

**Guide sur la *Loi de 2007*
sur les foyers de longue durée et le
*Règlement de l'Ontario 79/10***

Table des matières

Introduction	1
--------------------	---

Partie I

Principe fondamental et interprétation	1-1
Politiques et dossiers	1-2

Partie II

Déclaration des droits des résidents.....	2-1
Énoncé de mission	2-6
Foyer sûr et sécuritaire.....	2-7
Programmes de soins provisoires et programmes de soins.....	2-12
Exigences générales: programmes	2-21
Services infirmiers et services de soutien personnel.....	2-23
Programmes obligatoires.....	2-30
Comportements réactifs	2-35
Altercations et autres interactions	2-38
Comportements et altercations	2-40
Soins de rétablissement.....	2-41
Activités récréatives et sociales.....	2-44
Programmes de soins alimentaires et d'hydratation et services de diététique....	2-46
Services médicaux.....	2-56
Pratiques religieuses et spirituelles.....	2-58
Services d'hébergement.....	2-59
Animaux de compagnie	2-63
Bénévoles.....	2-64
Prévention des mauvais traitements et de la négligence.....	2-65
Rapports et plaintes (Plaintes)	2-71
Rapports et plaintes (Rapports obligatoires).....	2-73
Rapports et plaintes (Incidents graves).....	2-86
Recours minimal à la contention	2-90
Médicaments	2-110
Absences.....	2-125
Mises en congé.....	2-129

Partie VI

Conseils – Conseil des résidents.....	4-1
Conseils – Conseil des familles.....	4-3
Conseils – Dispositions générales	4-6

Introduction

La *Loi de 2007 sur les foyers de longue durée* (LFSLD) de l'Ontario et le Règlement de l'Ontario 79/10 (Règlement) pris en application de la LFSLD sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2010. La nouvelle LFSLD et le nouveau Règlement ont remplacé la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* et la *Loi sur les établissements de bienfaisance* ainsi que les règlements pris en application de ces lois.

Tous les foyers de longue durée de l'Ontario sont désormais régis en vertu d'une seule et unique loi, à savoir la *Loi de 2007 sur les foyers de longue durée*. La LFSLD a été conçue de façon à s'assurer que les résidents des foyers de longue durée reçoivent des soins de grande qualité à la fois sécuritaires, uniformes et axés sur les résidents.

Le but est de créer des environnements où les résidents de foyer de longue durée puissent se sentir chez eux, soient traités avec respect et obtiennent l'aide et les services nécessaires à leur santé et leur bien-être. On atteint ce but grâce :

- à notre engagement constant, partout dans la province, quant à la santé et au bien-être des Ontariennes et des Ontariens qui vivent dans les foyers de longue durée;
- au respect mutuel et à l'étroite collaboration entre les résidents, leurs proches, les titulaires de permis, les fournisseurs de services, les fournisseurs de soins, les bénévoles, la collectivité et les gouvernements.

À propos du guide

Le présent guide dresse un portrait général de la LFSLD et du Règlement. Il est à noter que le guide ne traite pas de tous les éléments de la LFSLD et du Règlement, il ne s'agit donc ni d'un document juridique, ni d'un recueil complet des règlements en vigueur. Il doit, par conséquent, être consulté conjointement à la LFSLD et au Règlement et, en cas de non-conformité avec la LFSLD et le Règlement, les dispositions de ces deux textes prévaudront.

Le présent guide respecte la table des matières de la LFSLD et du Règlement. Il est divisé en 10 parties, qui correspondent aux parties que l'on retrouve dans la table des matières de la LFSLD et du Règlement.

Il est conseillé aux utilisateurs de consulter leur conseiller juridique pour les questions d'interprétation.

À qui s'adresse ce guide?

Le présent guide vise à offrir une référence et une ressource utile, rédigée dans un langage accessible :

- aux titulaires de permis;
- au personnel des foyers de longue durée;
- aux résidents;
- aux mandataires spéciaux;
- aux membres de la famille des résidents;
- aux conseils de résidents;
- aux conseils de familles;
- aux bénévoles;
- aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS);
- aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

Terminologie

Dans le présent guide, on utilisera indistinctement les termes « foyer » et « foyer de soins de longue durée » pour faciliter la lecture. Le terme « foyer » pourra aussi faire référence au titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée. Le titulaire de permis est la personne qui a obtenu un permis ou une autorisation pour exploiter un foyer de soins de longue durée en vertu de la LFSLD et qui est chargée de veiller au respect des exigences établies dans la LFSLD et le Règlement.

Dans le présent guide, sauf indication contraire, « directeur » s'entend du directeur, Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité, Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Certaines parties du guide contiennent également les renseignements additionnels suivants visant à contextualiser l'information et à faciliter la compréhension de la LFSLD et du Règlement :

Des **définitions** que l'on retrouve dans la LFSLD et le Règlement. On pourra aussi y retrouver des définitions tirées d'autres sources et politiques ministérielles officielles.

Les **liens principaux** avec les autres sections de la LFSLD et du Règlement qui devraient être pris en compte lors de la lecture de cette partie du guide.

Les **éléments essentiels à prendre en compte** fournissent des renseignements, des ressources ou des explications supplémentaires.

Avis

Le contenu du présent guide peut changer sans préavis de temps à autre. Les renseignements qui s'y trouvent ne sont fournis qu'à titre informatif seulement. Le guide n'a pas pour mission de fournir des recommandations ou des conseils juridiques, financiers ou professionnels. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ne peut garantir que l'information fournie dans le présent guide est à jour, exacte, complète ou exempte d'erreurs. Les utilisateurs utilisent les renseignements contenus dans le présent guide à leurs propres risques. Les utilisateurs devraient toujours demander l'avis de professionnels juridiques, financiers ou autres concernant l'information contenue dans le présent guide. Les utilisateurs devraient aussi consulter leurs conseillers juridiques en ce qui concerne l'interprétation de la LFSLD et du Règlement.

Le MSSLD n'assume aucune responsabilité concernant les modifications, les erreurs ou les omissions aux renseignements contenus dans le présent guide. Le MSSLD ne fait aucune déclaration et ne donne aucune garantie de quelconque nature que ce soit quant au présent guide. En aucun cas, le MSSLD, la province de l'Ontario et leurs mandataires, employés ou fonctionnaires respectifs ne peuvent être tenus responsables de la mauvaise mise à jour du contenu du présent guide, des erreurs ou omissions ou de tous dommages-intérêts (y compris, sans s'y limiter, les dommages-intérêts pour manque à gagner, l'interruption des affaires ou les dommages-intérêts directs, indirects, connexes, spéciaux, consécutifs ou punitifs) découlant de l'utilisation du présent guide (y compris tout son contenu), que ce soit sous contrat, en vertu de la responsabilité civile ou sur toute autre base de responsabilité.

Le présent guide est la propriété du MSSLD et ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans le consentement écrit préalable du Ministère. Les utilisateurs sont autorisés à imprimer la version électronique du guide pour leur utilisation personnelle.

La LFSLD, le Règlement et les autres lois et règlements mentionnés dans le présent guide peuvent être consultés au <http://www.e-laws.gov.on.ca/index.html>.

Les demandes ou plaintes relatives à la conformité d'un foyer de longue durée à la LFSLD et au Règlement peuvent être adressées à la Ligne ACTION des Soins de longue durée au 1 866 434-0144, de 8 h 30 à 19 h, sept jours par semaine.

Partie I Principe fondamental et interprétation

A. Aperçu

L'article 1 de la LFSLD énonce le principe fondamental qui doit être appliqué dans l'interprétation de la LFSLD et du Règlement. L'article 2, quant à lui, définit les termes utilisés dans la LFSLD et le Règlement.

B. Exigences de la LFSLD

Article 1 – Foyer : Principe fondamental

Le principe fondamental qui doit être appliqué dans l'interprétation de la LFSLD et du Règlement est celui selon lequel un foyer est avant tout le foyer de ses résidents et doit être exploité de sorte que ces derniers puissent y vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort et que leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels soient comblés de façon satisfaisante.

Article 2 – Interprétation

L'article 2 de la LFSLD définit les termes utilisés dans la LFSLD et le Règlement.

Dans le présent guide, certaines de ces définitions sont présentées dans des encadrés « Définitions ». Pour la liste complète des définitions, consulter la LFSLD et le Règlement.

C. Exigences du Règlement

On définit, dans les articles 1 à 7 du Règlement, les termes utilisés dans le Règlement. Certaines de ces définitions s'appliquent aussi aux termes utilisés dans la LFSLD.

Dans le présent guide, certaines de ces définitions sont présentées dans des encadrés « Définitions ». Pour la liste complète des définitions, consulter la LFSLD et le Règlement.

Partie I Politiques et dossiers

A. Aperçu

L'article 8 du Règlement précise les exigences relatives aux politiques et dossiers des foyers.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 8 – Respect des politiques et dossiers

Lorsque la LTCHA ou le Règlement exigent qu'un foyer ait un programme, un plan, une politique, un protocole, une procédure, une stratégie ou un système, ces derniers doivent :

- d'une part, être conformes à toutes les exigences applicables de la LFSLD et mis en œuvre conformément à celles-ci;
- et, d'autre part, être respectés.

Lorsque la LFSLD ou le Règlement exigent que le foyer conserve un dossier, ce dernier doit être conservé sous une forme lisible et utilisable qui permet d'en produire une copie intégrale facilement.

Partie II Déclaration des droits des résidents

A. Aperçu

L'article 3 de la LFSLD énonce la déclaration des droits des résidents, laquelle porte sur le bien-être et la sécurité personnelle des résidents et comprend les privilèges, les choix et les protections offerts à tous les résidents des foyers. Certains des droits énoncés dans cet article sont appuyés par d'autres exigences de la LFSLD et du Règlement.

B. Exigences de la LFSLD

Article 3 – Déclaration des droits des résidents

La déclaration des droits des résidents doit être appliquée dès qu'un résident et un foyer concluent une entente en vertu de laquelle le foyer s'engage à veiller au plein respect et à la promotion de tous les droits du résident. La LFSLD, le Règlement et tout autre accord conclu entre le foyer et la Couronne ou entre le foyer et le résident doit être interprété de façon à promouvoir le respect des droits du résident.

Élément essentiel à prendre en compte

La déclaration des droits des résidents expose en détail et accentue les droits prévus dans la législation qui régissait les foyers bien avant l'adoption de la LFSLD.

Dignité et respect

- Tout résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité.
- Tout résident a le droit d'exercer ses droits civiques.
- Tout résident a le droit de savoir qui est responsable de ses soins directs et qui les lui fournit.
- Tout résident a le droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.
- Tout résident a le droit de garder et d'exposer dans sa chambre des effets, des images et du mobilier personnels, du moment qu'il respecte les exigences en matière de sécurité et les droits des autres résidents.
- Tout résident a le droit de cultiver des intérêts sociaux, culturels, religieux, spirituels et autres, de développer son potentiel et d'obtenir une aide raisonnable du foyer à ces fins.

Lien principal

Consulter les articles de la LFSLD, du Règlement et du présent guide sur les activités récréatives et sociales et les pratiques religieuses et spirituelles pour plus de détails.

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

- Tout résident a le droit d'être protégé contre les mauvais traitements.
- Tout résident a le droit de ne pas faire l'objet de négligence de la part du foyer ou du personnel.

Définition

« Mauvais traitement » : Relativement à un résident, inclut un mauvais traitement d'ordre physique, sexuel, psychologique ou verbal ou du fait de faire l'objet d'exploitation financière, au sens de l'article 2 du Règlement.

Lien principal

Consulter les articles de la LFSLD, du Règlement ou du présent guide sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence pour plus de détails.

Soins et services

- Tout résident a le droit d'être convenablement logé, nourri, habillé, tenu et soigné, d'une manière correspondant à ses besoins.
- Tout résident a le droit de vivre dans un milieu sûr et propre.
- Tout résident a le droit de recevoir des soins et de l'aide favorisant son autonomie qui sont fondés sur une philosophie axée sur les soins de rétablissement, de façon à maximiser le plus possible son autonomie.

Liens principaux

Consulter les articles de la LFSLD, du Règlement ou du présent guide sur les soins et services et les programmes de soins pour plus de détails.

Voir les articles de la LFSLD, du Règlement et du présent guide sur les services d'hébergement et les foyers sûrs et sécuritaires pour plus de détails.

Voir les articles de la LFSLD, du Règlement et du présent guide sur les soins de rétablissement pour plus de détails.

Choix et consentement

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

Lien principal

Consulter les articles de la LFSLD, du Règlement ou du présent guide sur les programmes de soins provisoires et programmes de soins pour plus de détails, de même que la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui* et la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

- Tout résident moribond ou très malade a droit à ce que les membres de sa famille et ses amis soient présents 24 heures sur 24.
- Tout résident a le droit de se lier d'amitié et d'entretenir des relations avec qui que ce soit et de participer à la vie du foyer.
- Tout résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.
- Tout résident a le droit de partager une chambre avec un autre résident, selon leurs désirs mutuels, si un hébergement convenable est disponible.
- Tout résident a le droit d'avoir accès à des zones extérieures protégées pour se livrer à des activités de plein air à moins que la configuration des lieux ne rende la chose impossible.

Recours minimal à la contention

- Tout résident a le droit de ne pas être maîtrisé, sauf dans les circonstances restreintes et sous réserve des exigences prévues par la LFSLD et conformément à la LFSLD.

Lien principal

Voir les articles de la LFSLD, du Règlement et du présent guide sur le recours minimal à la contention pour plus de détails.

Communications et plaintes et préoccupations

- Tout résident a le droit de communiquer avec quiconque de manière confidentielle, de recevoir les visiteurs de son choix et de consulter quiconque en privé et sans entrave.
- Tout résident a le droit de désigner une personne à renseigner et prévenir immédiatement s'il est transféré ou hospitalisé.
- Tout résident a le droit de faire part de sujets de préoccupation ou de recommander des changements de politique ou des modifications aux services, en son nom ou au nom d'autres personnes, au conseil des résidents, au conseil des familles, au foyer, aux membres du personnel, aux représentants du gouvernement ou à toute autre personne l'intérieur ou à l'extérieur du foyer, et ce, sans être empêché de s'exprimer et sans craindre la contrainte, la discrimination ou les représailles à l'encontre du résident ou de toute autre personne.

Lien principal

Consulter les articles de la LFSLD, du Règlement et du présent guide sur les rapports et les plaintes et les conseils pour plus de détails.

- Tout résident a le droit de participer aux activités du conseil des résidents.

Lien principal

Consulter les articles de la LFSLD, du Règlement et du présent guide sur les conseils pour plus de détails.

- Tout résident a le droit de rencontrer son conjoint ou une autre personne en privé dans une pièce qui assure leur intimité.
- Tout résident a le droit d'être informé par écrit de toute loi, règle ou politique qui influe sur les services qui lui sont fournis ainsi que de la marche à suivre pour porter plainte.

Lien principal

Consulter les articles de la LFSLD, du Règlement et du présent guide sur les rapports et les plaintes, les renseignements à l'intention des résidents et l'affichage des renseignements pour plus de détails.

- Le résident a droit à ce qu'un ami, un membre de sa famille ou une autre personne qui a de l'importance pour lui assiste aux rencontres avec le foyer ou son personnel.

Élément essentiel à prendre en compte

Ce droit inclut le droit qu'un avocat ou un autre représentant du résident assiste à toute réunion.

Autres droits

Tout résident a le droit de gérer lui-même ses affaires financières, à moins qu'il n'ait pas la capacité juridique de le faire.

Lien principal

Consulter la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui* pour plus de détails.

Partie II Énoncé de mission

A. Aperçu

L'article 4 de la LFSLD énonce les exigences relatives à l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.

B. Exigences de la LFSLD

Pour chacun des foyers de soins de longue durée du titulaire de permis, un énoncé de mission doit avoir été adopté, lequel établit les principes, l'objet et la philosophie du foyer en matière de soins. Les principes, l'objet et la philosophie en matière de soins établis dans l'énoncé de mission sont appliqués dans le cadre de l'exploitation quotidienne du foyer de soins de longue durée.

L'énoncé de mission doit être compatible avec le principe énoncé à l'article 1 de la LFSLD et la déclaration des droits des résidents.

L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée doit être formulé et révisé au besoin avec la collaboration du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un. Le personnel du foyer et les bénévoles doivent être invités à participer à la formulation et à la révision de l'énoncé de mission. Au moins une fois tous les cinq ans après que l'énoncé de mission a été formulé, le titulaire de permis doit consulter le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, sur la question de savoir si des révisions sont nécessaires et il invite la participation du personnel du foyer de soins de longue durée et des bénévoles.

C. Exigences du Règlement

Aucune.

Partie II Foyer sûr et sécuritaire

A. Aperçu

L'article 5 de la LFSLD et les articles 9 à 23 du Règlement énoncent les exigences d'un milieu sûr et sécuritaire pour les résidents.

