



**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

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

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
20 mai 2016	2016_381592_0010	008286-16	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

REVERA LONG TERM CARE INC.
55 STANDISH COURT, 8e ÉTAGE, MISSISSAUGA, ON L5R 4B2

Foyer de soins de longue durée

MONTFORT
705, chemin Montréal, OTTAWA, ON K1K 0M9

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

MÉLANIE SARRAZIN (592), ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545), JOANNE HENRIE (550),
LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)

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 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13 et 16 mai 2016.

Au cours de cette inspection, les inspectrices ont également mené deux inspections concernant deux incidents graves, sous le registre 034196-15 (chute ayant nécessité un transport à l'hôpital) et le registre 010112-15 (lésion ayant nécessité un transport à l'hôpital) et six inspections concernant des plaintes, sous les registres 002058-16 (mauvais traitement d'un résident de la part d'un membre du personnel), 033760-15 (soins de la peau), 033044-15 (mauvais traitement d'un résident de la part d'un membre du personnel), 030727-15 (mauvais traitement d'un résident de la part d'un membre du personnel), 013099-16 (soins au résident), 013706-16 (soins au résident), ainsi qu'un suivi de l'OC au registre 000814-16 (administration de médicaments).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice du foyer, l'administrateur adjoint, la directrice des soins, la directrice adjointe des soins, l'infirmière clinicienne, le gestionnaire de la documentation/coordonnateur de l'évaluation RAI, le coordonnateur des services aux résidents/familles, le directeur des activités, les adjoints aux services des loisirs, le gestionnaire des services environnementaux, un préposé aux services environnementaux, le diététiste agréé, le superviseur des services d'alimentation, des aides-diététistes, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), le directeur du bureau, le président du conseil des résidents, le président du conseil des familles, des résidents et des membres de leurs familles.

De plus, l'équipe d'inspection a fait une visite des aires résidentielles et examiné le dossier de santé de certains résidents, les politiques et les marches à suivre du foyer, les habitudes de travail du personnel et les menus affichés, a observé des chambres à coucher et les aires communes réservées aux résidents, examiné le processus d'admission et le système d'amélioration de la qualité, ainsi que les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles, puis a observé une distribution de médicaments, le service de plusieurs repas, ainsi que les soins et services offerts aux résidents.

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

- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dignité, liberté de choisir et vie privée;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- frais non exigibles des résidents;
- gestion de la douleur;
- hospitalisation et évolution de l'état;
- médicaments;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- qualité des aliments;
- rapports et plaintes;
- recours minimal à la contention;
- services d'hébergement – entretien ménager;
- services de soutien personnel;
- soins de la peau et des plaies.

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

- 13 AE
- 5 PRV
- 1 OC
- 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. 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, lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait des marches à suivre, la politique et la marche à suivre suivantes soient respectées : Gestion des préoccupations, des plaintes et des compliments, LP-B-20, mise à jour en octobre 2014 (registre 002058-16).

Conformément à l'article 21 de la Loi, chaque titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veillera à ce que soient adoptées des marches à suivre écrites qui sont conformes aux règlements pour porter plainte auprès de lui et qui précisent la façon dont il doit traiter de telles plaintes.

En page 3 de la politique et marche à suivre du foyer concernant la gestion des préoccupations, des plaintes et des compliments, il était indiqué que le directeur général veillerait à ce que le formulaire CSR (Client

Service Response : LP-B-20) soit facilement accessible à tout le personnel. Sous la rubrique « Préoccupations/plaintes verbales », il était documenté que :

« Si des préoccupations ne peuvent pas être résolues immédiatement au point de service, la personne qui est la première à être informée de ces préoccupations remplira le formulaire CSR. Une copie du formulaire ainsi rempli sera envoyée au directeur général. Le formulaire original sera transmis au membre de l'équipe qui sera chargé de résoudre la préoccupation » (point 4).

« Le formulaire CSR sera rempli en entier et toutes les mesures prises au cours de l'enquête seront documentées. Le formulaire CSR est ensuite joint au classeur de gestion des plaintes » (point 7). Les plaintes suivantes ont été présentées au directeur au sujet des soins aux résidents d'une unité et du fonctionnement du foyer :

Le membre de la famille du résident 041 a signalé qu'un jour, alors qu'il marchait en direction de la chambre du résident 044 en allant à la chambre de son père/sa mère, il a entendu les PSSP 123 et 124 crier et hurler dans un dialecte dans la chambre du résident et, s'inquiétant du résident qui pleurait, le visiteur est entré dans la chambre pour voir ce qui se passait, puis les cris ont cessé.

Le membre de la famille du résident 041 a dit avoir vu, dans un cas, la PSSP 124 refuser de raccompagner à sa chambre, après le dîner, un résident qui démontrait des comportements d'anxiété et l'avoir entendue dire à l'infirmière qu'elle ramènerait le résident à sa chambre mais seulement après avoir fini de nettoyer les tables de la salle à manger.

Le membre de la famille du résident 041 a dit qu'à plusieurs occasions il avait vu la PSSP 123 traiter les résidents de l'unité comme des objets et se montrer abrupte à leur égard.

Le membre de la famille a indiqué que les plaintes susmentionnées avaient été formulées à l'infirmière de garde, à la directrice des soins ou à l'une et l'autre.

L'examen du classeur de gestion des plaintes du foyer n'a pas permis de trouver les plaintes susmentionnées.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué qu'elle était au courant des plaintes susmentionnées, car elles avaient été formulées par les membres de la famille un jour de décembre 2015 et en janvier 2016. Elle a indiqué qu'elle avait elle-même mené des enquêtes sur les incidents visés et que celles-ci avaient été documentées dans les notes d'évolution puis consignées au dossier personnel de l'employé concerné. Elle a confirmé que le foyer exigeait qu'un formulaire CSR – LP-B-20 (CSR) – soit rempli pour chaque plainte, y compris les plaintes verbales, et a ajouté que, contrairement à la politique du foyer, elle n'avait pas rempli ce formulaire pour les plaintes susmentionnées. [alinéa 8 (1) b)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier autorisé du foyer respecte la politique et les marches à suivre concernant l'administration des médicaments.

L'ordre de conformité n° 001 a été délivré le 30 novembre 2015 dans le cadre de l'inspection n° 2015_286547_0021 pour le non-respect des politiques concernant l'administration des médicaments, la

gestion des narcotiques et médicaments désignés, ainsi que les résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments.

Aux termes de cet ordre de conformité, le titulaire de permis a été tenu d'offrir à l'ensemble du personnel infirmier autorisé une formation supplémentaire sur les toutes dernières politiques et marches à suivre du foyer en matière d'administration des médicaments en examinant ce qui suit :

- la gestion de l'administration des médicaments;
- la gestion de l'administration des narcotiques et des médicaments désignés;
- la gestion des résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments;
- la norme de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario concernant l'administration des médicaments.

Le titulaire de permis a également été tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un processus pour assurer la surveillance continue de la gestion de l'administration et de l'entreposage des médicaments, ainsi que des méthodes employées par les résidents pour s'administrer eux-mêmes leurs médicaments, en partenariat avec le pharmacien du foyer.

