ce qui concerne les transferts et la mobilité.

L'inspectrice 543 a examiné les dernières notes de la conférence sur les soins du résident 022, qui précisaient que la mobilité de ce résident avait diminué depuis son admission et qu'il fallait maintenant utiliser un dispositif particulier pour ses transferts.

L'inspectrice 543 a examiné le dernier programme de soins de ce résident, dans lequel étaient précisés les objectifs du résident en matière de mobilité et l'aide dont il avait besoin pour les atteindre. En ce qui concerne les transferts, le programme de soins du résident indiquait que les interventions requises seraient précisées dans la partie de son programme de soins portant sur la mobilité. Cependant, ces interventions n'étaient pas précisées dans cette partie de son programme de soins.

L'inspectrice a examiné les derniers déclencheurs du protocole d'évaluation du résident liés au potentiel de réadaptation fonctionnelle et aux AVQ, qui indiquaient que le résident avait besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité.

Lors d'un entretien concernant les transferts de ce résident, l'employé 100 a affirmé que le résident nécessitait une aide soutenue pour les transferts et la mobilité au moyen d'un appareil particulier. Il a également été dit que ce résident avait besoin d'aide pour les transferts et qu'il était incapable de marcher. L'inspectrice s'est entretenue avec l'employé 101, qui a affirmé que le résident 022 avait besoin d'un appareil particulier pour tous les transferts et qu'il était non ambulateur. L'employé 101 a indiqué que tous les renseignements concernant leurs besoins en élimination et en transferts se trouveraient dans le programme de soins.

Lors d'un entretien avec l'employé 102 au sujet des besoins en mobilité de ce résident, il a été déterminé que le résident 022 avait un nouveau statut en matière de mobilité, puisque ses besoins ont changé récemment, que le programme de soins aurait dû être mis à jour pour indiquer ce changement et qu'il serait modifié en conséquence. [alinéa 6 (1) c]
(543)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 21 août 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 registrateur
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 : Original signé par
Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :
Bureau régional de services : Sudbury