B. Exigences de la LFSLD

Article 5 – Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Le foyer doit offrir un milieu sûr et sécuritaire à ses résidents.

C. Exigences du Règlement

Article 9 – Portes

À l'exception des portes donnant sur des aires extérieures sécuritaires qui empêchent le résident de sortir (y compris les balcons et terrasses) ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, toutes les portes du foyer donnant sur des escaliers et sur l'extérieur doivent être gardées fermées et verrouillées et doivent être dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps. Ces portes doivent aussi être dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement à leur point d'activation et qui :

- soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,
- soit est branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

Les portes donnant sur les zones extérieures sécurisées ou les portes qui empêchent les résidents de sortir (y compris les balcons et terrasses) auxquelles les résidents n'ont pas accès doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Une politique écrite doit régir les occasions où les portes donnant sur des zones extérieures sécurisées doivent être verrouillées ou déverrouillées afin d'autoriser ou d'empêcher leur accès non supervisé aux résidents.

Les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous afin de limiter l'accès non supervisé à ces aires. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours ou être surveillées par le personnel, conformément aux marches à suivre énoncées dans le plan de mesures d'urgence du foyer.

Article 10 – Ascenseurs

Tous les ascenseurs du foyer doivent être équipés de façon à empêcher les résidents d'accéder aux aires dont l'accès leur est interdit. Malgré cette exigence, les foyers qui effectuent des rénovations en vertu de la Phase 1 de la *Stratégie de renouvellement des foyers de soins de longue durée* ne sont pas tenus de se conformer à cette exigence avant le 31 décembre 2014.

Article 11 – Superficie

Chaque étage du foyer occupé par des résidents doit avoir une superficie suffisante pour que le personnel soit en mesure d'assurer l'achèvement de la documentation et l'entreposage sécuritaire des dossiers des résidents.

Article 12 – Ameublement

Le foyer doit être doté d'un ameublement intérieur et extérieur suffisant incluant des tables, canapés, chaises et lampes pour répondre aux besoins des résidents. Un mobilier de chambre (lits, tables de nuit, fauteuils, armoires à vêtements, etc.) doit être fourni aux résidents conformément aux exigences énoncées dans le Règlement.

Article 13 – Rideaux de séparation

Chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident doit être dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité des résidents.

Article 14 – Barres d'appui

Chaque douche réservée aux résidents doit être munie d'au moins deux barres d'appui aisément accessibles, dont au moins une sur le même mur que le robinet et au moins une autre sur un mur adjacent.

Article 15 – Côtés de lit

Si l'on utilise des côtés de lit, le résident et son lit doivent être évalués 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 associés aux côtés de lit. Des mesures doivent être prises pour éviter que le résident se coince dans les côtés de lit et pour régler tous les autres problèmes de sécurité, notamment la hauteur et la fiabilité du système de verrouillage.

Une «pratique fondée sur des données probantes» signifie la prise de décisions cliniques à partir des données de recherche valides les plus récentes, comme des examens systématiques, des essais cliniques comparés aléatoires et des études descriptives et quantitatives.

Une «pratique couramment admise» signifie la prise de décisions cliniques à l'aide d'une pratique prédominante, répandue et généralement reconnue

Élément essentiel à prendre en compte

Les côtés de lit doivent faire l'objet d'une évaluation pour chaque résident afin de réduire le risque que l'un d'eux reste coincé. Pour plus de détails sur les façons d'élaborer, de mettre en place et de réviser les mesures d'évaluation des côtés de lit, y compris les mesures préventives, consulter la ligne directrice de Santé Canada intitulée *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques* (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/md-im/applic-demande/guide-ld/md_gd_beds_im_ld_lits-fra.php.)

Article 16 – Fenêtres

Chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents doit être dotée d'une moustiquaire et ne pas pouvoir s'ouvrir de plus de 15 centimètres.

Élément essentiel à prendre en compte

La procédure de vérification des fenêtres visant à s'assurer qu'elles satisfont aux exigences de cet article du *Règlement* devrait faire partie du programme d'entretien préventif périodique du foyer.

Article 17 – Système de communication bilatérale

Le foyer doit être doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel dans chaque aire accessible par les résidents. Le système doit être sous tension en tout temps et permettre d'annuler les appels uniquement au point d'activation. Le système doit être aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents. Le système doit également clairement indiquer, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal. Si le système est doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il doit être calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Article 18 – Éclairage

Le foyer doit satisfaire aux exigences du Règlement en matière d'éclairage dans les différentes parties du foyer. Ces exigences diffèrent selon que le foyer a été ou non construit conformément aux critères établis dans le *Long-Term Care Home Design Manual, 2009* (manuel de conception 2009).

Élément essentiel à prendre en compte

L'expression « éclairage continu et uniforme » utilisée dans le Règlement ne signifie pas que les lumières doivent être allumées 24 heures sur 24, sept jours sur sept; cela signifie que le niveau d'éclairage doit être uniforme dans les emplacements précisés dans le Règlement. Si, par exemple, l'inspecteur utilise un instrument de mesure des lux, le niveau doit être d'au moins 322,92 lux dans les escaliers cloisonnés et les corridors de tout foyer construit conformément aux exigences du manuel de conception 2009.

Article 19 – Génératrices

Le foyer doit être desservi par une génératrice disponible en tout temps et capable de maintenir, en cas de panne d'électricité, **tous** les éléments suivants :

- le système de chauffage;
- l'éclairage de sécurité dans les passages, les couloirs et les escaliers et aux sorties;
- les services essentiels, y compris **tout** ce qui suit :
 - l'équipement des services de diététique requis pour entreposer les aliments à des températures sûres et préparer et distribuer les repas et collations;
 - le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel;
 - les ascenseurs;
 - l'équipement de survie, de sécurité et de secours.

Malgré ces exigences, les exigences suivantes s'appliquent aux foyers dotés de lits de certaines catégories :

- Un foyer comptant de nouveaux lits ou des lits de catégorie A n'est pas tenu d'avoir une génératrice qui maintient les services essentiels susmentionnés avant le 1^{er} juillet 2012, à moins que les génératrices aient déjà cette capacité le 1^{er} juillet 2010.
- Un foyer comptant des lits de catégories B, C ou de catégorie D reclassés n'est pas tenu de se conformer aux exigences susmentionnées avant le 31 décembre 2016. Toutefois, si le foyer qui compte des lits de ces catégories fait l'objet d'un réaménagement et que ce dernier est achevé avant le 31 décembre 2016, le foyer doit se conformer à ces exigences à partir de la date où le réaménagement a été achevé.

- Un foyer qui compte des lits de catégorie D n'est pas tenu de se conformer aux exigences susmentionnées.

Toutefois, les foyers qui comptent des lits de catégories B, C, D ou D reclassés doivent avoir un accès garanti à une génératrice opérationnelle dans les trois heures d'une panne d'électricité et capable de maintenir le système de chauffage, l'éclairage de sécurité et les services essentiels mentionnés précédemment.

Élément essentiel à prendre en compte

Les foyers comptant des lits de catégorie B, C, D ou D reclassés qui ne possèdent pas de génératrice disponible en tout temps doivent conclure une entente avec un fournisseur de services externe afin d'avoir un accès garanti à une génératrice opérationnelle dans les trois heures d'une panne d'électricité.

Article 20 – Exigences en matière de refroidissement

Le foyer doit élaborer, rédiger et mettre en oeuvre un plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur qui répond aux besoins des résidents. Ce plan doit être conforme aux pratiques fondées sur des données probantes en la matière et, en l'absence de telles pratiques, aux pratiques couramment admises.

Un foyer sans climatisation centrale doit se doter d'au moins une aire de refroidissement désignée distincte pour chaque groupe de 40 résidents.

Article 21 – Température ambiante

La température ambiante du foyer doit être maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Article 22 – Plomberie

Tous les accessoires de plomberie du foyer qui sont dotés de tuyaux doivent être munis d'un dispositif anti-refoulement.

Article 23 – Observation des instructions du fabricant

Le personnel doit utiliser tout l'équipement, toutes les fournitures, tous les appareils, tous les appareils fonctionnels et toutes aides pour changer de position conformément aux instructions du fabricant.

Partie II Programmes de soins provisoires et programmes de soins

A. Aperçu

L'article 6 de la LFSLD et les articles 24 à 29 du Règlement énoncent les exigences relatives aux programmes de soins provisoires et aux programmes de soins, y compris l'évaluation et la réévaluation des résidents, la planification, la prestation et l'évaluation de leurs soins, et ce, dès leur admission au foyer.

La LFSLD et le Règlement exigent une approche intégrée et interdisciplinaire de la planification et de la prestation des soins, ainsi que sur la participation des résidents, de leur mandataire spécial (le cas échéant) et de toute personne désignée par le résident ou son mandataire à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

B. Exigences de la LFSLD

Article 6 : Programme de soins

Chaque résident (à l'exception des résidents en séjour de courte durée dans le cadre du programme de relève) doit avoir un programme de soins écrit qui précise les soins prévus et les objectifs des soins et qui donne des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. Le programme de soins doit être fondé sur l'évaluation du résident ainsi que sur ses besoins et ses préférences. Le programme de soins doit couvrir tous les aspects des soins du résident, notamment les soins médicaux, les soins infirmiers, le soutien personnel, la nutrition, le régime alimentaire, les activités récréatives et sociales, les soins de rétablissement et les pratiques religieuses et spirituelles.

Le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident doivent collaborer à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent. Ils doivent également collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient réévalués et se complètent. Une telle collaboration est aussi requise lors de la réévaluation du résident et de l'examen et de la révision du programme de soins.

Le résident, son mandataire spécial et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre doivent avoir la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins. Cette possibilité doit aussi est offerte lors de la réévaluation du résident et de l'examen et de la révision du programme de soins.

Lorsqu'un résident est admis dans un foyer, on doit l'évaluer et élaborer un programme de soins initial en fonction de cette évaluation et de l'évaluation, des réévaluations et des renseignements fournis par le coordonnateur des placements du CASC.

Les soins prévus dans le programme de soins doivent être fournis au résident tel que le précise le programme. Le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident doivent être tenus au courant du contenu de son programme de soins et y avoir accès facilement et sans délai. Les éléments suivants doivent être documentés :

- la fourniture des soins prévus dans le programme de soins;
- les résultats des soins prévus dans le programme de soins;
- l'efficacité du programme de soins.

Chaque résident doit être réévalué, et son programme de soins réexaminé et révisé, tous les six mois au moins et à tout autre moment, lorsque, selon le cas :

- un objectif du programme est réalisé;
- les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;
- les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Si le programme de soins fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, des méthodes différentes doivent être prises en considération dans le cadre de celle-ci.

Le résident, son mandataire spécial et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre doivent recevoir une explication du programme de soins.

L'article 6 de la LFSLD ne s'applique pas aux résidents en séjour de courte durée dans le cadre du programme de relève. Un foyer n'est pas tenu d'élaborer un programme de soins initial pour un résident en séjour de courte durée dans le cadre du programme de relève. Toutefois, un programme de soins provisoire doit être élaboré pour ces résidents dans les 24 heures suivant leur admission conformément aux paragraphes 25 (3) et 26 (5) du Règlement.

Le paragraphe 26 (3) du Règlement précise les éléments qui doivent faire partie de l'évaluation qui servira à établir le programme de soins. Ces éléments comprennent ceux précisés dans le Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 2.0 (RAI MDS 2.0).

Les exigences fixées par la LFSLD et son Règlement l'emportent sur les exigences de tout autre document, comme les politiques et outils d'évaluation.

Éléments essentiels à prendre en compte

Un programme de soins initial doit être élaboré en fonction des évaluations effectuées par le foyer ainsi que de l'évaluation, des réévaluations et des renseignements fournis par le coordonnateur des placements du CASC.

Il n'est pas obligatoire que le programme de soins (ou le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission visé à l'article 24 du Règlement) soit un document unique. Le programme de soins, ou ses parties, peuvent être nommés autrement par le foyer. Le programme de soins peut comprendre un ou plusieurs documents du foyer : programmes de soins, kardex, énoncés des objectifs, registres d'administration des médicaments (RAM), registres d'administration des traitements (RAT), directives et ordonnances médicales, listes de bains, programmes de physiothérapie et d'activités, programmes récréatifs, listes de collations et livres utilisés par les diététistes pour la préparation des repas.

Article 7 – Consentement

La LFSLD n'autorise pas un titulaire de permis à évaluer les besoins d'un résident ou à fournir des soins ou des services à un résident sans le consentement de celui-ci.

C. Exigences du Règlement

Article 24 – Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Sauf pour les exceptions mentionnées ci-dessous, un programme de soins provisoire doit être élaboré dans les 24 heures de l'admission du résident dans un foyer (y compris les résidents admis pour un séjour de courte durée dans le cadre d'un programme de relève) et communiqué au personnel chargé des soins directs dans le même délai.

Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre **tous** les renseignements suivants à son sujet :

- les risques qu'il peut courir (y compris les risques de chute) et les interventions nécessaires pour les atténuer;
- les risques qu'il peut faire courir aux autres (notamment ses comportements déclencheurs éventuels) et les mesures de sécurité nécessaires pour les atténuer;
- le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne;
- sa routine habituelle et ses besoins en matière de confort;
- les médicaments et traitements dont il a besoin;

- les maladies connues dont il souffre, y compris les allergies et les autres conditions dont le titulaire de permis doit être mis au courant, y compris les interventions;
- l'état de sa peau, y compris les interventions en la matière;
- les directives données concernant le régime alimentaire, notamment en ce qui a trait à la texture des aliments, la consistance des liquides et les restrictions alimentaires.

Les soins prévus dans le programme de soins doivent être fondés sur une évaluation du résident, de ses besoins et de ses préférences, ainsi que sur l'évaluation, les réévaluations et les renseignements fournis par le coordonnateur des placements du CASC.

Le programme de soins doit préciser les soins prévus pour le résident et donner des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le résident, son mandataire spécial et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre doivent avoir la possibilité de participer, dans la mesure du possible, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins provisoire du résident et aux réexamens et révisions du programme.

Les soins prévus dans le programme de soins provisoire doivent être fournis au résident tel que le précise le programme de soins. Le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs au résident doivent être tenus au courant du contenu de son programme de soins provisoire et y avoir accès facilement et sans délai. La fourniture et les résultats des soins prévus dans le programme de soins provisoire doivent être documentés.

Le résident doit être réévalué et son programme de soins provisoire réexaminé et révisé lorsque, selon le cas :

- les besoins du résident en matière de soins évoluent;
- les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;
- les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Si le programme de soins fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, des méthodes différentes doivent être prises en considération dans le cadre de celle-ci.

Le résident, son mandataire spécial et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre doivent recevoir une explication du programme de soins provisoire.

D'autres dispositions de la LFSLD et du Règlement qui s'appliquent au programme de soins s'appliquent également au programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission. Ces dispositions concernent la déclaration des droits des résidents (paragraphe 3 (1) de la LFSLD), la contention au moyen d'un appareil mécanique (paragraphe 31 (1) et (2) de la LFSLD), les appareils d'aide personnelle (paragraphe 33 (3) et (4) de la LFSLD), les soins buccaux (paragraphe 34 (2) du Règlement), la facilitation des selles et soins liés à l'incontinence (alinéa 51 (2) b) du Règlement) et les directives et ordonnances médicales relatives aux médicaments (paragraphe 117 (a) du Règlement).

Le programme de soins cesse de s'appliquer dès l'élaboration d'un programme de soins initial.

Malgré les exigences susmentionnées, le foyer n'est pas tenu d'élaborer un programme de soins pour un résident qui, selon le cas :

- est réinstallé en urgence dans un autre foyer qu'exploite le même titulaire de permis pour des raisons de santé ou de sécurité;
- est transféré dans :
 - un foyer temporaire lié,
 - un foyer rouvert,
 - un foyer de remplacement qu'exploite le même titulaire de permis.

Éléments essentiels à prendre en compte

La politique du RLISS relative à l'*Entente sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS SLD)*, intitulée *Exploitation des lits pour l'hébergement de courte durée en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (Politique sur l'hébergement de courte durée)*, précise les exigences additionnelles concernant le programme de séjour de courte durée. Cette politique s'applique au Programme de convalescence, au Programme de courte durée en lit provisoire et au Programme de relève.

L'alinéa 2.1.1 de la *Politique sur l'hébergement de courte durée* exige que les outils suivants soient utilisés lors de l'élaboration du programme de soins provisoire dans les 24 heures d'une admission :

- le Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC) rempli par le coordonnateur des placements du CASC durant la procédure d'admission et toujours actuel dans les trois mois suivant l'admission;
- les autres évaluations et renseignements pertinents fournis par le coordonnateur des placements du CASC;

Éléments essentiels à prendre en compte (suite)

- les rapports hospitaliers pertinents;
- les évaluations du personnel du foyer.