En examinant la liste des employés qui ont reçu une formation supplémentaire sur les toutes dernières politiques et marches à suivre du foyer en matière d'administration des médicaments, ainsi que le nombre réel de membres du personnel autorisé au foyer en date du 31 mars 2016, l'inspectrice 550 a constaté que 31 membres du personnel autorisé sur 34 avaient reçu cette formation. La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que les trois membres du personnel qui n'avaient pas reçu la formation supplémentaire travaillaient de nuit et n'étaient pas en mesure de se présenter pour recevoir cette formation durant la journée.

L'inspectrice a examiné le processus de vérification en place au foyer pour assurer la surveillance continue de la gestion de l'administration et de l'entreposage des médicaments, ainsi que des méthodes employées par les résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments. Dans son plan de redressement, le foyer a indiqué que différents gestionnaires et le gestionnaire régional du soutien clinique devaient effectuer quatre vérifications distinctes à intervalles prédéterminés : une fois par semaine pendant un mois, toutes les deux semaines pendant un mois, puis une fois par mois par la suite. L'inspectrice a constaté que, d'une part, la vérification du Système n'avait pas été effectuée comme prévu en mars 2016 et que, d'autre part, la vérification détaillée de l'administration des médicaments n'avait pas été effectuée comme prévu en février et en mars 2016.

Il est noté que ce non-respect de la politique et de la marche à suivre du foyer à l'égard des résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments avait précédemment fait l'objet d'un plan de redressement volontaire durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) de 2014 et de l'ordre de conformité n° 001 durant l'IQSR de 2015.

Lors de la présente inspection, trois non-respects ont également été reconnus en ce qui concerne le Système de gestion des médicaments dans les avis écrits n^{os} 11, 12 et 13. [alinéa 8 (1) 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 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. (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. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins liés à l'état nutritionnel et à l'alimentation prévus dans le programme de soins soient fournis aux résidents 049 et 050, tel que le précise le programme.

Le résident 049 a été diagnostiqué d'une démence et d'une déficience cognitive sévère et, selon sa dernière évaluation, le résident nécessite l'aide complète du personnel pour manger. Il a été documenté que le résident était capable de boire tout seul des liquides épaissis en utilisant un gobelet Nosey pour l'empêcher de s'étouffer. Un gobelet Nosey est un verre à échancre pour le nez, qui permet de boire sans pencher la tête en arrière ou étirer le cou.

Le 2 mai 2016, l'inspectrice 545 a observé le service du déjeuner dans une unité. L'inspectrice a observé le résident 049, qui était assis à la table pendant qu'un PSSP le faisait manger. Le PSSP lui a fait prendre les liquides que contenaient trois petits verres en plastique ordinaires observés sur la table, l'un rempli d'eau, un autre rempli de lait et un troisième rempli de jus de pomme. Il n'y avait pas de gobelet Nosey en vue. Le 10 mai 2016 pendant le petit-déjeuner, l'inspectrice a vu la PSSP 111 nourrir le résident 049. La PSSP a indiqué que le gobelet Nosey était utilisé pour le jus de pomme épaissi seulement et l'a donné au résident, qui a porté le gobelet à sa bouche, pris plusieurs gorgées et bu tout son contenu sans recevoir d'aide. La PSSP a ensuite indiqué qu'elle aiderait le résident à boire le lait et l'eau et que le résident n'était pas obligé d'utiliser le gobelet Nosey pour le jus de pomme.

Le résident 050 a été diagnostiqué de la maladie d'Alzheimer avec une déficience cognitive modérée et, selon sa dernière évaluation, avait besoin de l'aide soutenue d'un membre du personnel pour manger. L'examen du

programme de soins du résident a révélé que celui-ci avait une intolérance à un aliment particulier mais que cet aliment serait acceptable s'il était incorporé à un plat cuisiné.

Le 2 mai 2016 pendant le déjeuner, l'inspectrice 545 a vu un PSSP offrir au résident 050 deux choix de repas. Le résident n'a pas pu faire de choix et le plat contenant l'aliment auquel il avait une intolérance lui a été servi. À 12 h 45, quand la plupart des résidents avaient déjà quitté la salle à manger, l'inspectrice a vu le résident 050 assis à la table, devant une assiette qu'il n'avait pas touchée. Le PSSP 102 est revenu, a retiré l'assiette et a servi au résident deux rôties avec de la confiture.

L'aide-diététiste 112 a confirmé que le repas servi au résident 050 contenait l'aliment auquel, comme l'indiquait son programme de soins, le résident 050 avait une intolérance. Il a indiqué qu'il ne savait pas que le résident 050 avait une intolérance à un aliment. Les PSSP 100 et 102 ont plus tard dit ne pas savoir que ce résident avait des restrictions alimentaires. Après avoir examiné le Kardex dans la salle à manger, le PSSP a confirmé qu'il y était indiqué que le résident avait une intolérance à un aliment particulier et que le repas contenant cet aliment n'aurait pas dû lui être offert.

Lors d'un entretien, la diététiste du foyer a indiqué que les résidents s'étant vu prescrire des liquides épaissis à prendre dans un gobelet Nosey devaient recevoir tous les liquides dans ce type de gobelet, y compris le résident 049. Elle a également indiqué que le 2 mai 2016, au déjeuner, le résident 050 n'aurait pas dû recevoir le repas contenant l'aliment auquel il avait été identifié comme ayant une intolérance vu que le principal ingrédient de ce repas était l'aliment que le résident ne tolérait pas.

Ainsi, les soins offerts aux résidents 049 et 050, compte tenu de l'état nutritionnel et des besoins alimentaires indiqués dans leur programme de soins, n'ont pas été fournis de la façon que précise leur programme.
[par. 6 (7)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 003 soit réévalué et à ce que le programme de soins examiné et révisé lorsque les besoins du résident liés à l'incontinence urinaire ont changé et que les soins prévus dans le programme se sont avérés inefficaces et n'ont plus permis de garder le résident sec et propre.

Le résident 003 a été admis au foyer un jour de 2015 avec plusieurs diagnostics, dont une démence.

Le 3 mai 2016, l'inspectrice 545 a noté une odeur d'urine forte et nauséabonde émanant du résident 003 lorsque celui-ci est entré dans le solarium d'une unité. Il a été constaté que le résident 003 avait eu une incontinence urinaire plusieurs fois durant la journée, dans sa chambre et sur le plancher de la salle de toilette.

L'inspectrice 547 a examiné le dossier de santé du résident 003 et noté qu'une évaluation de la continence effectuée l'an dernier, un jour de mars 2015, indiquait que le résident était continent mais avait besoin d'une assistance complète et qu'il fallait l'emmener aux toilettes toutes les deux heures et lui fournir des soins périnéaux. Un jour de juin 2015, l'évaluation de la continence indiquait que le résident était continent et autonome. Cette évaluation, répétée en septembre et en novembre 2015, indiquait que l'état du résident en matière de continence demeurait inchangé et que le résident était toujours continent et autonome. Dans le dossier du résident, l'IA 101 n'a trouvé aucune évaluation de la continence effectuée à ce jour pour 2016.

L'IA 101 chargée de l'unité du résident 003 a indiqué régulièrement à l'inspectrice 547 que le résident 003 était capable de se rendre aux toilettes tout seul et qu'il suivait sa propre routine. L'IA 101 a indiqué que parfois, en raison de sa démence, le résident était incontinent et faisait par terre dans la salle de toilette.

La PSSP 100 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle était l'une des principales PSSP du résident et que celui-ci était souvent incontinent et faisait par terre dans sa chambre, parfois trois fois au cours de la journée. La PSSP 100 a indiqué qu'un peu comme si le résident ne pouvait plus se retenir, il commençait à faire par terre en se dirigeant vers les toilettes. La PSSP 100 a essayé par plusieurs moyens de résoudre le problème du résident 003, sans succès cependant. Il a été constaté que les souliers du résident avaient une forte odeur d'urine. L'urine s'est incrustée dans les souliers du résident en dégouttant le long de ses jambes et puisque ces souliers sont en cuir, il est impossible de les laver.

La directrice adjointe des soins a indiqué à l'inspectrice 547 que le foyer s'attendait à ce que le personnel infirmier autorisé effectue une évaluation de la continence lorsque les PSSP signalent un changement dans les besoins du résident en matière de soins liés à l'incontinence urinaire. La directrice adjointe des soins a également indiqué que le personnel infirmier devait mettre à jour le programme de soins du résident 003 et mettre en œuvre un programme d'élimination adapté aux habitudes du résident, puis évaluer le résident pour s'assurer qu'il n'a pas d'infection lorsqu'un changement est observé par rapport à l'évaluation précédente. La directrice adjointe des soins a indiqué que le résident 003 était incontinent, non pas à l'occasion, mais plus fréquemment; elle a été surprise, par ailleurs, de voir que le résident n'avait pas été réévalué comme n'étant plus continent et autonome. [par. 6 (10)]

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 soins prévus pour les résidents 049, 050 et 003 leur sont fournis comme le précise leur programme de soins et que celui-ci est examiné et révisé lorsque les besoins des résidents évoluent. 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. 15 (Services d'hébergement).

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

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

- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;**
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;**
- c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres.

Les 3, 4 et 12 mai 2016, l'inspectrice 592 a vu plusieurs chapeaux collecteurs d'urine non étiquetés qui avaient été laissés par terre et sur des réservoirs de toilettes. Le fond des chapeaux collecteurs d'urine était couvert de matière jaune et brune sèche dans les salles de toilette communes de plusieurs chambres à coucher.

Un tube de crème médicamenteuse a été vu sur la matière jaune et brune dans le chapeau collecteur d'urine dans l'une des chambres à coucher.

Le 12 mai 2016, lors d'un entretien, les PSSP 108 et 110 ont indiqué à l'inspectrice 592 que les chapeaux collecteurs d'urine servaient à obtenir un échantillon d'urine des résidents mais n'ont pas pu identifier les chapeaux collecteurs d'urine qu'ils avaient vus dans les chambres susmentionnées car ils n'étaient pas étiquetés et ne portaient aucun renseignement identifiant les résidents. Ils ont également indiqué à l'inspectrice 592 que les chapeaux collecteurs d'urine étaient généralement rapportés à la salle du matériel souillé après le prélèvement de l'échantillon d'urine des résidents pour leur désinfection par les PSSP durant le quart de nuit. Les PSSP 108 et 110 ont confirmé à l'inspectrice 592 que les chapeaux collecteurs d'urine laissés dans les chambres à coucher étaient souillés et devaient être retirés de la salle de toilette des résidents parce qu'ils n'étaient pas propres et ne pouvaient donc pas être utilisés pour des prélèvements d'urine.

Lors d'un entretien le 12 mai 2016, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 592 que les chapeaux collecteurs d'urine étaient envoyés à la salle du matériel souillé pour désinfection après le prélèvement de l'échantillon d'urine du résident. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'était pas sanitaire de laisser les chapeaux collecteurs d'urine souillés dans les salles de toilette des résidents et que cela créait un risque élevé de contamination des échantillons d'urine prélevés. [alinéa 15 (2) a)]

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 chapeaux collecteurs d'urine fournis par le foyer sont toujours propres. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

15. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, il soit satisfait aux conditions suivantes :

a) le résident est évalué et son lit est 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;

- b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;**
c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les côtés de lit du résident 002 soient évalués et à ce que 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.

Le résident 002 présentait plusieurs affections, notamment la maladie d'Alzheimer avec déficience cognitive sévère, nécessitait une assistance totale pour toutes les activités de la vie quotidienne et avait été évalué comme étant à haut risque pour les chutes.

Le 3 mai 2016 à 15 h 17, l'inspectrice 545 a vu le résident 002 couché dans son lit et faisant des mouvements saccadés pour soulever le haut du corps dans un espace d'environ 14 pouces, entre un côté de lit mi-longueur relevé et placé au centre du lit et une petite commode à trois tiroirs placée contre le matelas, à la tête du lit. Le résident essayait de se lever et sa tête a été vue à quelques pouces du coin de la commode, ce qui aurait pu lui causer une blessure. Le résident avait le bras coincé entre le côté de lit et le matelas. Un tapis antichute a été vu par terre près du lit et une alarme de lit était épinglée à la chemise du résident, au niveau de l'épaule. L'inspectrice a activé la sonnette d'appel immédiatement et, quelques minutes plus tard, la PSSP 117 est arrivée dans la chambre. Elle a immédiatement éloigné la petite commode du lit du résident puis a changé le résident de position au moyen de deux oreillers avant d'annoncer qu'elle ferait lever le résident lorsque la rédaction du rapport serait terminée.

La PSSP 117 s'est dite surprise que l'alarme de chevet du résident n'ait pas été activée lorsque le résident soulevait le haut de son corps et que sa tête a été vue dans l'espace entre le côté de lit et la commode. Cinq minutes plus tard, la PSSP est retournée à la chambre avec le PSSP 118 et l'IAA 119, qui ont indiqué à l'inspectrice que la petite commode avait été placée contre le lit par le conjoint/la conjointe du résident, qui craignait que le résident tombe du lit.

L'inspectrice 545 a examiné le dossier de santé du résident. Selon l'évaluation la plus récente, il était indiqué que des côtés de lit complets sur tous les côtés ouverts du lit étaient utilisés quotidiennement, ainsi que des côtés de lit mi-longueur. Dans une note d'évolution datée d'un jour de mars 2016, il est indiqué que le résident avait été trouvé le bras gauche coincé entre les barreaux du côté de lit et que selon toute vraisemblance une laceration à son bras gauche avait été causée par la friction du côté de lit. La note indiquait que le conjoint/la conjointe avait été informé de l'incident. Un jour d'avril 2016, une note indiquait que le conjoint/la conjointe du résident avait demandé que les côtés de lit soient retirés et un ordre du médecin demandant de cesser d'utiliser des côtés de lit a été reçu.