La *Politique sur l'hébergement de courte durée* exige que l'on utilise le RAI MDS 2.0 pour évaluer les besoins en matière de soins des résidents qui participent au Programme de relève, et dont le séjour est de plus de 14 jours, et que l'on révise le Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission, comme prévu dans le cas de ces résidents. On retrouve les exigences relatives à l'utilisation du RAI MDS 2.0 dans le document *Foyers de soins de longue durée – RAI-MDS 2.0 – Exigences professionnelles*, et dans ses modifications, que l'on mentionne dans l'annexe F de l'*Entente sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée* (ERS-SLD).

Article 25 – Programme de soins initial

En tenant compte des exceptions énoncées ci-dessous, un programme de soins initial doit être élaboré pour chaque résident. Les évaluations nécessaires à l'élaboration d'un programme de soins initial doivent être achevées dans les 14 jours de l'admission du résident. Le programme de soins initial, quant à lui, doit être élaboré dans les 21 jours de son admission.

Définition

Un « programme de soins initial » est un programme de soins au sens de la LFSLD et du Règlement. C'est le premier programme de soins élaboré pour le résident. Une fois ce programme élaboré, le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission n'est plus pertinent.

Malgré les exigences susmentionnées, il n'y a aucune obligation à élaborer un programme de soins initial pour les résidents qui sont :

- réinstallés en urgence dans un autre foyer qu'exploite le même titulaire de permis pour des raisons de santé et sécurité;
- transférés dans un foyer temporaire lié, un foyer rouvert, un foyer de remplacement qu'exploite le même titulaire de permis;
- admis en séjour de courte durée dans le cadre du programme de relève.

Article 26 : Programme de soins

Tous les résidents (à l'exception des résidents en séjour de courte durée dans le cadre du programme de relève) doivent avoir un programme de soins. Ce dernier doit identifier le résident et comprendre des données démographiques à son sujet. Il doit aussi identifier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration du programme ainsi que les dates auxquelles elles y ont participé.

Le programme de soins doit minimalement être fondé sur l'évaluation interdisciplinaire de **tous** les domaines de soins suivants :

- sa routine habituelle;
- sa capacité cognitive;
- son habilité à communiquer, notamment son ouïe et son langage;
- son acuité visuelle;
- ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs identifiés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée;
- son bien-être psychologique;
- son fonctionnement physique, ainsi que le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, notamment en ce qui a trait à son hygiène et à sa toilette;
- les fonctions de continence, notamment l'évacuation vésicale et anale;
- toute maladie diagnostiquée;
- son état de santé, notamment les allergies dont il souffre, les douleurs qu'il ressent, les risques de chute qu'il court et ses autres besoins particuliers;
- les risques saisonniers qu'il court par temps chaud;
- son état buccodentaire, notamment son hygiène buccale;
- son état nutritionnel, notamment sa taille, son poids et les risques qu'il court en matière de soins alimentaires;
- son état d'hydratation et les risques qu'il court en la matière;
- l'état de sa peau, notamment tout signe d'altération de l'intégrité épidermique et ses problèmes de pieds;
- ses activités courantes et ses intérêts;
- ses médicaments et traitements;
- s'il suit des traitements et subit des interventions particulières;
- les risques qu'il pose en matière de sécurité;
- s'il souffre de nausée et de vomissement;
- ses habitudes de sommeil et ses préférences en la matière;
- ses préférences culturelles, spirituelles et religieuses ainsi que ses besoins et préférences compte tenu de son âge;
- les possibilités de sa mise en congé.

Un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer doit effectuer une évaluation nutritionnelle pour tous les résidents au moment de leur admission et chaque fois qu'un changement important se produit dans leur état de santé. Le diététiste agréé doit également effectuer une évaluation de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation des résidents.

Éléments essentiels à prendre en compte

Ces dispositions visent à favoriser une approche intégrée et interdisciplinaire de la planification, de la prestation et de l'évaluation des soins aux résidents.

L'équipe de soins doit tenir compte – lors de la planification, de la prestation et de l'évaluation des soins et des services – de l'intégration et de la complémentarité des services au sein des programmes de soins dans le but d'atteindre les meilleurs résultats thérapeutiques possible pour résidents.

Article 27 – Réunion sur les soins

Une réunion interdisciplinaire sur les soins doit avoir lieu dans les six semaines de l'admission du résident, 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. Le résident, son mandataire spécial et toute personne désignée par l'un ou l'autre doivent avoir la possibilité de participer à ces réunions. La date, le nom des participants aux réunions et les résultats des réunions doivent être consignés dans un dossier.

Malgré les exigences susmentionnées, la tenue d'une réunion sur les soins n'est pas obligatoire pour les résidents qui :

- sont réinstallés en urgence dans un autre foyer qu'exploite le même titulaire de permis pour des raisons de santé ou de sécurité;
- sont transférés dans un foyer temporaire lié, un foyer rouvert ou un foyer de remplacement exploité par le même titulaire de permis;
- admis en séjour de courte durée dans le cadre du programme de relève.

Article 29 – Changements apportés au programme de soins : consentement

Lorsqu'un résident est réévalué et que son programme de soins est réexaminé et révisé, tout consentement pertinent donné ou toute directive pertinente donnée à l'égard d'un « traitement », notamment à l'égard d'une « série de traitements » ou d'un « plan de traitement » au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* doit être réexaminé et, au besoin, révisé.

Élément essentiel à prendre en compte

Consulter la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* pour plus de détails concernant le consentement.

Partie II Exigences générales: programmes

A. Aperçu

Les articles 17 et 18 de la LFSLD et l'article 30 du Règlement énoncent les normes en matière de soins et de dotation en personnel et les exigences générales qui s'appliquent aux programmes structurés requis en vertu de la LFSLD : les services infirmiers et les services de soutien personnel, les soins de rétablissement, les activités récréatives et sociales, les services de diététique et d'hydratation, les services médicaux, les renseignements et l'aiguillage, les pratiques religieuses et spirituelles, les services d'hébergement et les programmes de bénévolat.

Ces exigences générales s'appliquent également aux programmes interdisciplinaires requis en vertu de l'article 48 du Règlement : prévention et gestion des chutes, soins de la peau et des plaies, facilitation des selles et soins liés à l'incontinence et gestion de la douleur.

B. Exigences de la LFSLD

Article 17 – Normes en matière de soins et de dotation en personnel

Le foyer doit satisfaire aux normes que prévoient les règlements en matière de soins et de dotation en personnel.

Article 18 – Normes relatives aux programmes et aux services

Tous les programmes requis en vertu de la LFSLD doivent respecter les normes ou les exigences, y compris les indicateurs des résultats établis dans le Règlement.

C. Exigences du Règlement

Article 30 – Exigences générales

Chacun des programmes structurés du foyer, énoncés aux articles 8 à 16 de la LFSLD, et chacun des programmes interdisciplinaires énoncés aux articles 48 à 52 du Règlement doivent satisfaire à **toutes** les exigences suivantes :

- il doit exister une description écrite du programme qui comprend ses buts et objectifs, les politiques et lignes directrices pertinentes, les méthodes de réduction des risques et de contrôle des résultats et les protocoles d'aiguillage des résidents vers des ressources spécialisées, au besoin;
- l'équipement, les fournitures, les appareils, les accessoires fonctionnels ou les aides utilisés par le personnel dans le cadre du programme doivent être appropriés pour le résident compte tenu de son état;

- le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;
- un dossier écrit de chaque évaluation doit être conservé et inclure la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées, la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Toutes les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celui-ci aux interventions, doivent être documentées.

Partie II Services infirmiers et services de soutien personnel

A. Aperçu

L'article 8 de la LFSLD et les articles 31 à 47 du Règlement précisent les exigences des programmes structurés des services infirmiers et des services de soutien personnel.

B. Exigences de la LFSLD

Article 8 – Services infirmiers et services de soutien personnel

Le foyer doit avoir des programmes structurés de services infirmiers et de services de soutien personnel qui répondent aux besoins évalués des résidents. Au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) étant à la fois un employé et un membre du personnel infirmier permanent du foyer doit être de service et présent au foyer en tout temps, à l'exception de ce qui est prévu dans le Règlement.

Définitions

« Personnel infirmier permanent » s'entend d'un membre du personnel infirmier autorisé (PIA) qui travaille dans un foyer à intervalles fixes ou préarrangés (article 6 du Règlement).

« Services de soutien personnel » s'entend des services visant à prêter assistance dans le cadre des activités de la vie quotidienne, y compris des services relatifs à l'hygiène corporelle. S'entend en outre de la supervision de ces activités (article 8 de la LFSLD).

Lien principal

Les programmes des services infirmiers et des services de soutien personnel doivent satisfaire aux exigences générales de tous les programmes établies dans l'article 30 du Règlement.

C. Exigences du Règlement

Article 31 – Services infirmiers et services de soutien personnel

Le foyer doit avoir un plan de dotation en personnel écrit pour les programmes de services infirmiers et de services de soutien personnel.

Le plan de dotation en personnel doit :

- prévoir une dotation en personnel variée compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et satisfaire aux exigences de la LFSLD et du Règlement;
- énoncer l'organisation et l'horaire des quarts du personnel;
- promouvoir la continuité des soins en réduisant le nombre de membres du personnel différents qui fournissent des services de soutien personnel aux résidents;
- comprendre un plan d'urgence pour la dotation pour parer aux situations où le personnel chargé des services infirmiers et des services de soutien personnel, notamment le PIA chargé d'assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24, est incapable de se présenter au travail;
- être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Un dossier écrit sur chaque évaluation doit être conservé et inclure la date de l'évaluation, les noms des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Liens principaux

Comme le prévoit l'article 53 du Règlement, les méthodes relatives aux comportements réactifs doivent être intégrées aux soins fournis aux résidents.

Comme le prévoit l'article 57 du Règlement, les méthodes en matière de soins de rétablissement doivent être intégrées aux soins fournis aux résidents.

Article 32 – Soins personnels

Tout résident du foyer doit recevoir, sur une base quotidienne, des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

Article 33 – Bain

Tout résident du foyer doit prendre un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Définition

Le terme « bain » comprend les bains, les douches et les toilettes complètes à l'éponge (article 33 du Règlement).

Article 34 – Soins buccaux

Chaque résident du foyer doit recevoir des soins buccaux, notamment :

- les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires;
- une aide physique ou des conseils, au besoin, pour aider le résident à se brosser les dents;
- de l'aide, au besoin, pour insérer ses prothèses dentaires avant les repas et à tout autre moment, lorsque le résident le demande ou lorsque son programme de soins l'exige;
- une offre d'évaluation dentaire annuelle ou d'autres services dentaires préventifs, sous réserve de l'autorisation du paiement par le résident ou son mandataire spécial, si un paiement est exigé.

Article 35 – Soins des pieds et des ongles

Chaque résident du foyer doit recevoir des services de soins de base et de soins préventifs pour les pieds, notamment la coupe des ongles des pieds et des mains.

Élément essentiel à prendre en compte

Le foyer ne peut exiger de frais au résident pour les soins de base des pieds et des ongles, y compris la coupe des ongles des pieds et des mains.

Article 36 – Techniques de transfert et de changement de position

Les membres du personnel doivent utiliser des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Article 37 – Effets personnels et aides personnelles

Les effets personnels des résidents, notamment leurs aides personnelles (prothèses dentaires, lunettes, prothèses auditives, etc.), doivent être étiquetés dans les 48 heures de leur acquisition ou de l'admission du résident et nettoyés au besoin. Tout résident doit recevoir, au besoin, l'aide voulue pour utiliser des aides personnelles.

Article 38 – Avis : objets personnels

Le résident ou son mandataire spécial doivent être avisés lorsque le résident a besoin de nouveaux objets personnels ou lorsque son équipement ou ses aides personnelles ont besoin de réparations.

Article 39 – Appareils d'aide à la mobilité

Des appareils d'aide à la mobilité, notamment des fauteuils roulants, des déambulateurs et des cannes, doivent, en tout temps, être mis à la disposition des résidents qui en ont besoin à court terme.

Article 40 – Tenue vestimentaire

Tout résident du foyer doit recevoir, au besoin, l'aide voulue pour s'habiller. Le résident doit être habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et porter des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées.

Article 41 – Routines au coucher et au moment du repos

Les routines que suit chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos doivent être encouragées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Article 42 – Soins en fin de vie

Tout résident doit recevoir des soins en fin de vie, au besoin, répondant à ses besoins.

Article 43 – Méthodes de communication

Des stratégies doivent être élaborées et mises en œuvre pour répondre aux besoins des résidents :

- dont l'aptitude à communiquer et à verbaliser est compromise;
- atteints d'une déficience cognitive;
- qui ne peuvent pas communiquer dans la langue utilisée au foyer.

Comme le prévoit l'article 26 du Règlement, l'habileté à communiquer de chaque résident doit être évaluée dans le cadre de l'élaboration de son programme de soins.

Article 44 – Disponibilité des fournitures

Les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels doivent être aisément disponibles au foyer.

Article 45 – Soins infirmiers 24 heures sur 24 : exceptions

L'article 45 du Règlement précise les exceptions à l'exigence relative aux soins infirmiers 24 heures sur 24 en vertu du paragraphe 8 (3) de la LFSLD (c'est-à-dire qu'au moins un ou une IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps), à savoir :

Foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins

Le titulaire de permis peut faire appel à un ou une IA qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente que l'IA a conclue avec le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent.

Durant une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3) d) du Règlement échoue, le titulaire de permis peut faire appel, selon le cas :

- à un ou une IA qui travaille au foyer conformément à un contrat conclu entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un autre tiers **si** le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou un ou une IA qui est à la fois un employé et un membre du personnel infirmier permanent du foyer peut être joint au téléphone;
- à un ou une IAA qui est membre du personnel infirmier permanent **si** le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou un ou une IA qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être joint au téléphone.

Foyers dont la capacité en lits autorisés est de plus de 64 lits, mais moins de 129 lits

Dans le cas d'un départ en congé planifié ou prolongé d'un employé du titulaire de permis qui est une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé et un membre du personnel infirmier permanent, il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente avec le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent.

Durant une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3) d) du Règlement échoue, le titulaire de permis peut faire appel à un ou une IA qui travaille au foyer conformément à un contrat ou une entente entre le titulaire du foyer et une agence de placement ou un autre tiers **si** le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou un ou une IA, à la fois employé du foyer et membre du personnel infirmier permanent, peut être joint au téléphone **et** qu'un ou une IAA, à la fois employé du foyer et membre du personnel infirmier permanent, est de service et présent au foyer.

Définition

« Situation d'urgence » Situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée (article 45 du Règlement).

Article 46 – Accréditation des infirmières et infirmiers

Chaque membre du PIA (IA cat. spéc., IA et IAA) doit être titulaire du certificat d'inscription approprié en vigueur décerné par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Lien principal

Comme le prévoit l'article 234 du Règlement, le foyer doit tenir, pour chaque membre du personnel, un dossier contenant, le cas échéant, la vérification de son certificat d'inscription en vigueur auprès de l'ordre de la profession de la santé réglementée dont il est membre ou la vérification de son inscription en vigueur auprès de l'organisme réglementaire régissant sa profession.

Article 47 – Qualités des préposés aux services de soutien personnel

À partir du 1^{er} juillet 2011, toute personne embauchée comme préposée aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre, doit avoir terminé avec succès un programme à l'intention des préposés aux services de soutien personnel qui satisfait aux normes professionnelles établies par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, aux normes établies par l'Association Nationale des Collèges de Carrières ou aux normes établies par l'Association ontarienne de soutien communautaire. De plus, le programme doit durer au moins 600 heures, ce qui comprend à la fois le temps passé en classe et le temps passé à acquérir une expérience pratique de travail.

Malgré ces exigences, les personnes suivantes peuvent être embauchées pour offrir des services de soutien personnel :

- un ou une IA ou un ou une IAA qui, de l'avis du directeur des soins infirmiers et des soins personnels, possède des compétences et des connaissances suffisantes pour exercer les fonctions d'un préposé aux services de soutien personnel;
- une personne qui travaillait ou était employée comme préposé aux services de soutien personnel dans un foyer au cours des 12 mois précédant le 1^{er} juillet 2011 et qui possède au moins trois ans d'expérience de travail à temps plein, ou l'équivalent si elle travaille à temps partiel, en tant que préposé aux services de soutien personnel;
- un étudiant inscrit à un programme d'études pour les IA ou les IAA et qui, de l'avis du directeur des soins infirmiers et des soins personnels, possède des compétences et des connaissances suffisantes pour exercer les fonctions d'un préposé aux services de soutien personnel;
- une personne inscrite à un tel programme d'études et qui est en voie d'acquérir l'expérience pratique de travail qui constitue l'une des exigences du programme, à condition qu'elle travaille sous la supervision d'un membre du personnel infirmier autorisé et d'un instructeur du programme.

Le foyer doit mettre fin à l'emploi de toute personne embauchée comme préposée aux services de soutien personnel, ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre, qui était tenue d'être inscrite à un tel programme ou au programme d'études pour les IA ou les IAA, tel qu'il est décrit précédemment, si elle n'y est plus inscrite ou qu'elle ne le termine pas avec succès dans les cinq ans qui suivent sa date d'embauche.