Un jour d'avril 2016, dans une note d'évolution, il était documenté qu'un PSSP avait signalé que les pieds du résident avaient été pris entre le côté de lit et le matelas, ce qui causait un risque de blessure. Un jour de mai 2016, une note avait été documentée et indiquait que le lit du résident ne pouvait pas être abaissé.

Un examen de l'évaluation du lit résident (Arbre décisionnel pour l'utilisation des ridelles de lit et d'équipements de rechange, LTC-K-10 Appendix A) a révélé que le résident 002 avait été évalué pour la dernière fois un jour de février 2015 et que, selon cette évaluation, le résident avait besoin de deux côtés de lit mi-longueur et d'une alarme Posey et son lit devait être réglé au niveau le plus bas.

Lors d'entretiens avec des membres du personnel, il a été noté que les termes « relevés » et « abaissés » étaient utilisés pour décrire la position des côtés de lit. Dans le programme de soins le plus récent, il était indiqué que les deux côtés de lits devaient être relevés. L'ordre du médecin daté d'un jour d'avril 2016 indiquait de garder les côtés de lit abaissés à la demande du conjoint/de la conjointe. L'IA 101 et l'IAA 119 ont indiqué que lorsque les côtés de lit étaient relevés, cela signifiait qu'ils étaient relevés vers la tête du lit en position un quart et qu'ils n'étaient donc pas utilisés et que, pour être utilisés, il fallait qu'ils soient abaissés. Ces deux employés ont indiqué que les termes « relevés » et « abaissés » portaient à confusion et qu'en fait, l'utilisation des côtés de lit aurait dû cesser lorsque le médecin a donné cet ordre un jour d'avril 2016.

La PSSP 100 a dit se rappeler que, lorsque le résident a subi une blessure à son bras, le conjoint/la conjointe du résident avait demandé que les côtés de lit soient enlevés. Elle a ajouté que, pendant une courte période, les côtés de lit n'avaient pas été utilisés et elle a plus tard remarqué que les côtés de lit étaient utilisés de nouveau, pour empêcher le résident de tomber du lit.

La directrice des soins a indiqué que le lit du résident n'avait pas été réévalué après les incidents lors desquels le résident avait subi une blessure au bras gauche et ses pieds avaient été pris dans le côté de lit ou entre le côté de lit et le matelas. Elle a indiqué qu'elle allait immédiatement faire enlever les côtés de lit et demander au personnel et à la famille de ne pas placer la petite commode contre le lit, pour la sécurité du résident.
[alinéa 15 (1) a)]

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 côtés de lit de chaque résident sont évalués et que le lit est également évalué, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident. 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. 57 (Pouvoirs du conseil des résidents).

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

57. (2) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 57 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par le conseil des résidents.

L'inspectrice 545 a examiné le procès-verbal d'une réunion du conseil des résidents. Au cours de plusieurs réunions, les résidents ont exprimé leurs préoccupations du fait que rien n'indiquait que le titulaire de permis ait fourni une réponse écrite.

Réunion du 29 décembre 2015 :

- Certaines collations ne sont pas offertes aux résidents et celles qui le sont leur sont souvent servies à des heures variables.
- Il est demandé que les lits des résidents soient faits correctement.
- Une plainte est formulée concernant le bruit des sonnettes d'appel la nuit, qui réveillent les résidents parce que le personnel prend trop longtemps pour y répondre.
- Les appuie-bras des fauteuils sont souillés.

Réunion du 16 février 2016 :

- Une sortie au cinéma IMAX est demandée.
- L'achat d'une vitrine est demandé pour que les résidents puissent y exposer leurs pièces d'artisanat, par exemple leurs peintures et leur tricot.
- Une plainte est formulée concernant le bruit des sonnettes d'appel la nuit, qui réveillent les résidents parce que le personnel prend trop longtemps pour y répondre. On demande que la directrice des soins assiste à la prochaine réunion pour examiner ces problèmes.
- Il est demandé que le médecin du foyer ait plus de disponibilités pour les résidents.

Réunion du 15 mars 2016 :

- Il est demandé que le personnel fasse moins de bruit durant la messe et si un panneau pourrait être affiché pour lui faire un rappel.
- Une plainte est formulée à propos des fauteuils qui sont souvent souillés.

Lors d'un entretien, l'adjoint au conseil des résidents – l'employé 127 – a indiqué que le titulaire de permis n'avait pas fourni de réponse écrite aux préoccupations ou recommandations formulées par le conseil.

L'administratrice a confirmé, lors d'un entretien, qu'elle n'avait pas l'habitude de fournir une réponse écrite dans un délai de 10 jours après être informée de sujets de préoccupation ou de recommandations par le conseil des résidents.

Ce non-respect avait précédemment fait l'objet d'un avis écrit, dans le cadre de l'IQSR de 2015.
[par. 57 (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 qu'il fournit une réponse écrite au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations par le conseil des résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : 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 (Sondage sur la satisfaction).

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).

85. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3);**
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;**
- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;**
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des familles pour mettre au point le sondage sur la satisfaction.

Le président du conseil des familles a indiqué, lors d'un entretien, que l'administratrice avait informé le conseil que le sondage serait envoyé par le bureau principal dans le courant du mois de juin 2016. Elle a également indiqué que le titulaire de permis ne lui avait pas demandé conseil pour mettre au point ce sondage sur la satisfaction.

L'administratrice a indiqué, lors d'un entretien, que le sondage sur la satisfaction avait été mis au point à l'unique initiative de Revera et que personne n'avait demandé conseil au conseil des familles pour le mettre au point. Elle a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle contacterait Revera pour obtenir d'autres directives mais que rien n'était prévu, d'ici juin 2016, pour demander conseil au conseil des familles avant de mettre au point le sondage sur la satisfaction. [par. 85 (3)]

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

Lorsque l'inspectrice 545 a examiné le procès-verbal de la réunion du conseil des résidents, rien n'indiquait que le titulaire de permis avait demandé conseil au conseil des résidents. Les adjoints au conseil des résidents – les employés 127 et 128 – ont indiqué à l'inspectrice 545 que le titulaire de permis n'avait pas demandé conseil au conseil pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

L'administratrice a indiqué, lors d'un entretien, que le sondage sur la satisfaction avait été mis au point à l'unique initiative de Revera et que personne n'avait demandé conseil au conseil des résidents.

Ce non-respect avait précédemment fait l'objet d'un avis écrit dans le cadre de l'IQSR de 2014 et d'un plan de redressement volontaire dans le cadre de l'IQSR de 2015. [par. 85 (3)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre à la disposition du conseil des résidents les résultats du sondage sur la satisfaction pour lui demander conseil à propos de ce sondage. Les adjoints au conseil des résidents – les employés 127 et 128 – ont indiqué à l'inspectrice 545 que les résultats du sondage sur la satisfaction n'avaient pas été mis à la disposition du conseil afin de lui demander conseil.

L'administratrice a indiqué que les résultats du sondage sur la satisfaction de 2015 avaient été affichés dans la salle du personnel et au deuxième étage mais qu'ils n'avaient pas été mis à la disposition du conseil afin de lui demander conseil.

Ce non-respect avait précédemment fait l'objet d'un plan de redressement volontaire dans l'IQSR de 2015. [alinéa 85 (4) a)]

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 pour mettre au point le sondage sur la satisfaction et qu'il met les résultats du sondage à la disposition des résidents. 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. 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 se conformer à sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

La politique du foyer concernant la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, intitulée « Intégrité des résidents » (politique de l'Ontario n° LP-C-20-ON, mise à jour en septembre 2014), définit les différents types de mauvais traitements :

« Psychologique : tout geste, acte, comportement, remarque visant à menacer, à insulter, à intimider ou à humilier, y compris l'isolement social imposé, l'évitement, le fait d'ignorer, le manque de reconnaissance ou l'infantilisation provenant de toute personne autre qu'un résident ». Les exemples cités comprennent : « le non-respect de la vie privée et l'obstruction au processus de prise de décision ».

« Verbal : toute forme de communication verbale visant à menacer ou à intimider ou toute forme de communication verbale visant à diminuer ou à dégrader et qui porte atteinte au sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi d'un résident, si la communication est faite par toute personne autre qu'un résident ». Les exemples cités comprennent : « ton de voix inapproprié, commentaires ou gestes brusques ».

Cette politique indique, en page 4 de 14, que l'obligation de faire rapport comprend ce qui suit :

« Tout employé qui a des motifs raisonnables de soupçonner un cas d'abus ou de négligence envers un résident doit immédiatement signaler ce soupçon et l'information s'y rattachant au directeur exécutif de l'établissement. »

« Le personnel doit se référer au Algorithme des évènements indésirables graves [LPC-40-Annexe A] au moment de signaler un incident. »

« Déclarations obligatoires en vertu de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* (Ontario) : l'article 24 (1) de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* stipule que toute personne ayant un doute raisonnable d'un incident de mauvais traitement existant ou possible doit faire un signalement au directeur. »

Cette politique indiquait, aux pages 5 et 6 de 14, que les interventions suivantes étaient requises, ainsi qu'il est indiqué en page 5 de 14 :

« Il faut premièrement prendre les mesures raisonnables nécessaires pour assurer la sécurité, le confort et le bien-être immédiats de toute victime de mauvais traitements et par la suite effectuer des évaluations exhaustives, en déterminant les besoins du résident et en établissant un plan documenté afin de répondre à ces besoins. »

« Toute situation où la sécurité des résidents ou d'autrui n'est pas en péril doit être signalée suivant les directives du corps de police local, c.-à-d., autre que les services d'urgence 911. »

« Aussitôt qu'il a connaissance d'un incident présumé, soupçonné ou observé de maltraitance ou de négligence ayant occasionné une blessure physique ou de la douleur à un résident, ou un état de détresse nuisible à la santé ou au bien-être d'un résident, l'établissement en informe le décideur substitut du résident (s'il y a) ou toute autre personne nommée par ce dernier. »

Cette politique indiquait ce qui suit, aux pages 6 et 7 de 14, à propos de sujets visés par une enquête :

« Une enquête immédiate et compréhensive sur la déclaration ou témoignage de l'abus présumé, soupçonné ou observé sera entamée par le DE de l'établissement ou le responsable désigné par ce dernier. Certaines ressources (La trousse pour mener une enquête sur une allégation de mauvais traitements et des conseils pour les enquêtes effectuées par une tierce partie) peuvent s'avérer utiles lors d'une enquête.

- Le résident, son décideur substitut ou toute autre personne nommée par le résident seront informés de la tenue de l'enquête.

- Le résident ou son décideur substitut (s'il y a) seront informés des résultats de l'enquête dès sa conclusion. »

Le 3 mai 2016, le résident 035 a affirmé à l'inspectrice 547 lors d'un entretien, que l'automne dernier, une préposée aux services de soutien personnel (PSSP) était entrée dans sa chambre au milieu de la nuit, s'était approchée et lui avait parlé en haussant la voix. Le résident 035 dit se souvenir qu'il n'était pas tout à fait réveillé à ce moment-là et que, d'une voix abrupte, la PSSP avait de nouveau demandé au résident de se lever. Le résident 035 a indiqué qu'il avait essayé d'expliquer à la PSSP qu'il était incapable de se lever tout seul parce que ses jambes lui faisaient mal. Le résident 035 a ensuite indiqué que la PSSP lui avait pris les jambes abruptement, les avait fait pivoter et avait tiré le résident par le bras pour qu'il se lève. Le résident 035 a indiqué qu'à ce moment-là il avait pris peur et s'était dit qu'il faisait mieux de suivre les directives de la PSSP, qui ne l'écoutait pas de toute façon.

Le résident 035 a signalé cet incident à la directrice des soins le matin suivant, dès qu'il l'a aperçue, et le résident a également relaté les faits au membre de sa famille qui est la principale personne-ressource du foyer pour le résident. Le résident 035 n'a pas su ce qui s'était passé après avoir informé la directrice des soins, mais l'incident ne s'est plus reproduit.

Le résident 035 a été admis au foyer en 2015. Son dossier de santé indiquait qu'il était alerte, qu'il avait la notion du temps et du lieu et qu'il reconnaissait les personnes.

L'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins le 9 mai 2016 au sujet du résident 035, qui lui avait dit avoir été maltraité par une PSSP au foyer l'automne dernier. La directrice des soins se rappelait cette conversation avec le résident 035 et a indiqué qu'au moment où le résident 035 lui avait rapporté les faits, elle avait compris cela comme un besoin de modifier le programme de soins du résident et de préciser ses préférences en matière de sommeil, mais elle n'avait pas associé cela à un mauvais traitement. Un jour d'octobre 2015, durant la réunion annuelle sur les soins du résident, le résident et le membre de sa famille avaient de nouveau mentionné cet incident aux personnes qui avaient assisté à cette réunion, notamment à l'infirmière clinicienne du foyer. L'infirmière clinicienne avait alors porté les faits à l'attention de la directrice des soins après la réunion

sur les soins un jour d'octobre 2015 et avait amorcé son enquête avec le PSSP 129. La directrice des soins a fourni à l'inspectrice 547 les notes extraites du dossier de la PSSP 129, qui indiquaient ce que la directrice des soins se rappelait de son entretien avec le résident, notamment ce qui suit :

1. La PSSP n'écoutait pas le résident, qui essayait de lui dire que cette façon de faire n'était pas conforme à sa routine.

La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle avait abordé cette question avec la PSSP 129, lorsqu'elles s'étaient réunies un jour d'octobre 2015, et qu'elle avait expliqué qu'il était important d'écouter les demandes verbales et d'observer les signes non verbaux des résidents au sujet de leurs droits et des valeurs du foyer.

2. Le résident a affirmé à la directrice des soins qu'il s'était senti « bousculé », comme dans les vieux films sur les foyers pour personnes âgées, où les résidents étaient maltraités.

La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle avait abordé cette question avec la PSSP 129 lors de leur réunion du 26 octobre 2015 au sujet du code de conduite et du code d'éthique du foyer, que la PSSP 129 était appelée à examiner.