Partie II Programmes obligatoires

A. Aperçu

Les articles 48 à 52 du Règlement précisent les exigences relatives aux quatre programmes interdisciplinaires suivants :

- Prévention et gestion des chutes
- Soins de la peau et des plaies
- Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
- Gestion de la douleur

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 48 – Programmes obligatoires

Les programmes suivants doivent être élaborés et mis en œuvre en vertu du Règlement :

- Programme de prévention et de gestion des chutes
- Programme de soins de la peau et des plaies
- Programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence
- Programme de gestion de la douleur

Chaque programme doit satisfaire aux exigences établies dans l'article 30 du Règlement et prévoir des protocoles de dépistage ainsi que des outils d'évaluation et de réévaluation.

Définition

Un outil d'évaluation clinique approprié est un outil valide et fiable, reconnu par les experts dans le domaine et qui permet une évaluation en profondeur de l'état du résident.

Lien principal

Consulter l'article 18 de la LFSLD et l'article 30 du Règlement concernant les exigences générales relatives à tous les programmes structurés requis en vertu de la LFSLD.

Article 49 – Prévention et gestion des chutes

Le programme doit minimalement prévoir des stratégies visant à diminuer le nombre de chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Si un résident fait une chute, il doit faire l'objet d'une évaluation et, si son état ou la situation l'exige, une autre évaluation devra être effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

L'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels nécessaires pour la prestation du programme de prévention et de gestion des chutes doivent être facilement accessibles au foyer.

Définition

«Facilement accessible» signifie que le foyer doit avoir une grande quantité de fournitures et d'équipement sous la main en tout temps afin d'atteindre les objectifs du programme. Cela ne signifie pas que toutes les fournitures et tout l'équipement requis par l'ensemble des résidents doivent être accessibles en tout temps.

Article 50 – Soins de la peau et des plaies

Le programme prévoit la fourniture de soins de la peau réguliers visant à maintenir l'intégrité épidermique et à prévenir les plaies. Des stratégies doivent être mises en œuvre de façon à promouvoir le confort et la mobilité des résidents ainsi que la prévention des infections, notamment par la surveillance des résidents. Le foyer doit avoir des stratégies pour le transfert des résidents et les changements de position de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment par l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position. Ce programme doit comprendre des traitements et des interventions, notamment de la physiothérapie et des soins alimentaires.

Tout résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée doit se faire évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dans les 24 heures de son admission au foyer, à son retour au foyer après un séjour à l'hôpital et dès son retour d'une absence de plus de 24 heures.

Définition

On parle de «signes d'altération de l'intégrité épidermique» lorsqu'on observe une dégradation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique (paragraphe 50(3) du Règlement).

Tout résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies doit :

- se faire évaluer la peau par un membre du PIA, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies;
- être traité immédiatement afin de réduire ou d'éliminer la douleur, de favoriser la guérison et de prévenir l'infection au besoin;
- être réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé si cela s'impose sur le plan clinique.

Tout résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique doit être évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer. Toute modification à son programme de soins alimentaires et d'hydratation doit être mise en œuvre.

Lien principal

Consulter l'article 6 de la LFSLD et les articles 24 à 29 du Règlement pour connaître les exigences relatives aux programmes de soins des résidents.

Tout résident qui a besoin du personnel pour ses changements de position doit être changé de position toutes les deux heures ou plus fréquemment, si nécessaire. Si cela s'impose sur le plan clinique, changer le résident de position uniquement lorsqu'il dort.

L'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position doivent être facilement accessibles au foyer s'ils sont nécessaires pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison.

Article 51 – Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Ce programme doit minimalement fournir **tout** ce qui suit :

- des traitements et des interventions visant à favoriser la continence et à prévenir la constipation, notamment des protocoles de nutrition et d'hydratation;
- des programmes d'élimination, y compris des protocoles de facilitation des selles;
- des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité des résidents, notamment l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'appareils fonctionnels;
- une évaluation annuelle du niveau de satisfaction des résidents à l'égard de la gamme de produits pour incontinence offerts, en consultation avec les résidents, les mandataires spéciaux et le personnel chargé des soins directs. Cette évaluation doit être prise en compte au moment de l'achat des produits pour incontinence.

Tout résident incontinent doit être évalué comme le prévoit le Règlement et, au besoin, un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique doit être utilisé. Le résident doit recevoir, dans le cadre de son programme de soins, un programme personnalisé visant à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale.

Tout résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps doit recevoir du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence. Tout résident qui a été évalué comme pouvant devenir entièrement ou partiellement continent doit recevoir du personnel l'aide et l'appui voulus pour le devenir. Les produits pour incontinence ne peuvent être utilisés comme solution de rechange à l'aide à une personne pour aller aux toilettes.

Tout résident qui a besoin de produits pour incontinence doit disposer d'assez de produits de rechange pour demeurer propre, au sec et se sentir à l'aise. Une gamme de produits pour incontinence doit être mise à la disposition des résidents et du personnel et leur être accessible en tout temps, et ce, en quantité suffisante compte tenu de tous les changements exigés. Les résidents doivent disposer d'une gamme de produits pour incontinence qui, à la fois :

- tiennent compte de leurs besoins individuels évalués;
- leur sont bien adaptés;
- contribuent à leur confort, à leur dignité et à leur intégrité épidermique et sont faciles à utiliser;
- favorisent une indépendance continue, dans la mesure du possible;
- sont appropriés compte tenu du moment de la journée et du type particulier d'incontinence dont souffre chacun d'eux.

Éléments essentiels à prendre en compte

Les exigences en matière de soins liés à l'incontinence se fondent sur l'hypothèse que, dans la mesure du possible, tous les résidents capables d'aller seuls aux toilettes puissent le faire et que tous ceux qui ont besoin d'aide reçoivent l'aide dont ils ont besoin. Tous les résidents incontinents devraient utiliser les toilettes s'ils en sont capables et avoir un programme d'élimination approprié.

Le foyer doit fournir un éventail de produits pour incontinence qui réponde aux critères précisés à l'alinéa 51 (2) h) du Règlement. Aucun produit ne peut toutefois répondre à toutes ces exigences de façon satisfaisante.

Le foyer ne doit pas exiger des frais aux résidents pour les produits pour incontinence qui font partie de l'éventail offert par le foyer. Si le foyer offre un éventail de produits pour incontinence qui répond de façon satisfaisante à toutes les exigences de l'alinéa 51 (2) h), mais qu'un résident souhaite utiliser un autre produit, le foyer pourra lui exiger des frais pour ce produit.

Article 52 – Gestion de la douleur

Le programme de gestion de la douleur doit minimalement comprendre **tout** ce qui suit :

- des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui sont atteints d'une déficience cognitive;
- des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, de l'équipement, des fournitures, des appareils et des accessoires fonctionnels;
- des mesures visant à assurer des soins de confort;
- la surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de leur efficacité.

Lorsque les interventions initiales ne soulagent pas la douleur d'un résident, son programme de gestion de la douleur doit être évalué au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Partie II Comportements réactifs

A. Aperçu

L'article 53 du Règlement établit les exigences liées aux soins à offrir aux résidents qui ont des comportements réactifs.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 53 – Comportements réactifs

Le foyer doit élaborer **tout** ce qui suit afin de répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

- des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification de comportements déclencheurs qui peuvent donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental;
- des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir;
- des protocoles qui permettent de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes;
- des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées, au besoin.

Définition

« Comportements réactifs » s'entend des comportements indiquant souvent, selon le cas, un besoin non satisfait d'une personne, notamment sur les plans cognitif, physique, affectif, social ou environnemental, ou une réaction à des circonstances, dans l'environnement social ou physique, pouvant être frustrantes, effrayantes ou troublantes pour une personne (article 1 du Règlement).

Éléments essentiels à prendre en compte

Les comportements réactifs sont les moyens utilisés par une personne atteinte de démence ou d'autres problèmes de santé pour communiquer un inconfort corporel (infection urinaire, par exemple.), un inconfort lié à son environnement social (ennui, invasion de l'espace personnel, etc.), un inconfort lié à son environnement physique (éclairage, par exemple), etc.

Avant, ces comportements étaient souvent considérés comme des comportements «perturbateurs», «problématiques» ou «agressifs». Or cette terminologie avait pour effet de donner une image négative des résidents.

En optant pour le terme «comportements réactifs», on met plutôt l'accent sur la compréhension de sens derrière le comportement et sur ce que le résident tente de communiquer. Cette façon de faire exige une approche holistique de l'évaluation qui tient notamment compte des facteurs physiques, cognitifs, émotionnels, sociaux et environnementaux qui auraient pu provoquer ce comportement.

Voir ces comportements comme la réponse d'une personne à un élément négatif ou déstabilisant dans son environnement ou comme un moyen de communiquer peut aider le personnel à développer des réponses et des interventions appropriées.

Ces méthodes, stratégies et protocoles doivent être intégrés aux soins fournis à tous les résidents, fondés sur les besoins évalués des résidents qui affichent des comportements réactifs et coordonnés et mis en œuvre sur une base interdisciplinaire. Ils doivent aussi être élaborés et mis en œuvre conformément aux pratiques fondées sur les données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. De plus, ils doivent être évalués et mis à jour au moins une fois par année, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Un dossier écrit doit être conservé et inclure la date de l'évaluation, les noms des personnes qui ont participé, un résumé des changements apportés et la date à laquelle ils ont été mis en œuvre.

Le foyer doit, pour tout résident qui affiche des comportements réactifs :

- identifier les comportements déclencheurs du résident (dans la mesure du possible);
- élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour réagir à ces comportements (dans la mesure du possible);
- prendre des mesures pour répondre aux besoins du résident, y compris des évaluations, réévaluations et interventions, et documenter ses réactions aux interventions.

Élément essentiel à prendre en compte

Pour en savoir plus sur l'approche des comportements réactifs dans les soins, consulter le site Web du Murray Alzheimer Research and Education Program (www.marep.uwaterloo.ca).

Liens principaux

Le paragraphe 221 (3) du Règlement prévoit que le personnel qui fournit des soins directs aux résidents doit recevoir une formation additionnelle sur les techniques et les approches liées aux comportements réactifs.

De plus, la séance d'initiation des bénévoles doit comprendre de l'information sur les techniques et méthodes à utiliser pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs (alinéa 223 (2) 6) du Règlement).

Consulter l'article 55 du Règlement pour en savoir plus sur les exigences relatives à la minimisation des risques d'altercations, de comportements réactifs et d'interactions potentiellement dangereuses.

Partie II Altercations et autres interactions

A. Aperçu

L'article 54 du Règlement énonce les mesures préventives à prendre pour limiter les altercations et les autres interactions potentiellement dangereuses entre les résidents.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 54 – Altercations et autres interactions entre les résidents

Des mesures doivent être prises pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre les résidents. Ces mesures comprennent l'identification de facteurs fondés sur une évaluation, d'autres renseignements et des observations qui pourraient déclencher de telles altercations et l'identification et la mise en œuvre de mesures d'intervention.

Éléments essentiels à prendre en compte

Certains agissements des résidents à l'égard d'autres résidents n'entrent pas dans la définition de « mauvais traitement » du Règlement.

Les agissements d'un résident qui ne comprend pas les conséquences de ses actes, par exemple, n'entrent pas dans la définition de « mauvais traitement d'ordre affectif » ou de « mauvais traitement d'ordre verbal ». Toutefois, une altercation verbale, comme les moqueries ou les injures, peuvent dégénérer en altercation physique et potentiellement devenir une situation de mauvais traitement si le personnel d'intervient pas.

L'article 19 de la LFSLD exige que le foyer protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit. Pour prévenir les altercations, le personnel doit être constamment à l'affût des comportements déclencheurs et gérer les interactions potentiellement dangereuses avant qu'elles ne dégèrent en situation dangereuse.

Consulter les alinéas 76 (2) 3) et 76 (7) 1) de la LFSLD concernant les exigences en matière de formation du personnel en lien avec la politique de tolérance zéro des mauvais traitements et de reconnaissance et de prévention des mauvais traitements.

Consulter l'article 55 du Règlement pour en savoir plus sur les exigences relatives à la minimisation des risques d'altercations, de comportements réactifs et d'interactions potentiellement dangereuses.

Partie II Comportements et altercations

A. Aperçu

L'article 55 du Règlement précise les exigences relatives à la minimisation des risques d'altercations, de comportements réactifs et d'interactions potentiellement dangereuses.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 55 – Comportements et altercations

Des marches à suivre et des mesures d'intervention doivent être élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents.

Tout le personnel chargé des soins directs doit être informé au début de chaque poste des résidents dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue puisque ces derniers présentent un risque potentiel pour les résidents ou d'autres personnes.

Éléments essentiels à prendre en compte

L'article 19 de la LFSLD exige que le foyer protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit. Le foyer doit réagir à tous les comportements, y compris ceux qui pourraient ne pas être réactifs. Consulter les articles 53 et 54 du Règlement pour en savoir plus sur les exigences relatives aux comportements réactifs ainsi qu'aux altercations et aux interactions parmi les résidents.

Pour faciliter l'identification des résidents dont les comportements devraient être surveillés, le foyer peut utiliser l'information fournie par les membres de la famille ou les mandataires spéciaux ainsi que les évaluations préalables à l'admission fournies par le coordonnateur des placements du CASC (évaluation de l'état de santé; RAI-MDS-HC). Les évaluations psychogériatriques et toute autre évaluation pertinente doivent être prises en compte.

Partie II Soins de rétablissement

A. Aperçu

L'article 9 de la LFSLD et les articles 56 à 64 du Règlement précisent les exigences en ce qui concerne le programme interdisciplinaire structuré fondé sur les soins de rétablissement.

B. Exigences de la LFSLD

Article 9 – Soins de rétablissement

Le foyer doit avoir un programme interdisciplinaire structuré fondé sur les soins de rétablissements qui vise à promouvoir et à maximiser l'indépendance des résidents. Chaque résident doit recevoir, dans le cadre de ce programme, des services de physiothérapie et d'autres services de thérapeutique répondant aux besoins évalués en matière de soins.

C. Exigences du Règlement

Article 56 – Soins de rétablissement

Les articles 57 à 64 décrivent le programme interdisciplinaire structuré fondé sur les soins de rétablissement exigé au paragraphe 9 (1) de la LFSLD.

Article 57 – Intégration des soins de rétablissement dans les programmes

Les méthodes axées sur les soins de rétablissement sont intégrées aux soins fournis aux résidents et coordonnées de sorte que chaque résident puisse maintenir ou améliorer ses capacités fonctionnelles et cognitives dans tous les aspects de la vie quotidienne, dans la mesure de ses capacités.

Lien principal

Consulter l'article 30 du Règlement pour en savoir plus sur les exigences générales qui s'appliquent à tous les programmes structurés.

Élément essentiel à prendre en compte

Les soins de rétablissement aident les résidents à améliorer ou à maintenir leur capacité à effectuer leurs activités quotidiennes. Les soins de rétablissement comprennent la promotion de la continence et l'amélioration de la force musculaire et de l'équilibre. Des méthodes intégrées de soins de rétablissement peuvent aussi aider à réduire les chutes et l'utilisation du matériel de contrainte.

Une méthode de soins de rétablissement doit favoriser l'indépendance, la santé et le bien-être et améliorer la qualité de vie.

Article 58 – Transfert et changement de position

Les membres du personnel doivent utiliser, lors du transfert et du changement de position des résidents, des appareils ou des techniques qui maintiennent ou améliorent, dans la mesure du possible, la capacité de port de poids, l'endurance et l'amplitude des mouvements des résidents.

Article 59 – Services de thérapeutique

Le foyer doit organiser ou offrir des services d'ergothérapie et d'orthophonie, ainsi que des services de physiothérapie offerts sur les lieux aux résidents, sur une base individuelle ou en groupe, en fonction de l'évaluation de leurs besoins en matière de soins.

Article 60 – Espace et fournitures : services de thérapeutique

Un espace sûr et approprié réservé à la fourniture de services de thérapeutique et un approvisionnement suffisant en équipement thérapeutique doivent être accessibles en tout temps au foyer pour répondre aux besoins des résidents.

Article 61 – Qualités du personnel préposé aux services de thérapeutique

Les services de thérapeutique décrits à l'article 59 du Règlement, organisés ou offerts en vertu de l'article 9 de la LFSLD, doivent être fournis par des thérapeutes titulaires d'un certificat d'inscription en vigueur décerné par l'ordre approprié d'une profession de la santé réglementée.

Malgré cette exigence, les services de thérapeutique fournis par le foyer peuvent l'être par des membres du personnel de soutien qui sont des membres du personnel du foyer et qui travaillent sous la direction d'un membre de la profession de la santé réglementée appropriée et sous la supervision du responsable désigné du programme de soins de rétablissement (voir l'article 64 du Règlement) et qui, selon le cas :

- ont terminé avec succès un programme de formation en soins de rétablissement ou sont inscrits à un tel programme;

- ont terminé avec succès un cours de formation pertinent offert par le foyer et conçu et supervisé par un thérapeute qualifié membre de l'ordre approprié d'une profession de la santé réglementée.

Le foyer doit cesser d'employer comme membre du personnel de soutien quiconque était tenu d'être inscrit à un tel programme et qui cesse d'être inscrit au programme en question ou ne le termine pas avec succès dans les trois années suivant son embauche. (Il est à noter, toutefois, que la période de trois ans ne commence que le 1^{er} juillet 2010 pour le personnel de soutien qui fournissait des services de thérapeutique au foyer avant cette date.)

Les services de thérapeutique organisés par le foyer peuvent être fournis par des membres du personnel de soutien qui relèvent d'un membre d'une profession de la santé réglementée et qui travaillent sous la direction et la supervision de ce membre.

Article 62 – Travail social et techniques de travail social

Le foyer doit consigner par écrit la description des services de travail social et de techniques de travail social fournis au foyer. Il doit également veiller à ce que ces techniques répondent aux besoins des résidents.

Article 63 – Qualités : travail social et techniques de travail social

Les travailleurs sociaux ou les techniciens en travail social qui fournissent des services au foyer doivent être inscrits conformément à la Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social.

Article 64 – Responsable désigné

Le foyer doit désigner une personne responsable de la coordination du programme de soins de rétablissement, dont les services des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social. Le responsable désigné doit :

- soit être titulaire d'un certificat d'inscription général en vigueur décerné par un ordre d'une profession de la santé réglementée ou par l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario;
- soit être titulaire d'un diplôme ou d'un grade d'études postsecondaires, décerné par un collège communautaire ou une université, en sciences du loisir, en kinésiologie, en loisirs thérapeutiques ou dans un autre domaine connexe et avoir au moins un an d'expérience dans le domaine des soins de santé.

Élément essentiel à prendre en compte

Une même personne peut à la fois être le responsable désigné du programme de soins de rétablissement et du programme d'activités récréatives et sociales dans la mesure où elle satisfait aux exigences professionnelles des deux postes.

Partie II Activités récréatives et sociales

A. Aperçu

L'article 10 de la LFSLD et les articles 65 à 67 du Règlement énoncent les exigences relatives au programme structuré d'activités récréatives et sociales.

B. Exigences de la LFSLD

Article 10 – Activités récréatives et sociales

Le foyer doit mettre en place un programme structuré d'activités récréatives et sociales qui réponde aux intérêts de ses résidents. Le programme doit comprendre des services à l'intention des résidents atteints d'une déficience cognitive et de ceux qui ne sont pas capables de sortir de leur chambre.

C. Exigences du Règlement

Article 65 – Programme d'activités récréatives et sociales

Le foyer doit fournir les fournitures et l'équipement appropriés et élaborer, mettre en œuvre et communiquer aux résidents et aux familles l'horaire des activités récréatives et sociales. L'horaire doit comprendre 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. Ces activités doivent être offertes durant la journée, la soirée et la fin de semaine.

Les résidents et leur famille doivent avoir l'occasion de participer à l'élaboration d'activités récréatives et sociales et à l'établissement du calendrier d'activités. Les résidents doivent être informés des activités communautaires susceptibles de les intéresser. De plus, les résidents doivent recevoir de l'aide et du soutien pour leur permettre de participer aux activités susceptibles de les intéresser s'ils ne sont pas en mesure de le faire de façon autonome.

Consulter l'article 30 du Règlement concernant les exigences générales relatives à tous les programmes structurés en vertu de la LFSLD.

L'alinéa 3(1)23) de la LFSLD (Déclaration des droits des résidents) prévoit que tout résident a le droit de cultiver des intérêts sociaux, culturels, religieux, spirituels et autres, de développer son potentiel et d'obtenir une aide raisonnable du foyer à ces fins.

Article 66 – Responsable désigné

Le foyer doit désigner une personne responsable de la coordination du programme d'activités récréatives et sociales. Les personnes désignées après le 1^{er} juillet 2010 doivent être titulaires d'un diplôme ou d'un grade d'études postsecondaires, décerné par un collège communautaire ou une université, en sciences du loisir, en loisirs thérapeutiques en kinésiologie ou dans un autre domaine connexe et avoir au moins un an d'expérience dans le domaine des soins de santé.

Élément essentiel à prendre en compte

Une même personne peut à la fois être le responsable désigné du programme de soins de rétablissement et du programme d'activités récréatives et sociales dans la mesure où elle satisfait aux exigences professionnelles des deux postes.

Article 67 – Qualités : activités récréatives et sociales

Tous les membres du personnel qui offrent des services et des activités récréatives et sociales au foyer pour la première fois, ou après le 1^{er} juillet 2010, doivent être titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, décerné par un collège communautaire ou une université, en sciences du loisir, en loisirs thérapeutiques en kinésiologie ou dans un autre domaine connexe, ou être inscrit dans un collège communautaire ou une université dans l'un de ces domaines. Le foyer doit cesser d'employer comme membre du personnel chargé de ces services quiconque cesse d'être inscrit au programme en question ou ne le termine pas avec succès dans les trois ans de son embauche.

Partie II Programmes de soins alimentaires et d'hydratation et services de diététique

A. Aperçu

L'article 11 de la LFSLD et les articles 68 à 78 du Règlement précisent les exigences relatives au programme structuré de soins alimentaires, de services de diététique et d'hydratation. Le foyer doit identifier les risques associés à l'alimentation et à l'hydratation des résidents et à prendre les mesures nécessaires. Ces exigences comprennent les qualités et le nombre minimal d'heures de travail du personnel qui offre les services de soins alimentaires, de diététique et d'hydratation.

B. Exigences de la LFSLD

Article 11 – Services de diététique et d'hydratation

Le foyer doit avoir un programme structuré de soins alimentaires et de services de diététique, ainsi qu'un programme structuré d'hydratation qui répond aux besoins des résidents. Chaque résident doit recevoir des aliments et des liquides sains, nutritifs et variés en quantité suffisante.

Lien principal

L'alinéa 3 (1) 4) de la LFSLD (Déclaration des droits des résidents) prévoit que tout résident a le droit d'être convenablement nourri et d'une manière correspondant à ses besoins.

C. Exigences du Règlement

Article 68 – Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Le foyer doit élaborer et mettre en place, en consultation avec un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer, des politiques et des marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation, y compris l'identification des risques afférents aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation et la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques. Les programmes doivent également comprendre un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents chez qui on a identifié des risques afférents à l'alimentation et à l'hydratation, de même qu'un système de surveillance du poids afin de mesurer et de consigner, pour chaque résident :

- le poids à l'admission et tous les mois par la suite;
- l'indice de masse corporelle et la stature à l'admission et une fois par année par la suite.

Lien principal

Consulter l'article 30 du Règlement concernant les exigences générales relatives à tous les programmes structurés en vertu de la LFSLD.

Éléments essentiels à prendre en compte

Le diététiste agréé qui participe à l'élaboration des politiques et des marches à suivre ne peut être le diététiste consultant d'un fournisseur ou d'un manufacturier; il doit faire partie du personnel du foyer.

Les foyers ne sont pas tenus de surveiller l'ingestion d'aliments et de liquides de tous les résidents, uniquement l'ingestion chez les résidents qui présentent des risques de problèmes d'alimentation et d'hydratation.

Article 69 – Changements de poids

Une évaluation interdisciplinaire doit être menée auprès des résidents dont le poids subit les changements suivants :

- un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois;
- un changement d'au moins 7,5 pour cent du poids corporel survenu sur trois mois;
- un changement d'au moins 10 pour cent du poids corporel survenu sur six mois;
- tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé du résident.

Des mesures doivent être prises si l'on observe de tels changements. De plus, les résultats de ces mesures doivent faire l'objet d'une évaluation.

Article 70 – Services de diététique

Le programme de services de diététique doit comprendre la planification des menus, la préparation alimentaire, le service de restauration et de collation et la disponibilité des fournitures et de l'équipement nécessaires à la préparation alimentaire et au service de restauration et de collation.

Article 71 – Planification des menus

Le cycle de menus du foyer doit durer au moins 21 jours et comprendre des menus pour les régimes réguliers, les régimes thérapeutiques et les régimes à texture modifiée pour les repas et les collations, des choix de mets principaux, de légumes et de desserts au déjeuner et au dîner et des choix de boissons aux repas et aux collations. Si le cycle de menus du foyer ne répond pas aux besoins nutritionnels d'un résident, le foyer est tenu de lui élaborer un menu personnalisé.

Éléments essentiels à prendre en compte

Visiter le <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php> pour obtenir une copie du *Guide alimentaire canadien*.

L'exigence d'offrir des menus personnalisés pourrait s'appliquer, par exemple, aux résidents ayant besoin d'un régime thérapeutique complexe (régime spécialisé en raison de maladies rénales, par exemple) et aux résidents qui ne sont pas capables de s'asseoir pour manger (les personnes qui errent sans cesse et qui doivent avoir des bouchées pouvant être mangées en marchant).

Tous les menus doivent fournir suffisamment d'éléments nutritifs, de fibres et d'énergie, conformément aux apports nutritionnels de référence (ANREF) et offrir tous les jours une variété d'aliments, notamment des aliments frais en saison, provenant de tous les groupes alimentaires indiqués dans la dernière version du *Guide alimentaire canadien*.

Tous les cycles de menus doivent être approuvés par le diététiste agréé du foyer et revu par le conseil des résidents. Le cycle de menus doit être revu et mis à jour au moins une fois par année. Les choix indiqués au menu planifié doivent être offerts et accessibles à chaque repas et collation. Le foyer doit offrir aux résidents au moins trois repas par jour, une boisson entre les repas le matin et l'après-midi, une boisson le soir après le dîner et une collation l'après-midi et le soir. Un petit déjeuner complet doit être mis à la disposition des résidents jusqu'à au moins 8 h 30. De plus, le repas du soir ne doit pas être servi avant 17 heures. Des aliments et des boissons adaptés aux régimes des résidents doivent être accessibles par le personnel et disponibles pour les résidents 24 heures sur 24.

Article 72 – Préparation alimentaire

Le foyer doit avoir un système structuré de préparation alimentaire qui prévoit un approvisionnement en denrées périssables pour 24 heures et un approvisionnement en denrées non périssables pour trois jours. Le système de préparation alimentaire doit comprendre des recettes standardisées et des feuilles de préparation pour tous les menus, la préparation de tous les choix indiqués au menu conformément au menu planifié ainsi

qu'un système de documentation et de communication des substitutions de menu. Les substitutions de menu doivent être comparables au menu planifié.

Tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire doivent être préparés, entreposés et servis en ayant recours à des méthodes qui préservent le goût, la valeur nutritive, l'apparence et la qualité des aliments et empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

Le foyer doit tenir et conserver pendant au moins un an un dossier concernant les achats relatifs au système de préparation alimentaire, y compris les récépissés de livraison de produits alimentaires, le cycle de menus approuvé et les substitutions de menu. Si des aliments ou des boissons sont préparés au foyer pour des personnes qui ne sont pas des résidents du foyer, le foyer doit tenir et conserver des dossiers pendant au moins sept ans, conformément aux exigences énoncées au paragraphe 72 (5) du Règlement.

Le foyer doit être doté d'un espace d'entreposage suffisant pour satisfaire aux exigences du foyer en matière de menu et d'un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments périssables chauds et froids à des températures sûres. Le foyer doit également être doté d'un équipement de restauration collective pour nettoyer et assainir toute la vaisselle, tous les ustensiles et tout l'équipement liés à la préparation alimentaire et au service de restauration et de collation.

Le foyer doit être doté de **toutes** les politiques et les marches à suivre suivantes :

- politiques et marches à suivre relatives à l'utilisation et au nettoyage sécuritaires de l'équipement lié au système de préparation alimentaire et au service de restauration et de collation;
- un horaire de nettoyage pour tout l'équipement;
- un horaire de nettoyage pour les aires réservées à la préparation alimentaire, à la dépense et au lavage de la vaisselle.

Le personnel doit se conformer aux politiques, aux marches à suivre et aux horaires.

Article 73 – Service de restauration et de collation

Les menus hebdomadaires et quotidiens doivent être communiqués aux résidents. Le conseil des résidents doit avoir la possibilité d'examiner les heures de repas et de collations, sous réserve des exigences précisées dans le paragraphe 71 (6) du Règlement concernant l'heure des repas. Le service des repas doit se faire dans une salle à manger commune, à moins que les besoins évalués des résidents n'indiquent le contraire. Tous les résidents doivent être surveillés durant les repas et les membres du personnel chargés d'aider les résidents doivent être au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents. Les repas doivent être servis un service à la fois, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire. La nourriture et les

liquides doivent être servis à une température sûre et appétissante pour les résidents. Les résidents doivent avoir suffisamment de temps pour manger à leur propre rythme. Le foyer doit fournir aux résidents les aides à l'alimentation, les appareils fonctionnels, l'aide personnelle et l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible. Le personnel doit utiliser des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Un membre du personnel ne doit pas aider simultanément plus de deux résidents ayant besoin d'une aide totale pour manger ou boire. Aucun repas ne doit être servi à un résident ayant besoin d'assistance pour manger ou boire avant que quelqu'un ne soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Élément essentiel à prendre en compte

L'exigence de servir le repas service par service (alinéa 73 (1) 8) du Règlement) ne signifie pas que le personnel doit débarrasser la table entre les services.

Les aires où mangent les résidents doivent être pourvues d'un ameublement et d'un équipement appropriés, notamment des chaises de salle à manger confortables et des tables de salle à manger d'une hauteur appropriée pour répondre aux besoins de tous les résidents ainsi que des chaises appropriées pour le personnel qui aide les résidents à manger.

Article 74 – Diététiste agréé

Le foyer doit avoir au moins un diététiste agréé membre du personnel présent pendant au moins 30 minutes par mois pour chaque résident. Lorsqu'un diététiste agréé du foyer est également gestionnaire de la nutrition pour le foyer, le temps qu'il passe à effectuer des tâches de gestion de la nutrition pour le foyer n'entre pas dans le calcul des 30 minutes exigées par mois pour chaque résident afin d'exercer des fonctions liées aux soins cliniques et aux soins alimentaires.

Élément essentiel à prendre en compte

Les 30 minutes par mois pour chaque résident que le diététiste doit passer au foyer à exercer ses fonctions liées aux soins cliniques et aux soins alimentaires comprennent le temps consacré pour respecter toutes les exigences du Règlement, y compris l'examen des menus, l'élaboration et la documentation de programmes de soins et la participation à l'évaluation annuelle du programme de gestion de la médication.

Un diététiste agréé doit effectuer une évaluation nutritionnelle pour tous les résidents au moment de leur admission et chaque fois qu'un changement important se produit dans leur état de santé. Le diététiste doit également évaluer l'état nutritionnel du résident, notamment sa taille, son poids et les risques qu'il court en matière de soins alimentaires, ainsi que son état d'hydratation, et les risques afférents à l'hydratation, conformément aux exigences relatives au programme de soins précisées à l'article 26 du Règlement.

Article 75 – Gestionnaire de la nutrition

Le foyer doit compter au moins un gestionnaire de la nutrition. Quiconque est embauché comme gestionnaire de la nutrition après le 1^{er} juillet 2010 doit être membre de la Société canadienne de gestion de la nutrition ou diététiste agréé. Le nombre minimal d'heures que le gestionnaire de la nutrition doit travailler au foyer est calculé à l'aide de la formule indiquée dans le Règlement et dépend du nombre de résidents. Cette formule ne comprend pas les heures passées à s'acquitter d'autres responsabilités. L'un des gestionnaires de la nutrition du foyer peut être désigné responsable des programmes de soins alimentaires et de services de diététique du foyer.

Élément essentiel à prendre en compte

Les heures du gestionnaire de la nutrition consacrées à la préparation des repas et d'autres aliments et boissons pour les non-résidents ne peuvent être comprises dans le nombre minimal d'heures.

Article 76 – Cuisiniers

Au moins un cuisinier travaillant minimalement 35 heures par semaine doit être présent au foyer.

Si le foyer compte seulement un cuisinier qui travaille sur place au moins 35 heures par semaine au foyer, ce dernier, s'il est engagé à partir du 1^{er} juillet 2010, doit posséder l'une ou l'autre des qualifications suivantes :

- A. une formation de chef cuisinier ou être titulaire d'un diplôme en gestion culinaire :
- décerné par un collège établi en vertu de la *Loi de 2002 sur les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario*;
 - décerné par un collège privé d'enseignement professionnel inscrit, après avoir complété avec succès un programme approuvé par le surintendant des collèges privés d'enseignement professionnel en vertu de la *Loi de 2005 sur les collèges privés d'enseignement professionnel*;

- B. un diplôme émis par une autre province, un autre territoire ou un autre pays et des compétences qui, d'après le foyer, équivalent à celles que le foyer attendrait d'une personne qui a une formation de chef cuisinier, ou qui est titulaire d'un diplôme tel qu'énoncé précédemment en A;
- C. une certification de compétences comme cuisinier, délivrée par le directeur de l'apprentissage en vertu de la *Loi de 1998 sur l'apprentissage et la reconnaissance professionnelle*, ou après que la Partie III de la *Loi de 2009 sur l'Ordre des métiers de l'Ontario et l'apprentissage* entre en vigueur, par le registraire du collège aux termes de cette Loi;
- D. un diplôme d'études postsecondaires en gestion de l'alimentation et de la nutrition ou d'un diplôme d'études postsecondaires en alimentation et en nutrition.