La directrice des soins a indiqué qu'elle ne pensait pas que tout cela signifiait que le résident 035 avait subi un mauvais traitement. Cependant, en examinant sa documentation, la directrice des soins a indiqué qu'elle n'avait pas cherché à clarifier les choses avec le résident, à savoir ce qu'il pensait et ce qu'il ressentait à propos de cet incident après qu'il a été signalé lors de la réunion sur les soins au résident. La directrice des soins a également indiqué qu'elle n'avait pas appelé le membre de la famille du résident ni aucun autre collègue de travail de la PSSP 129 pour clarifier cet incident lors de son enquête.

Le 6 mai 2016, l'inspectrice 547 a interrogé le membre de la famille du résident au téléphone, qui se rappelait également cet incident avec la PSSP 129 et qui a indiqué qu'à ce jour cet incident perturbait encore le résident. Le membre de la famille du résident a indiqué qu'à ce jour le résident se rappelait chaque détail de cet incident, qui l'a marqué. Le membre de la famille du résident a dit ne pas avoir eu d'autres communications avec le foyer après la réunion sur les soins du résident tenue à la suite de cet incident et espérait que cette PSSP avait reçu une formation supplémentaire.

Le 9 mai 2016, l'inspectrice 547 a interrogé l'infirmière clinicienne du foyer, qui avait assisté à la réunion sur les soins du résident un jour d'octobre 2015 et qui a indiqué qu'elle se rappelait ce rapport de mauvais traitement soupçonné de la part d'un membre du personnel envers un résident et qu'elle l'avait signalé à la directrice des soins tout de suite après la réunion. L'infirmière clinicienne a indiqué qu'il était évident que le résident et le membre de la famille de celui-ci étaient bouleversés et préoccupés par cet incident.

La directrice des soins a indiqué qu'elle n'avait pas informé le directeur de cet incident allégué, soupçonné et déclaré de mauvais traitement envers le résident 035.

La directrice des soins a indiqué qu'elle n'avait signalé cet incident à aucun corps de police local.

La directrice des soins a indiqué qu'elle n'avait pas signalé cela au membre de la famille du résident, qui était la principale personne-ressource du résident au foyer et qui, selon elle, recevait un appel du foyer chaque fois qu'il y avait un changement dans les soins du résident.

La directrice des soins a également indiqué qu'elle n'avait pas de documentation pour l'aider à se rappeler qu'elle avait rencontré le résident 035 ou appelé le membre de la famille du résident au sujet des résultats de son enquête et de la formation qui avait été fournie à la PSSP 129. [par. 20 (1)]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 27 (Réunion sur les soins).

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

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

- a) les membres de l'équipe interdisciplinaire qui fournissent des soins à un résident se réunissent dans les six semaines de l'admission de celui-ci et au moins une fois par année pour revoir le programme de soins et toutes autres questions qui ont de l'importance pour le résident et son mandataire spécial, s'il en a un;**
- b) le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute personne désignée par l'un ou l'autre ont la possibilité de participer pleinement aux réunions;**
- c) la date, le nom des participants et les résultats des réunions sont consignés dans un dossier. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 27 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que : a) les membres de l'équipe interdisciplinaire qui fournissent des soins à un résident se réunissent dans les six semaines de l'admission de celui-ci et au moins une fois par année pour revoir le programme de soins et toutes autres questions qui ont de l'importance pour le résident et son mandataire spécial, s'il en a un. (Registre 013706-16.)

Lors d'un entretien, le mandataire spécial du résident 046 a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle n'avait pas rencontré l'équipe interdisciplinaire depuis l'admission du membre de sa famille un jour de mars 2016. Il a indiqué qu'il y avait une réunion prévue en mai 2016 mais qu'il aurait aimé rencontrer l'équipe plus tôt.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a confirmé à l'inspectrice que la réunion sur les soins après l'admission du résident 046 prévue pour le mois de mai 2016 aurait dû avoir lieu dans les six semaines suivant l'admission du résident. [alinéa 27 (1) a)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 32.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

Les 3, 5 et 6 mai 2016, les inspectrices 592 et 545 ont vu le résident 004 le menton couvert de longs poils.

Le 6 mai 2016, le conjoint/la conjointe du résident a fait part à l'inspectrice 592 de ses préoccupations à l'égard de la pilosité faciale de son conjoint/sa conjointe, qui est une personne fière et qui ne tolérerait pas les longs poils sur son visage.

Le programme de soins actuel du résident 004 indiquait que le résident avait besoin d'une aide complète pour l'hygiène personnelle. Le programme de soins actuel indiquait également que le résident 004 prenait un bain deux fois par semaine et qu'il en avait pris un le 2 mai 2016.

Lors d'un entretien le 6 mai 2016, la PSSP 103, qui s'occupait du résident 004, a indiqué à l'inspectrice 592 que ce résident avait besoin de l'aide complète du personnel pour son hygiène personnelle (y compris le rasage) et que le foyer s'attendait à ce que le rasage soit offert aux résidents les jours de douche ou de bain et, au besoin, les autres jours. La PSSP 103 a indiqué à l'inspectrice 592 que cette semaine un bain avait été donné au résident par l'une des PSSP qui lui étaient affectées et que celle-ci n'avait pas remarqué que des poils couvraient le menton du résident mais qu'elle les enlèverait plus tard dans la matinée.

Lors d'un entretien le 6 mai 2016, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que tous les résidents recevaient des soins personnels individualisés, y compris le rasage, et que les poils faciaux du résident 004 auraient dû lui être enlevés par les PSSP. [art. 32]

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

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

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

Constatations :

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

Les menus quotidiens et hebdomadaires affichés pour le mardi 10 mai 2016 indiquaient qu'un yogourt aux fruits devait être offert aux résidents.

L'inspectrice 545 a observé le petit-déjeuner dans les quatre unités du foyer et le yogourt n'a été offert à aucun résident. Les réfrigérateurs des quatre cuisinettes ont été inspectés et aucun d'eux ne contenait de yogourt.

Lors d'un entretien, les aides-diététistes 112 et 113 ont indiqué qu'il n'y avait pas de yogourt disponible. Ils ont ajouté que la livraison des aliments était attendue plus tard dans la matinée. L'aide-diététiste 112 a confirmé qu'il travaillait la fin de semaine et qu'aucun réfrigérateur de l'étage ne contenait de yogourt.

La superviseure du service d'alimentation a indiqué que le foyer exigeait, lorsqu'un aliment n'est pas disponible, qu'un autre choix soit offert et que les changements soient indiqués au menu. Elle a dit ne pas savoir qu'il n'y avait de yogourt disponible dans aucune unité et, après avoir inspecté le réfrigérateur de la cuisine principale, elle a confirmé qu'il n'y avait aucun yogourt disponible au foyer. [par. 71 (4)]

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 114 (Système de gestion des médicaments).

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

114. (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 114 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. (Registre 013706-16.)

Le membre de la famille du résident 046 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident recevait un médicament particulier sous la forme d'un timbre qui doit lui être appliqué le matin et que le vieux timbre devait lui être enlevé avant d'en appliquer un nouveau. Il a indiqué qu'au cours de ses visites il avait trouvé deux timbres sur le corps du membre de sa famille, ceci à deux reprises (en mars et en mai 2016).