Si le cuisinier a été embauché par le foyer avant le 1^{er} juillet 2010, il doit avoir l'une ou l'autre des qualifications suivantes :

1. les qualifications susmentionnées (A à D);
2. avoir réussi un programme de préposé au service d'alimentation offert par un collège établi en vertu de la *Loi de 2002 sur les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario* ou offert par un collège privé d'enseignement professionnel inscrit et approuvé par le surintendant des collèges privés d'enseignement professionnel en vertu de la *Loi de 2005 sur les collèges privés d'enseignement professionnel d'enseignement*;
3. avoir terminé un programme à l'intention des préposés à la manutention des aliments avant le 1^{er} octobre 2010, à moins qu'il ne satisfasse aux exigences précédentes mentionnées en 1 ou 2 avant cette date.

Si le foyer compte plus d'un cuisinier présent au moins 35 heures par semaine, seul un des cuisiniers doit satisfaire aux exigences susmentionnées.

Définition

Le « programme de formation à l'intention des préposés à la manutention des aliments » est un programme offert ou approuvé par le conseil de santé du service de santé publique desservant le foyer (paragraphe 78 (5) du Règlement).

Éléments essentiels à prendre en compte

Les autres cuisiniers qui travaillent au foyer, autres que ceux visés à l'article 76, doivent satisfaire aux exigences de l'article 78 du Règlement qui s'appliquent aux préposés aux services d'alimentation.

Les cuisiniers qui ont reçu un «Sceau rouge» dépassent toutes les exigences précisées à l'article 76 du Règlement.

Les 35 heures par semaine travaillées par un cuisinier visé à l'article 76 sont incluses dans le calcul des heures de travail des préposés au service d'alimentation aux termes de l'article 77.

Article 77 – Préposés au service d'alimentation : nombre minimal

Le foyer doit compter un nombre suffisant de préposés au service d'alimentation (incluant les cuisiniers) pour assurer le nombre minimal d'heures-personnes par semaine, calculé conformément au présent article du Règlement, pour :

- la préparation des repas et des collations des résidents;
- la distribution et le service des repas des résidents;
- la réception, l'entreposage et la gestion de l'inventaire des aliments et des fournitures pour leur service aux résidents;
- le nettoyage et l'assainissement quotidiens de la vaisselle, des ustensiles et de l'équipement utilisés pour la préparation, la distribution et le service des repas des résidents.

Le nombre minimal d'heures-personnes par semaine dans le cas des préposés au service d'alimentation est calculé à partir de la formule prévue dans le Règlement, qui se base sur le nombre de résidents.

Définition

Un «préposé au service d'alimentation» est un membre du personnel du foyer qui participe habituellement à l'entreposage, à la préparation, à la cuisson, à la livraison ou au service de nourriture, au nettoyage de l'équipement et des ustensiles de cuisine ou au maintien de la cuisine et des dépenses dans un état propre et hygiénique, mais n'inclut pas le gestionnaire de la nutrition (voir l'article 1 du Règlement). Tous les cuisiniers qui travaillent au foyer sont des préposés au service d'alimentation.

Élément essentiel à prendre en compte

Les heures du préposé au service d'alimentation consacrées à la préparation des repas et d'autres aliments et boissons pour les non-résidents ne peuvent être comprises dans le nombre minimal d'heures-personnes.

Article 78 – Formation et qualités

Les préposés au service d'alimentation (à l'exclusion des cuisiniers visés à l'article 76) embauchés à partir du 1^{er} juillet 2010 doivent avoir réussi le programme de formation destiné aux préposés au service d'alimentation offert par un collège établi en vertu de la *Loi de 2002 sur les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario* ou offert par un collège privé d'enseignement professionnel inscrit et approuvé par le surintendant des collèges privés d'enseignement professionnel en vertu de la *Loi de 2005 sur les collèges privés d'enseignement professionnel*.

Le foyer doit cesser d'employer comme préposé au service d'alimentation quiconque était tenu d'être inscrit à un tel programme s'il ne le termine pas avec succès dans les trois ans de son embauche.

Les préposés au service d'alimentation qui étaient employés au foyer avant le 1^{er} juillet 2010 et qui n'ont pas les qualités exigées précédemment doivent terminer un programme de formation à l'intention des préposés à la manutention des aliments avant le 1^{er} octobre 2010, à moins qu'ils n'aient satisfait aux exigences relatives à la formation destinée aux préposés au service d'alimentation avant cette date tel qu'il est décrit ci-dessus.

Les exigences relatives à l'embauche de préposés au service d'alimentation à partir du 1^{er} juillet 2010 ne s'appliquent pas :

- aux étudiants embauchés sur une base saisonnière ou à temps partiel et qui ont terminé avec succès un programme de formation à l'intention des préposés à la manutention des aliments;
- aux personnes qui sont membres de la Société canadienne de gestion de la nutrition ou qui sont un diététiste agréé;
- aux personnes qui possèdent l'une ou l'autre des qualifications suivantes :
 - A. une formation de chef cuisinier ou être titulaire d'un diplôme en gestion culinaire :
 - décerné par un collège établi en vertu de la *Loi de 2002 sur les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario*;

- décerné par un collège privé d'enseignement professionnel inscrit, après avoir complété avec succès un programme approuvé par le surintendant des collèges privés d'enseignement professionnel en vertu de la *Loi de 2005 sur les collèges privés d'enseignement professionnel*;
- B. un diplôme émis par une autre province, un autre territoire ou un autre pays et des compétences qui, d'après le foyer, équivalent à celles que le foyer attendrait d'une personne qui a une formation de chef cuisinier, ou qui est titulaire d'un diplôme tel qu'énoncé précédemment en A;
- C. une certification de compétences comme cuisinier, délivrée par le directeur de l'apprentissage en vertu de la *Loi de 1998 sur l'apprentissage et la reconnaissance professionnelle*, ou après que la Partie III de la *Loi de 2009 sur l'Ordre des métiers de l'Ontario et l'apprentissage* entre en vigueur, par le registraire du collège aux termes de cette Loi;
- D. aux personnes qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires en gestion de l'alimentation et de la nutrition ou d'un diplôme d'études postsecondaires en alimentation et en nutrition.

Définition

« Programme de formation à l'intention des préposés à la manutention des aliments »
 Le programme de ce nom offert ou approuvé par le conseil de santé du service de santé publique desservant le foyer de soins de longue durée (paragraphe 78 (5) du Règlement).

Élément essentiel à prendre en compte

Les membres du personnel qui n'ont pas terminé le programme destiné aux préposés au service d'alimentation dans les trois ans suivant leur embauche (paragraphe 78 (2) du Règlement) peuvent être affectés à d'autres postes pour lesquels ils sont qualifiés, mais pas à titre de préposés au service d'alimentation.

Partie II Services médicaux

A. Aperçu

L'article 12 de la LFSLD et les articles 79 à 84 du Règlement précisent les exigences relatives au programme structuré de services médicaux.

B. Exigences de la LFSLD

Article 12 – Services médicaux

Le foyer doit avoir un programme structuré de services médicaux.

C. Exigences du Règlement

Article 80 – Disponibilité des services médicaux

Les résidents doivent avoir accès à des services médicaux au foyer 24 heures sur 24.

Lien principal

Consulter l'article 30 du Règlement concernant les exigences générales relatives à tous les programmes structurés requis en vertu de la LFSLD.

Article 81 – Directives et ordonnances médicales individualisées

Une directive ou une ordonnance médicale ne peut être suivie que si elle est individualisée pour tenir compte de l'état et des besoins du résident.

Article 82 – Médecin ou infirmière autorisée ou infirmier autorisé (catégorie spécialisée)

Chaque résident doit subir un examen physique mené par un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie spécialisée (IA cat. spéc.) dès son admission et une fois par année par la suite. Un rapport écrit des résultats de l'examen doit également être produit. Les médecins et les IA cat. spéc. doivent être présents régulièrement au foyer pour y fournir des services, y compris des évaluations, et assurer la permanence après les heures normales de travail et la couverture de garde.

Un résident ou son mandataire spécial peut retenir les services soit d'un médecin, soit d'un ou d'une IA cat. spéc. pour fournir les services médicaux requis. Si le résident ou son mandataire spécial ne retient les services ni d'un médecin, ni d'un ou d'une IA cat. spéc., le foyer devra en nommer un pour le résident, en consultation avec le directeur médical, le résident et son mandataire spécial.

Le titulaire de permis doit conclure une entente écrite avec chaque médecin et IA cat. spéc. dont les services ont été retenus ou qui a été nommé.

Lien principal

Consulter l'article 72 de la LFSLD et l'article 214 du Règlement concernant les exigences relatives au directeur médical du foyer.

Article 83 – Entente : médecin traitant

Le médecin traitant doit conclure une entente écrite avec le foyer concernant: la durée de l'entente; les responsabilités du foyer; les responsabilités ou les fonctions du médecin, notamment en ce qui concerne l'obligation de rendre compte au directeur médical en ce qui a trait au respect des politiques, des marches à suivre et des protocoles en vigueur au foyer en matière de services médicaux; la fourniture de services médicaux; la permanence après les heures normales de travail; et la couverture de garde.

Article 84 – Entente : infirmière autorisée ou infirmier autorisé de la catégorie spécialisée

Les IA cat. spéc. doivent conclure une entente écrite avec le foyer concernant: la durée de l'entente; les responsabilités du foyer; les responsabilités ou les fonctions des IA cat. spéc., notamment l'obligation de rendre compte au directeur médical en ce qui a trait au respect des politiques, des marches à suivre et des protocoles en vigueur au foyer en matière de services médicaux; la fourniture de services; la communication au foyer du nom du médecin avec lequel l'IA cat. spéc. entretient des relations à caractère consultatif; la permanence après les heures normales de travail; et la couverture de garde.

Partie II Pratiques religieuses et spirituelles

A. Aperçu

L'article 14 de la LFSLD et l'article 85 du Règlement précisent les exigences relatives au programme structuré visant à garantir aux résidents des occasions raisonnables d'observer leurs croyances religieuses et spirituelles et à respecter les exigences de telles croyances.

B. Exigences de la LFSLD

Article 14 – Pratiques religieuses et spirituelles

Le foyer doit être doté d'un programme structuré visant à garantir aux résidents des occasions raisonnables d'observer leurs croyances religieuses et spirituelles et à respecter les exigences de telles croyances.

Lien principal

L'alinéa 3 (1) 23) de la LFSLD (Déclaration des droits des résidents) prévoit que tout résident a le droit de cultiver des intérêts sociaux, culturels, religieux, spirituels et autres et d'obtenir une aide raisonnable du foyer à ces fins.

C. Exigences du Règlement

Article 85 – Pratiques religieuses et spirituelles

Le programme structuré en lien avec les pratiques religieuses et spirituelles doit comprendre des dispositions pour assurer la fourniture, sur une base régulière, de services religieux, de ressources et de conseils d'ordre spirituel non confessionnels pour tous les résidents qui le désirent compte tenu de leur disponibilité au sein de la collectivité.

Le foyer doit mettre en place des mécanismes pour appuyer et faciliter la participation des résidents à ce programme. Le foyer doit aussi prendre des dispositions pour offrir des entretiens individuels aux résidents qui le désirent et pour faciliter la participation au programme des résidents atteints d'une déficience auditive ou visuelle, compte tenu de ce qui est disponible au sein de la collectivité. Le foyer doit désigner un responsable ayant les connaissances et l'expérience nécessaires pour coordonner des services religieux et un soutien spirituel dans un milieu multiconfessionnel.

Lien principal

Consulter l'article 30 du Règlement concernant les exigences générales relatives à tous les programmes structurés requis en vertu de la LFSLD.

Partie II Services d'hébergement

A. Aperçu

L'article 15 de la LFSLD et les articles 86 à 92 du Règlement précisent les exigences relatives au programme structuré de services d'hébergement. Ces services comprennent les services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien.

B. Exigences de la LFSLD

Article 15 – Services d'hébergement

Le foyer doit être doté de programmes structurés de services d'entretien ménager, de buanderie pour répondre aux besoins des résidents en matière de linges de maison et de vêtements et d'entretien. Le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires et entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. Le linge de maison et les vêtements des résidents doivent être recueillis, triés, nettoyés et livrés.

C. Exigences du Règlement

Lien principal

Consulter l'article 30 du Règlement concernant les exigences générales relatives à tous les programmes structurés requis en vertu de la LFSLD.

Article 86 – Programmes de services d'hébergement

Lorsque les services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien sont fournis par un fournisseur de services qui n'est pas un des employés du foyer, ce dernier doit conclure une entente écrite avec le fournisseur de services énonçant les attentes en la matière. Le foyer doit avoir des politiques et des marches à suivre écrites pour surveiller et superviser les personnes qui fournissent à l'occasion des services d'entretien ou de réparation au foyer dans le cadre de cette entente. Ces politiques et les marches à suivre peuvent comprendre la possibilité d'assujettir la personne aux exigences du Règlement en matière de vérification des antécédents criminels et de déclarations signées, tel que prévu à l'article 215 du Règlement.

Article 87 – Entretien ménager

Des services d'entretien ménager doivent être fournis sept jours par semaine. Le foyer doit élaborer et mettre en œuvre des marches à suivre pour ce qui suit :

- le nettoyage du foyer, y compris les chambres à coucher des résidents (incluant les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation, les surfaces de contact et les murs) et les aires communes et celles réservées au personnel (y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs);
- le nettoyage et la désinfection conformément aux instructions du fabricant et l'utilisation, le moins possible, d'un désinfectant de bas niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises de ce qui suit :
 - l'équipement destiné aux soins des résidents (par exemple, les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs);
 - les fournitures et appareils (par exemple, les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position);
 - les surfaces de contact;
- l'enlèvement et l'élimination sécuritaire des déchets secs et mouillés;
- l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

Un approvisionnement suffisant d'équipement d'entretien ménager et de fournitures de nettoyage doit être facilement accessible à tout le personnel. Les membres du personnel désignés en vertu du paragraphe 229 (3) du Règlement pour coordonner le programme de prévention et de contrôle des infections doit prendre part à la sélection du désinfectant de bas niveau.

Lien principal

Conformément au paragraphe 229 (3) du Règlement, un membre du personnel doit être désigné pour coordonner le programme de prévention et de contrôle des infections.

Article 88 – Lutte contre les ravageurs

Le foyer doit avoir un programme structuré de lutte préventive contre les ravageurs prévoyant le recours aux services d'un préposé au contrôle des ravageurs agréé et, notamment, la tenue de dossiers indiquant les dates des visites effectuées et les mesures prises. Des mesures immédiates doivent être prises pour éliminer les ravageurs.

Article 89 – Services de buanderie

Le foyer doit élaborer et mettre en œuvre des marches à suivre qui garantissent que le linge de maison des résidents est changé au moins une fois par semaine ou plus souvent, au besoin, que les objets personnels et les vêtements des résidents sont étiquetés avec considération dans les 48 heures de leur admission ou de l'acquisition de vêtements neufs, que les vêtements souillés des résidents sont recueillis, triés, nettoyés et leur sont livrés et qu'il existe un processus permettant de signaler et de retrouver les vêtements et les objets personnels perdus des résidents.

Le foyer doit avoir un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres aux fins d'utilisation par les résidents.

Le foyer doit utiliser des machines à laver et des sècheuses industrielles pour le lavage et le séchage du linge. Le foyer peut toutefois fournir des machines à laver et des sècheuses résidentielles destinées à l'usage des résidents et des membres de leur famille et des programmes qui n'exigent pas d'avoir recours à un assainissement industriel.

Article 90 – Services d'entretien

Des services d'entretien doivent être disponibles sept jours par semaine au foyer pour faire en sorte que le bâtiment, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et ses systèmes opérationnels soient maintenus en bon état. Le foyer doit prévoir des calendriers et des marches à suivre aux fins de l'entretien périodique, préventif et correctif.

Le foyer doit élaborer et mettre en œuvre des marches à suivre qui garantissent la conformité à **toutes** les exigences suivantes :

- le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, doivent être maintenus en bon état et être entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins les exigences du fabricant;
- l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position doivent être maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement qui appartiennent aux résidents;
- les installations de chauffage, de ventilation et de climatisation doivent être nettoyées et en bon état et être inspectées au moins tous les six mois par un particulier agréé;
- les installations de plomberie, les toilettes, les éviers, les barres d'appui et les appareils et accessoires de salle de toilette doivent être entretenus et exempts de corrosion et de fissures;
- les foyers à gaz ou les foyers électriques et le matériel thermique, sauf les installations de chauffage mentionnées précédemment, doivent être inspectés par un particulier qualifié au moins une fois par année;
- les chaudières et réservoirs à eau chaude doivent être entretenus au moins une fois par année;

- la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos qu'utilisent les résidents ne doit pas dépasser pas 49 degrés Celsius et doit être contrôlée par un dispositif de régulation de la température qui se trouve hors de la portée des résidents;
- des mesures immédiates doivent être prises pour abaisser la température de l'eau lorsque celle-ci dépasse 49 degrés Celsius;
- la température de l'eau chaude qui alimente les baignoires et les douches qu'utilisent les résidents doit être maintenue à au moins 40 degrés Celsius;
- si le foyer utilise un système informatisé pour surveiller la température de l'eau, le système doit être vérifié tous les jours pour s'assurer qu'il est en bon état;
- si le foyer n'utilise pas un système informatisé pour surveiller la température de l'eau, celle-ci doit être vérifiée une fois par quart à des endroits choisis au hasard où les résidents ont accès à l'eau chaude.

Le foyer doit conserver la documentation relative aux inspections et à l'entretien mentionnés précédemment.

Les installations de ventilation mécanique du foyer doivent fonctionner en tout temps, sauf lorsque le foyer est alimenté en électricité au moyen d'une génératrice d'urgence.

Article 91 – Substances dangereuses

Le foyer doit étiqueter toutes les substances dangereuses de façon appropriée et les garder hors de la portée des résidents en tout temps.

Article 92 – Responsable désigné : entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Le foyer doit désigner un responsable pour le programme d'entretien ménager, le programme de services de buanderie et le programme de services d'entretien. Toutefois, une même personne peut être désignée comme responsable de plus d'un programme. Les responsables désignés après le 1^{er} juillet 2010 doivent être titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, connaître les pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'en existe aucune, les pratiques couramment admises en ce qui a trait à l'entretien ménager, à la buanderie et à l'entretien, selon le cas, et avoir au moins deux ans d'expérience dans l'exercice de fonctions de gestion ou de supervision.

Élément essentiel à prendre en compte

Une même personne peut être désignée comme responsable des services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien dans la mesure où cette personne satisfait aux exigences précisées au paragraphe 92 (2) du Règlement (dans le cas où le responsable est désigné après le 1^{er} juillet 2010).

Partie II Animaux de compagnie

A. Aperçu

L'article 93 du Règlement précise les exigences relatives aux politiques écrites concernant les animaux de compagnie au foyer.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 93 – Animaux de compagnie

Le foyer doit avoir une politique écrite concernant les animaux de compagnie.

Élément essentiel à prendre en compte

Cette politique doit tenir compte des questions de santé et de sécurité liées à la présence d'animaux de compagnie dans le foyer, comme la santé et le tempérament des animaux et la mise à jour des vaccinations.

Partie II Bénévoles

A. Aperçu

L'article 16 de la LFSLD et les articles 94 et 95 du Règlement précisent les exigences relatives au programme structuré de bénévolat.

B. Exigences de la LFSLD

Article 16 – Programme de bénévolat

Le foyer doit avoir un programme de bénévolat structuré qui encourage et appuie la participation des bénévoles à la vie et aux activités des résidents.

C. Exigences du Règlement

Article 94 – Programme de bénévolat

Un membre du personnel doit surveiller ou diriger les bénévoles lorsque cela s'impose pour garantir la sécurité des résidents.

Lien principal

Consulter l'article 30 du Règlement concernant les exigences générales relatives à tous les programmes structurés requis en vertu de la LFSLD.

Article 95 – Responsable désigné

Un membre du personnel doit être désigné comme responsable du programme de bénévolat. Le responsable désigné doit avoir au moins un an d'expérience de travail auprès des personnes âgées dans le cadre d'un programme structuré, ou au moins un an d'expérience de travail auprès de personnes ayant besoin de soins de santé, et de l'expérience ou des connaissances dans le recrutement, le choix, l'orientation, le placement et la supervision de bénévoles.

Liens principaux

Les bénévoles doivent suivre une séance d'orientation offerte par le foyer. Consulter l'article 77 de la LFSLD et l'article 223 du Règlement pour connaître les exigences relatives à l'orientation des bénévoles.

Le foyer doit effectuer une vérification des antécédents criminels et une vérification judiciaire du secteur vulnérable de tous les nouveaux bénévoles qui sont acceptés à partir du 1^{er} juillet 2011. Ces bénévoles doivent fournir au foyer une déclaration signée de divulgation des renseignements personnels, comme le prévoit l'article 215 du Règlement. Les exigences relatives à la vérification des antécédents criminels sont précisées au paragraphe 75 (2) de la LFSLD et à l'article 215 du Règlement.

Partie II Prévention des mauvais traitements et de la négligence

A. Aperçu

Les articles 19 et 20 de la LFSLD et les articles 96 à 99 du Règlement énoncent l'obligation du foyer de protéger les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et de veiller à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

B. Exigences de la LFSLD

Article 19 – Obligation de protéger

Le foyer doit protéger ses résidents de mauvais traitements de la part de qui que ce soit et de la négligence de sa part ou de celle du personnel. Cette exigence ne s'applique pas lorsque les résidents sont absents du foyer (lors d'une absence occasionnelle, par exemple), à moins qu'ils continuent à recevoir des soins ou des services du foyer, du personnel ou des bénévoles.

Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent à toutes les mentions de « mauvais traitement » ou de « négligence » dans la LFSLD et le Règlement.

Conformément au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, l'expression « mauvais traitement » relativement à un résident, s'entend d'un mauvais traitement d'ordre physique, sexuel, psychologique ou verbal ou du fait de faire l'objet d'exploitation financière, au sens du Règlement.

Le paragraphe 2 (1) du Règlement définit les types de mauvais traitements suivants :

« Mauvais traitement d'ordre affectif » S'entend, selon le cas :

- de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident;
- de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants ou intimidants de la part d'un résident qui suscitent la crainte ou la peur chez un autre résident, si le résident responsable des gestes, actes, comportements ou remarques en comprend la nature et les conséquences.

« Exploitation financière » s'entend du détournement ou la mauvaise utilisation de l'argent ou des biens d'un résident.

« Mauvais traitement d'ordre physique » s'entend :

- de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur (est exclu de cette définition l'usage de la force pour fournir des soins ou de l'aide à un résident dans le cadre de ses activités de la vie quotidienne, sauf si cet usage est abusif compte tenu des circonstances) (paragraphe 2 (2) du Règlement);
- de l'administration ou la privation de médicaments à une fin inappropriée;
- de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

« Mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend :

- d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part du titulaire de permis ou d'un membre du personnel;
- d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre que le titulaire du permis ou un membre du personnel.

Sont exclus de la définition de « mauvais traitement d'ordre sexuel » :

- les attouchements, les comportements ou les remarques de nature clinique qui sont appropriés dans le cadre des soins ou de l'aide fournis à un résident dans le cadre de ses activités de la vie quotidienne;
- les attouchements, les comportements ou les remarques de nature sexuelle consensuels entre un résident et le titulaire de permis ou un membre du personnel qui s'affichent dans le cadre d'une relation intime ayant commencé avant que le résident ne soit admis au foyer ou avant que le titulaire du permis ou le membre du personnel ne devienne tel.

« Mauvais traitement d'ordre verbal » s'entend :

- de toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi;
- ou de toute forme de communication verbale de nature menaçante ou intimidante, de la part d'un résident, qui amène un autre résident à craindre pour sa sécurité, si le résident qui en est responsable en comprend la nature et les conséquences.

Conformément à l'article 5 du Règlement, l'expression « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Élément essentiel à prendre en compte

Les altercations et les interactions dangereuses entre les résidents qui ne sont pas incluses dans ces définitions, mais qui peuvent dégénérer en situations abusives sont visées aux articles 54 et 55 du Règlement. Régler ces situations rapidement devrait être un volet essentiel de la prévention des mauvais traitements au foyer.

Article 20 – Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Le foyer doit adopter une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Cette politique doit être communiquée à tout le personnel, à tous les résidents et à tous les mandataires spéciaux des résidents. Le foyer doit veiller à ce que sa politique soit conforme au Règlement et en assurer l'application.

La politique doit minimalement satisfaire **toutes** les exigences suivantes :

- énoncer que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés;
- établir clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;
- prévoir un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence conforme au Règlement;
- contenir une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24 de la LFSLD;
- établir une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre;
- énoncer les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents.

L'article 23 de la LFSLD exige que tous les cas allégués, soupçonnés ou observés de cas de mauvais traitement à l'égard d'un résident ou de négligence envers un résident par le foyer ou le personnel et dont le foyer a connaissance ou dont il lui est fait rapport fasse l'objet d'une enquête immédiate, et que des mesures appropriées soient prises à chaque incident. Les résultats de l'enquête et des mesures prises doivent être rapportés au directeur. L'article 104 du Règlement précise l'information qui doit être communiquée dans le rapport.

Toute personne ayant des motifs raisonnables de croire qu'un résident fait l'objet ou pourrait faire l'objet de mauvais traitements ou de négligence de la part du titulaire de permis ou d'un membre du personnel ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident doit immédiatement faire rapport de ses soupçons au directeur, conformément à l'article 24 de la LFSLD.

L'article 25 de la LFSLD exige que le directeur qui reçoit de l'information concernant des mauvais traitements à l'égard d'un résident de la part de qui que ce soit ou de la négligence envers un résident de la part du foyer ou d'un membre du personnel ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident effectue une inspection ou mène une enquête.

C. Exigences du Règlement

Article 96 – Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

L'article 96 du Règlement précise les exigences additionnelles relatives à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Cette politique doit satisfaire à **toutes** les exigences suivantes :

- comprendre des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à aider et à appuyer les résidents qui ont ou auraient été victimes de mauvais traitements ou de négligence;
- comprendre des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à composer avec les personnes qui ont ou auraient infligé des mauvais traitements à des résidents ou commis une négligence envers eux, selon ce qui est approprié;
- indiquer les mesures à prendre et les stratégies à suivre pour prévenir les mauvais traitements et la négligence;
- indiquer la façon dont sera mené l'enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, notamment qui sera chargé de l'enquête et qui sera tenu informé de ses résultats;
- indiquer les exigences en matière de formation et de recyclage pour tous les membres du personnel, notamment sur le déséquilibre de pouvoir entre les membres du personnel et les résidents, le risque que soient infligés des mauvais traitements et que soit commise une négligence par ceux qui sont en situation de confiance et d'autorité et chargés des soins des résidents et les circonstances qui peuvent entraîner des mauvais traitements et la négligence et la façon de les prévenir.

Élément essentiel à prendre en compte

Les marches à suivre et les mesures d'intervention visant à aider et à appuyer les résidents victimes de mauvais traitements ou de négligence peuvent comprendre du counseling.

Consulter les paragraphes 76 (2), (3), (4) et (7) de la LFSLD concernant les exigences en matière de formation en lien avec les mauvais traitements et la négligence.

Article 97 – Notification : incidents

Le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident doivent être avisés :

- dès que le foyer prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence ayant causé au résident une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;
- dans les 12 heures suivant le moment où le foyer prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident.

Le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, doivent être informés des résultats de l'enquête effectuée par le foyer en vertu du paragraphe 23 (1) de la LFSLD, et ce, dès la fin de l'enquête.

Le foyer n'est pas tenu, en vertu de cet article, d'aviser la personne qu'on a des motifs raisonnables de soupçonner d'être responsable d'un cas de mauvais traitements ou de négligence, bien qu'il soit autorisé à le faire.

Éléments essentiels à prendre en compte

Si un résident souhaite qu'une personne soit avisée d'un cas de mauvais traitement ou de négligence, le foyer doit aviser cette personne (sauf s'il y a des motifs raisonnables de croire que cette personne est responsable de l'incident). Un résident n'est pas tenu de choisir une personne à aviser de l'incident.

Dans le cas de mauvais traitements ou de négligence, le foyer doit aviser le mandataire spécial du résident – même si cette personne a indiqué qu'elle ne voulait pas en être avisée (sauf s'il y a des motifs raisonnables de croire que cette personne est responsable de l'incident). L'obligation d'aviser le mandataire spécial du résident s'applique même si le résident a précisé qu'il ne souhaite pas que son mandataire spécial soit avisé.

Article 98 – Notification : police

Le foyer doit aviser immédiatement le corps de police concerné de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle.

Éléments essentiels à prendre en compte

La politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des résidents peut inclure les protocoles et les marches à suivre par le personnel pour se conformer aux exigences relatives à la notification des incidents à la police. Le foyer peut consulter les corps policiers locaux afin d'élaborer des marches à suivre et des protocoles appropriés.

Le foyer est tenu d'aviser la police même si un résident capable demande à ce qu'on ne le fasse pas. Il n'existe aucune exception à l'exigence d'aviser la police si le foyer soupçonne que le cas de mauvais traitement ou de négligence constitue une infraction criminelle.

Dans certaines circonstances, il peut être très clair dès le début d'un incident que l'on doit appeler la police. Dans d'autres, il peut arriver que le foyer ne puisse soupçonner qu'il y a eu infraction criminelle qu'une fois son enquête terminée. Une fois que le foyer a des soupçons, il doit appeler la police.

Article 99 – Évaluation

L'efficacité de la politique du foyer visant la promotion de la tolérance zéro des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents doit être évaluée au moins une fois par année civile afin de formuler les modifications et les améliorations qui s'imposent pour prévenir les récidives. Les cas de mauvais traitements ou de négligence envers un résident doivent être analysés promptement dès que le foyer en a connaissance, et les résultats de l'analyse effectuée doivent être pris en considération dans le cadre de l'évaluation. Les modifications et les améliorations identifiées lors de l'évaluation doivent être mises en œuvre promptement.

Un rapport écrit doit être rédigé promptement et contenir les modifications et les améliorations requises pour prévenir les récidives, la date de mise en œuvre des modifications ou des améliorations, la date de l'évaluation et le nom des personnes qui y ont participé.

Partie II Rapports et plaintes (Plaintes)

A. Aperçu

Les articles 21 et 22 de la LFSLD et les articles 100 à 102 du Règlement précisent les exigences que le foyer doit satisfaire lors de l'établissement des marches à suivre relatives au dépôt et au traitement des plaintes.

B. Exigences de la LFSLD

Article 21 – Marches à suivre relatives aux plaintes : titulaire de permis

Le foyer doit avoir des marches à suivre écrites pour porter plainte auprès de lui et sur la façon dont il doit traiter de telles plaintes.

Article 22 – Transmission des plaintes par le titulaire de permis

Les plaintes écrites concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer doivent être transmises immédiatement au directeur.

Élément essentiel à prendre en compte

Une plainte écrite peut être un avis écrit, quel que soit le format, y compris les mots écrits à la main (lettre, notes, correspondance, etc.), les courriels, les télécopies et les messages textes.

C. Exigences du Règlement

Article 100 – Marches à suivre relatives aux plaintes : titulaire de permis

Les marches à suivre écrites exigées à l'article 21 de la LFSLD doivent comprendre les exigences précisées à l'article 101 du Règlement.

Article 101 – Traitement des plaintes

Chaque plainte écrite ou verbale reçue par le foyer ou par un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer doit être traitée comme suit :

- la plainte doit faire l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible;

- une réponse doit être donnée à l'auteur de la plainte indiquant les mesures prises par le foyer pour régler la plainte ou le fait que le foyer croit la plainte non fondée, motifs à l'appui. Cette réponse doit être fournie dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte;
- s'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête doit être menée immédiatement;
- si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, le foyer doit envoyer un accusé de réception dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte et préciser la date à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement. Le foyer doit également faire parvenir, le plus rapidement possible, une réponse indiquant les mesures prises pour régler la plainte ou le fait que le foyer croit la plainte non fondée, motifs à l'appui.

À moins qu'il ne s'agisse d'une plainte verbale qui peut être réglée en 24 heures, le foyer doit conserver un dossier documenté pour toutes les plaintes, où figurent **tous** les renseignements suivants :

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

Le foyer doit examiner et analyser les dossiers documentés pour déceler les tendances au moins une fois tous les trois mois, prendre en considération les résultats de l'examen et de l'analyse pour décider des améliorations devant être apportées au foyer et consigner dans un dossier les examens effectués et les améliorations apportées en conséquence.

Article 102 – Disposition transitoire : plaintes

Dans la mesure du possible, le foyer doit traiter les plaintes déposées, mais non résolues avant le 1^{er} juillet 2010, conformément à l'article 101 du Règlement.