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué qu'elle avait appris que le résident avait été trouvé à deux reprises avec deux timbres sur le corps. Elle a indiqué que souvent le résident était agité et ne laissait pas le personnel examiner son corps pour lui enlever le vieux timbre. Elle exige qu'en pareil cas le personnel documente l'incident dans les notes d'évolution et dans le dossier d'administration des médicaments. L'inspectrice 550 a demandé à examiner la politique du foyer concernant l'administration des médicaments qui sont préparés sous forme de timbres et, après cette vérification auprès du bureau administratif et du fournisseur pharmaceutique, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice qu'il n'y avait pas de politique concernant l'administration des médicaments préparés sous forme de timbres.

Ainsi qu'en témoignent les renseignements qui précèdent, le titulaire de permis n'a pas de politique ni de protocoles écrits en place dans le cadre de son système de gestion des médicaments afin d'assurer l'administration rigoureuse de tous les médicaments utilisés au foyer.

Un ordre sera délivré aux termes du par. 8 (1) au sujet de la politique et des procédures concernant l'administration des médicaments. [par. 114 (2)]

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 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 de péremption, réfrigération, éclairage).

Durant une observation de la chambre du résident 032, l'inspectrice 550 et la directrice des soins ont observé sur la table de chevet du résident, à côté de son lit, un tube de médicament et un pot contenant une crème qui lui avait été prescrite. L'étiquette de la pharmacie sur le tube de médicament était datée du 26 avril 2016 et le nom du résident et le mode d'emploi y figuraient. L'étiquette de la pharmacie sur le pot contenant la crème prescrite était datée du 14 avril 2016 et le nom du résident et le mode d'emploi y figuraient.

La directrice des soins a indiqué à l'inspecteur que le résident n'était pas censé garder des médicaments à son chevet parce qu'il n'a pas d'ordre du médecin pour justifier cela. Tous ses médicaments doivent être gardés

verrouillés dans le chariot à médicaments. La directrice des soins a enlevé les deux médicaments et les a confiés à l'infirmière en lui demandant de les garder dans le chariot à médicaments.

Ainsi qu'en témoignent les renseignements qui précèdent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les crèmes médicamenteuses du résident 032 soient entreposées dans le chariot à médicaments ou dans un endroit qui est sûr et verrouillé.

Un ordre sera délivré aux termes du par. 8 (1) au sujet de la politique et des procédures concernant l'administration des médicaments. [alinéa 129 (1) a)]

AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131 (Administration des médicaments).

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

131. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Le 10 mai 2016 à 12 h 37, l'inspectrice 550 a observé l'administration d'insuline au résident 040 par l'IA 122. Le résident était assis dans la salle à manger en train de prendre son repas lorsque l'insuline lui a été administrée par voie sous-cutanée dans le bras. Au moment de l'administration, le résident avait encore quelques cuillerées de pâté chinois et de salade de chou à manger; il avait pris 90 % de son repas et était encore en train de manger.

En examinant les ordres du médecin dans le dossier de santé du résident, l'inspectrice a vu l'ordre suivant concernant l'insuline, un ordre daté d'avril 2016 : insuline (nom et type identifiés), donner les unités précisées par voie sous-cutanée avant le petit-déjeuner, les unités précisées par voie sous-cutanée avant le déjeuner et les unités précisées par voie sous-cutanée avant le dîner.

Lors d'un entretien, l'IA a dit ne pas savoir que l'ordre du médecin indiquait d'administrer l'insuline avant les repas. Elle a expliqué qu'elle administrait systématiquement l'insuline aux résidents après qu'ils ont commencé à prendre leur repas, ceci pour s'assurer qu'ils mangent.

2. Lors d'un entretien, l'IA 122 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 032 s'administrait lui-même une crème au cours de la soirée, avant d'aller au lit.



**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***

Lors d'un entretien, le résident 032 a indiqué à l'inspectrice et à la directrice des soins que le personnel remplissait l'applicateur de crème et le lui donnait pour qu'il se l'administre. L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident et observé l'ordre du médecin suivant, daté de janvier 2016, pour la crème médicamentée : crème médicamentée, appliquer le nombre de mg précisé au coucher trois fois par semaine, puis deux fois par semaine au coucher. Prière de l'administrer pour le résident.

Ainsi, l'insuline du résident 040 et la crème médicamentée du résident 032 n'ont pas été administrées conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Un ordre sera délivré aux termes du par. 8 (1) au sujet de la politique et des procédures concernant l'administration des médicaments. [par. 131 (2)]

Date de délivrance : 15 juin 2016

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 :	MÉLANIE SARRAZIN (592), ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545), JOANNE HENRIE (550), LINDA HARKINS (126), LISA KLUKE (547)
N° de registre :	008286-16
N° du rapport d'inspection :	2016_381592_0010
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	20 mai 2016
Titulaire de permis :	REVERA LONG TERM CARE INC. 55 STANDISH COURT, 8 ^e ÉTAGE MISSISSAUGA, ON L5R 4B2
Foyer de soins de longue durée :	MONTFORT 705, chemin Montréal OTTAWA, ON K1K 0M9
Nom de l'administratrice :	Kelly Boisclair

Aux termes du présent document, REVERA LONG TERM CARE 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/de la :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en oeuvre conformément à celles-ci;
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Lien vers l'ordre existant : 2015_286547_0021, CO #001;

Ordre :

Le titulaire de permis est tenu de faire ce qui suit :

1. Examiner son système de gestion des médicaments pour assurer que les politiques et des marches à suivre sont élaborées ou mises en œuvre, particulièrement en ce qui concerne :
 - l'application et le retrait des médicaments préparés sous forme de timbres transdermiques;
 - l'entreposage sécuritaire des médicaments;
 - l'administration des médicaments aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.
2. Offrir une formation à l'ensemble du personnel infirmier autorisé sur les politiques ou les marches à suivre qui seront élaborées et mises en œuvres comme indiqué ci-dessus.

De plus, comme indiqué dans le précédent ordre de conformité n° 001 délivré le 30 novembre 2015 lors de l'inspection n° 2015_286547_0021, le titulaire de permis offrira une formation à l'ensemble du personnel infirmier autorisé dans les domaines suivants :

- la gestion de l'administration des narcotiques et des médicaments désignés;
- la gestion des résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments;
- la norme de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario concernant l'administration des médicaments.

3. Établir un processus de surveillance pour assurer que les nouvelles politiques et marches à suivre sont appliquées de façon à assurer la conformité dans l'ensemble du foyer.

Ce processus de surveillance, précisé dans le précédent ordre de conformité n° 001 délivré le 30 novembre 2015 lors de l'inspection n° 2015_286547_0021, doit être appliqué conformément au calendrier établi.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier autorisé du foyer respecte la politique et les marches à suivre concernant l'administration des médicaments.

L'ordre de conformité n° 001 a été délivré le 30 novembre 2015 dans le cadre de l'inspection n° 2015_286547_0021 pour le non-respect des politiques concernant l'administration des médicaments, la gestion des narcotiques et médicaments désignés, ainsi que les résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments.

Aux termes de cet ordre de conformité, le titulaire de permis a été tenu d'offrir à l'ensemble du personnel infirmier autorisé une formation supplémentaire sur les toutes dernières politiques et marches à suivre du foyer en matière d'administration des médicaments en examinant ce qui suit :

- la gestion de l'administration des médicaments;
- la gestion de l'administration des narcotiques et des médicaments désignés;
- la gestion des résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments;
- la norme de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario concernant l'administration des médicaments.

Le titulaire de permis a également été tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un processus pour assurer la surveillance continue de la gestion de l'administration et de l'entreposage des médicaments, ainsi que des méthodes employées par les résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments, en partenariat avec le pharmacien du foyer.

En examinant la liste des employés qui ont reçu une formation supplémentaire sur les toutes dernières politiques et marches à suivre du foyer en matière d'administration des médicaments, ainsi que le nombre réel de membres du personnel autorisé au foyer en date du 31 mars 2016, l'inspectrice 550 a constaté que 31 membres du personnel autorisé sur 34 avaient reçu cette formation. La directrice des soins a indiqué à l'inspectrice que les trois membres du personnel qui n'avaient pas reçu la formation supplémentaire travaillaient de nuit et n'étaient pas en mesure de se présenter pour recevoir cette formation durant la journée.

L'inspectrice a examiné le processus de vérification en place au foyer pour assurer la surveillance continue de la gestion de l'administration et de l'entreposage des médicaments, ainsi que des méthodes employées par les résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments. Dans son plan de redressement, le foyer a indiqué que différents gestionnaires et le gestionnaire régional du soutien clinique devaient effectuer quatre vérifications distinctes à intervalles prédéterminés : une fois par semaine pendant un mois, toutes les deux semaines pendant un mois, puis une fois par mois par la suite. L'inspectrice a constaté que, d'une part, la vérification du Système n'avait pas été effectuée comme prévu en mars 2016 et que, d'autre part, la vérification détaillée de l'administration des médicaments n'avait pas été effectuée comme prévu en février et en mars 2016.

Il est noté que ce non-respect de la politique et de la marche à suivre du foyer concernant les résidents qui s'administrent eux-mêmes leurs médicaments avait précédemment fait l'objet d'un plan de redressement volontaire durant l'inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) de 2014 et de l'ordre de conformité n° 001 durant l'IQSR de 2015.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. (Registre 013706-16.)

Le membre de la famille du résident 046 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident recevait un médicament particulier sous la forme d'un timbre qui doit lui être appliqué le matin et que le vieux timbre devait lui être enlevé avant d'en appliquer un nouveau. Il a indiqué qu'au cours de ses visites il avait trouvé deux timbres sur le corps du membre de sa famille, ceci à deux reprises (en mars et en mai 2016).

Lors d'un entretien, la directrice des soins a indiqué qu'elle avait appris que le résident avait été trouvé à quelques reprises avec deux timbres sur le corps. Elle a indiqué que souvent le résident était agité et ne laissait pas le personnel examiner son corps pour lui enlever le vieux timbre. Elle exige qu'en pareil cas le personnel documente l'incident dans les notes d'évolution et dans le dossier d'administration des médicaments. L'inspectrice 550 a demandé à examiner la politique du foyer concernant l'administration des médicaments qui sont préparés sous forme de timbres et, après cette vérification auprès du bureau administratif et du fournisseur pharmaceutique, la directrice des soins a indiqué à l'inspectrice qu'il n'y avait pas de politique concernant l'administration des médicaments préparés sous forme de timbres.

Ainsi qu'en témoignent les renseignements qui précèdent, le titulaire de permis n'a pas de politique ni de protocoles écrits en place dans le cadre de son système de gestion des médicaments afin d'assurer l'administration rigoureuse de tous les médicaments utilisés au foyer.

3. 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 de péremption, réfrigération, éclairage).

Durant une observation de la chambre du résident 032, l'inspectrice 550 et la directrice des soins ont observé sur la table de chevet du résident, à côté de son lit, un tube de médicament et un pot contenant une crème qui lui avait été prescrite. L'étiquette de la pharmacie sur le tube de médicament était datée du 26 avril 2016 et le nom du résident et le mode d'emploi y figuraient. L'étiquette de la pharmacie sur le pot contenant la crème prescrite était datée du 14 avril 2016 et le nom du résident et le mode d'emploi y figuraient.

La directrice des soins a indiqué à l'inspecteur que le résident n'était pas censé garder des médicaments à son chevet parce qu'il n'a pas d'ordre du médecin pour justifier cela. Tous ses médicaments doivent être gardés verrouillés dans le chariot à médicaments. La directrice des

soins a enlevé les deux médicaments et les a confiés à l'infirmière en lui demandant de les garder dans le chariot à médicaments.

Ainsi qu'en témoignent les renseignements qui précèdent, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les crèmes médicamentées du résident 032 soient entreposées dans le chariot à médicaments ou dans un endroit qui est sûr et verrouillé.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Le 10 mai 2016 à 12 h 37, l'inspectrice 550 a observé l'administration d'insuline au résident 040 par l'IA 122. Le résident était assis dans la salle à manger en train de prendre son repas lorsque l'insuline lui a été administrée par voie sous-cutanée dans le bras. Au moment de l'administration, le résident avait encore quelques cuillerées de pâté chinois et de salade de chou à manger; il avait pris 90 % de son repas et était encore en train de manger.

En examinant les ordres du médecin dans le dossier de santé du résident, l'inspectrice a vu l'ordre suivant concernant l'insuline, un ordre daté du 12 avril 2016 :

Insuline (nom et type), donner les unités précisées par voie sous-cutanée avant le petit-déjeuner, les unités précisées par voie sous-cutanée avant le déjeuner et les unités précisées par voie sous-cutanée avant le dîner.

Lors d'un entretien, l'IA a dit ne pas savoir que l'ordre du médecin indiquait d'administrer l'insuline avant les repas. Elle a expliqué qu'à tous les résidents, elle administrait toujours l'insuline après qu'ils ont commencé à manger pour s'assurer qu'ils mangent.

Lors d'un entretien, l'IA 122 a indiqué à l'inspectrice 550 que le résident 032 s'administrait lui-même une crème au cours de la soirée, avant d'aller au lit.

Lors d'un entretien, le résident 032 a indiqué à l'inspectrice et à la directrice des soins que le personnel remplissait l'applicateur de crème et le lui donnait pour qu'il se l'administre.

L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident et observé l'ordre du médecin suivant, daté de janvier 2016, pour la crème médicamentée :

Crème médicamentée, appliquer le nombre de mg précisé au coucher trois fois par semaine, puis deux fois par semaine au coucher. Prière de l'administrer pour le résident.

Ainsi, l'insuline du résident 040 et la crème médicamentée du résident 032 n'ont pas été administrées conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. (550)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 22 août 2016

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 : 20 mai 2016

Signature de l'inspecteur :

Original signé par

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Mélanie Sarrazin

Bureau régional de services :

Ottawa