Partie II Rapports et plaintes (Rapports obligatoires)

A. Aperçu

Les articles 23 à 28 de la LFSLD et les articles 103 à 106 du Règlement précisent les exigences en matière de rapports, d'enquête et de traitement des plaintes, y compris des plaintes de mauvais traitements et de négligence envers un résident. Ces articles précisent également les exigences relatives aux mécanismes visant à garantir que les plaintes de mauvais traitements et de négligence soient rapportées et que les personnes qui déposent une plainte soient protégées de toute représaille.

B. Exigences de la LFSLD et du Règlement

Article 23 de la LFSLD – Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Les incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du foyer ou du personnel et dont le foyer a connaissance ou dont il lui est fait rapport doivent faire l'objet d'une enquête immédiate. Le foyer doit prendre les mesures appropriées en réponse à chaque incident.

Le titulaire de permis doit faire rapport au directeur sur les résultats de chaque enquête menée sur les incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements et de négligence et sur les mesures appropriées prises en réponse à chaque incident. Le rapport doit être fait conformément au Règlement.

Éléments essentiels à prendre en compte

Le titulaire de permis et son personnel doivent étudier attentivement les définitions de mauvais traitement énoncées dans la LFSLD et son Règlement.

Il est important de noter les définitions suivantes tirées de l'article 2 du Règlement concernant les interactions entre résidents (voir les pages 2-65 et 2-66 du présent guide pour une définition plus complète de ces expressions) :

Un « mauvais traitement d'ordre affectif » s'entend de tous gestes, actes, comportements ou remarques menaçants ou intimidants de la part d'un résident qui suscitent la crainte ou la peur chez un autre résident, si le résident responsable des gestes, actes, comportements ou remarques en comprend la nature et les conséquences.

Un « mauvais traitement d'ordre physique » s'entend de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

Éléments essentiels à prendre en compte (suite)

L'usage de la force physique par un résident contre un autre résident ne doit être considéré comme un « mauvais traitement d'ordre physique » et exiger l'application des exigences en matière de rapports uniquement si cet usage entraîne des lésions corporelles.

Un « mauvais traitement d'ordre verbal » s'entend de toute forme de communication verbale de nature menaçante ou intimidante, de la part d'un résident, qui amène un autre résident à craindre pour sa sécurité, si le résident qui en est responsable en comprend la nature et les conséquences.

Selon ces définitions, ce ne sont pas toutes les interactions entre résidents qui semblent abusives qui doivent être rapportées au directeur. Les foyers et leurs employés doivent s'assurer, lorsqu'ils envisagent de rapporter des interactions entre résidents, que ces interactions correspondent aux définitions de mauvais traitements énoncées dans le Règlement.

Même lorsqu'une interaction entre résidents ne correspond pas aux définitions de mauvais traitements, le foyer doit se conformer aux dispositions des articles 53 à 55 du Règlement (Comportements réactifs, Altercations et autres interactions entre les résidents et Comportements et altercations) afin de minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents.

Article 104 du Règlement – Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au paragraphe 23 (2) de la LFSLD

Cet article précise le type de renseignements qui doivent être communiqués dans le rapport que le foyer présente sur les résultats de l'enquête et des mesures prises concernant les cas de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents.

Lorsqu'il fait rapport au directeur, le titulaire de permis doit communiquer par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

- une description de l'incident, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident et les circonstances entourant celui-ci;
- une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment : le nom des résidents impliqués dans l'incident; le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert; et le nom des membres du personnel qui sont intervenus après l'incident ou qui interviennent depuis;

- les mesures prises par suite de l'incident, notamment : les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises après l'incident, et par qui; une mention indiquant si un médecin ou un ou une IA cat. spéc. a été contacté; les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant; si l'incident implique un résident, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou un mandataire spécial de celui-ci a été contacté ainsi que le nom d'une telle ou de telles personnes; et le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident;
- une analyse et un suivi, notamment : les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence; et les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence;
- le nom et titre de la personne qui fait rapport au directeur, la date du rapport et une mention indiquant si un inspecteur a été contacté et, le cas échéant, la date de la prise de contact et le nom de l'inspecteur;

Comme on le souligne dans le tableau qui figure à la page 2-76 (Rapports sur les cas de mauvais traitements et de négligence et sur les autres incidents critiques), le foyer doit présenter ce rapport dans les 10 jours suivant le moment où il prend connaissance de l'incident allégué, soupçonné ou observé, ou plus tôt si le directeur l'exige. Si le foyer ne peut présenter, dans les 10 jours, un rapport écrit qui contienne tous les renseignements requis, il doit envoyer un rapport préliminaire dans les 10 jours prévus et remettre son rapport final dans les délais déterminés par le directeur.

Élément essentiel à prendre en compte

Le foyer doit utiliser les formulaires du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) pour faire ses rapports préliminaires et son rapport final conformément à l'article 104 du Règlement.

Article 24 de la LFSLD – Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants (voir tableau) s'est produit ou pourrait se produire doit immédiatement faire rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

On présente, dans le tableau suivant, les différents types d'incidents qui doivent être rapportés ainsi que la promptitude à laquelle ils doivent l'être. On y précise également la façon acceptable de faire rapport pour le foyer, de même que les délais accordés pour rapporter les résultats de l'enquête et des mesures prises, comme précisé dans une note de service distincte du directeur envoyée aux foyers en date du 4 août 2010.

Rapports sur les cas de mauvais traitements et de négligence et les autres incidents critiques

Type d'incident	Avis initial			Rapport sur les résultats de l'enquête et des mesures prises	
	Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports		Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports
		Heures de bureau	Hors des heures de bureau		
L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	10 jours suivant le moment où le foyer prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	10 jours suivant le moment où le foyer prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	10 jours suivant le moment où le foyer prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli

Type d'incident	Avis initial			Rapport sur les résultats de l'enquête et des mesures prises	
	Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports		Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports
		Heures de bureau	Hors des heures de bureau		
La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Formulaire en ligne du SOIC	10 jours suivant le moment où le foyer prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la LFSLD ou de la <i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local</i>	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Formulaire en ligne du SOIC	10 jours suivant le moment où le foyer prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli

Éléments essentiels à prendre en compte

L'obligation de faire rapport au directeur établie à l'article 24 de la LFSLD s'applique à tout le monde.

Le foyer doit utiliser le système de production de rapports en ligne du MSSLD pour les rapports obligatoires et les incidents critiques (article 107 du Règlement). Les foyers doivent utiliser les formulaires du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) pour remplir le rapport initial et le rapport de suivi dans le cas des types d'incidents présentés dans le tableau précédent.

Toute personne qui prend connaissance d'un incident indiqué dans le tableau précédent et qui n'a pas accès au Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) doit appeler au numéro sans frais 1 866 434-0144 (Ligne ACTION des Soins de longue durée).

Les heures normales d'ouverture du MSSLD sont du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h. Les heures et les jours en dehors des heures normales d'ouverture (y compris les jours fériés) sont par définition « en dehors des heures de bureau ».

La méthode actuelle du MSSLD pour le signalement des incidents par les foyers en dehors des heures de bureau est le téléavertisseur.

L'article 108 du Règlement définit le terme « mauvaise utilisation » de fonds octroyés au titulaire de permis, aux fins de l'obligation de faire rapport en vertu des alinéas 24 (1) 5) et 25 (1) 6) de la LFSLD, comme étant l'utilisation de fonds octroyés par le MSSLD ou par un réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) à une fin autre que celle précisée comme condition applicable à l'octroi des fonds ou d'une manière non permise en raison d'une restriction précisée comme condition applicable à l'octroi des fonds.

Le personnel, les bénévoles, les résidents, les membres de la famille des résidents ou toute autre personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'a eu lieu ou pourrait avoir lieu une mauvaise utilisation ou un détournement de l'argent d'un résident doit en faire rapport au directeur (article 24 de la LFSLD). Ce rapport peut être fait par téléphone à la ligne ACTION des Soins de longue durée au 1 866 434 0144 (sans frais). Dès réception de cette information, le directeur doit affecter un inspecteur afin qu'il mène une enquête ou une inspection (article 25 de la LFSLD).

L'article 21 de la LFSLD et l'article 101 du Règlement exigent que le foyer ait des marches à suivre écrites concernant le dépôt et le traitement des plaintes.

Élément essentiel à prendre en compte

L'article 24 de la LFSLD n'exige pas que l'on rapporte les agressions des résidents envers le personnel. Toutefois, si un membre du personnel ou toute autre personne est mené à l'hôpital pour des blessures dues à une telle agression, l'incident doit être rapporté comme incident critique en vertu de l'alinéa 107 (3) 4) du Règlement. Il pourrait aussi s'avérer obligatoire de rapporter les blessures du personnel au ministère du Travail.

Un résident n'est pas tenu de faire rapport en vertu de l'article 24 de la LFSLD, mais il a la possibilité de le faire.

Est coupable d'une infraction quiconque, à l'exception d'un résident incapable, inclut dans un rapport fait au directeur des renseignements qui, à sa connaissance, sont faux.

Les praticiens, y compris les médecins (et toute autre personne qui est membre d'un ordre au sens de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*), les praticiens ne prescrivant pas de médicaments et les membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario ont l'obligation de faire rapport en vertu du paragraphe 24 (1) de la LFSLD, même si ce rapport s'appuie sur des renseignements confidentiels ou privilégiés. Sont irrecevables les actions introduites contre un praticien pour avoir fait le rapport, à moins que cette personne n'agisse avec l'intention de nuire ou sans motifs raisonnables à l'appui de ses soupçons.

En vertu du paragraphe 24 (5) de la LFSLD, les personnes suivantes sont coupables d'une infraction si elles ne font pas le rapport exigé au paragraphe 24 (1) de la LFSLD :

- le titulaire de permis ou la personne qui gère le foyer en vertu de contrat de gestion;
- les dirigeants et les administrateurs, si le titulaire de permis ou la personne qui gère le foyer est une personne morale;
- un membre du comité de gestion ou du conseil d'administration s'il s'agit d'un foyer approuvé aux termes de la partie VIII de la LFSLD;
- un membre du personnel autre que ceux exemptés en vertu de l'article 105 du Règlement;
- les personnes qui fournissent des services professionnels à un résident dans les domaines de la santé, du travail social ou des techniques de travail social;
- les personnes qui fournissent des services professionnels à un foyer dans les domaines de la santé, du travail social ou des techniques de travail social.

Les personnes suivantes sont coupables d'une infraction si elles contraignent ou intimident une personne pour qu'elle ne fasse pas de rapport, qu'elles la dissuadent de faire un rapport ou qu'elles autorisent ou permettent la contravention à l'obligation de faire un rapport qu'exige le présent article ou y consentent (paragraphe 24 (6) de la LFSLD) :

- le titulaire de permis ou la personne qui gère le foyer en vertu de contrat de gestion;
- les dirigeants et les administrateurs, si le titulaire de permis ou la personne qui gère le foyer est une personne morale;
- un membre du comité de gestion ou du conseil d'administration s'il s'agit d'un foyer approuvé aux termes de la partie VIII de la LFSLD;
- un membre du personnel autre que ceux exemptés en vertu de l'article 105 du Règlement;

Aucune disposition de l'article 24 de la LFSLD n'a pour effet d'annuler le secret professionnel de l'avocat.

Article 103 du Règlement – Plaintes concernant certaines questions : rapport au directeur

Le foyer qui reçoit une plainte écrite à l'égard d'un cas dont il fait ou a fait rapport au directeur aux termes de l'article 24 de la LFSLD doit présenter à ce dernier une copie de la plainte et un rapport écrit documentant la réponse qu'il a donnée à l'auteur de la plainte en application du paragraphe 101 (1) du Règlement. Cette documentation doit être présentée dès qu'il termine son enquête au sujet de la plainte, ou plus tôt si le directeur l'exige.

Article 105 du Règlement – Non-application : certains membres du personnel

Le personnel contractuel et le personnel d'agence qui fournissent à l'occasion des services d'entretien ou de réparation au foyer et qui ne fournissent pas de soins directs aux résidents ne peuvent être considérés coupables d'infraction pour avoir omis de faire rapport au directeur tel que le prévoit le paragraphe 24 (1) de la LFSLD.

Définitions

« Personnel contractuel » s'entend de toutes les personnes qui travaillent au foyer en vertu d'un contrat ou d'une entente conclue avec le foyer.

« Personnel d'agence » s'entend de toutes les personnes qui travaillent au foyer en vertu d'un contrat ou d'une entente conclue entre le foyer et une agence d'emploi (ou un tiers). Consulter le paragraphe 2 (1) de la LFSLD pour obtenir la définition de « personnel » aux fins de la LFSLD et du Règlement.

Article 25 de la LFSLD – Inspection ou enquête par suite de la réception de renseignements par le directeur

Cet article précise les situations où le directeur doit faire effectuer une inspection ou mener une enquête par un inspecteur en vue de se conformer aux exigences de la LFSLD et du Règlement. Ces situations comprennent toutes les circonstances présentées dans le tableau précédent (Rapports sur les cas de mauvais traitements et de négligence et les autres incidents critiques), les violations à la protection des dénonciateurs prévue à l'article 26 de la LFSLD et les cas de non-conformité aux exigences de la LFSLD.

Le directeur peut recevoir des renseignements sur des incidents de différentes sources. Par « renseignement », on entend les plaintes écrites, les rapports reçus du foyer en vertu du paragraphe 23 (2) de la LFSLD et les rapports reçus en vertu de l'article 24 de la LFSLD.

Un inspecteur peut visiter le foyer immédiatement si les renseignements indiquent que l'un ou l'autre des cas suivants peut s'être produit :

- l'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice grave ou un risque de préjudice grave au résident;
- le mauvais traitement d'un résident de la part de quiconque ou la négligence envers un résident de la part du foyer ou du personnel, ce qui a causé un préjudice grave ou un risque de préjudice grave au résident;
- un acte illégal qui a causé un préjudice grave ou un risque de préjudice grave au résident;
- une violation de la protection des dénonciateurs prévue à l'article 26 de la LFSLD LTCHA.

S'il reçoit d'autres renseignements, le directeur peut faire mener une enquête ou une inspection par un inspecteur s'il a des motifs raisonnables de croire qu'il peut exister un risque de préjudice pour le résident.

Si le directeur reçoit des renseignements sur l'exploitation du foyer et qu'il n'est pas tenu de faire mener une enquête ou une inspection sur la question par un inspecteur, il peut divulguer les renseignements à une autre personne, y compris au foyer, au conseil des résidents ou au conseil des familles.

S'il divulgue les renseignements au conseil des résidents ou au conseil des familles, le directeur est tenu de les fournir également au foyer.

Article 26 de la LFSLD – Protection des dénonciateurs

Exercer des représailles, que ce soit en prenant une mesure, en s'abstenant d'en prendre une ou de menacer de le faire, à quiconque ayant divulgué des renseignements au directeur ou à un inspecteur ou ayant fourni un témoignage dans le cadre d'une instance, constitue une infraction. Par représailles, on entend :

- le congédiement ou l'imposition d'une peine disciplinaire ou d'une suspension à un membre du personnel;
- la prise de sanctions contre une personne;
- l'intimidation, la contrainte ou le harcèlement d'une personne.

Donner son congé à un résident, ou menacer de le faire, lui imposer un traitement discriminatoire (y compris menacer les membres de sa famille, son mandataire spécial ou toute autre personne ayant de l'importance pour le résident qu'une de ces mesures puisse être prises contre le résident) en raison de la divulgation de renseignements au directeur ou à l'inspecteur ou d'un témoignage devant une instance constituent une infraction, même si le résident ou toute autre personne a agi avec l'intention de nuire ou de mauvaise foi. « Traitement discriminatoire » s'entend en outre de la modification ou de l'interruption d'un service ou de soins qui sont fournis à un résident ou de la menace d'une telle modification ou interruption.

Faire quoi que ce soit qui dissuade, vise à dissuader ou a l'effet de dissuader quiconque de divulguer des renseignements au directeur ou à l'inspecteur ou de témoigner devant une instance constitue une infraction pour les personnes suivantes :

- le titulaire de permis ou la personne qui gère le foyer en vertu de contrat de gestion;
- les dirigeants et les administrateurs, si le titulaire de permis ou la personne qui gère le foyer est une personne morale;
- un membre du comité de gestion ou du conseil d'administration s'il s'agit d'un foyer approuvé aux termes de la partie VIII de la LFSLD;
- les membres du personnel.

Ces personnes sont coupables d'une infraction si elles encouragent quiconque à ne pas faire rapport au directeur ou à un inspecteur ou à ne pas témoigner devant une instance.

Aucune action ou autre instance ne peut être introduite contre quiconque a divulgué des renseignements au directeur ou un inspecteur ou a témoigné devant une instance sauf si la personne a agi avec l'intention de nuire ou de mauvaise foi.

Article 27 de la LFSLD – Plainte à la Commission des relations de travail de l'Ontario

Cet article précise les étapes qu'un membre du personnel peut suivre s'il croit qu'un employeur a exercé des représailles contre lui, en contravention de l'article 26 de la LFSLD. Le membre du personnel peut soit demander que l'affaire soit résolue par voie de décision arbitrale définitive aux termes d'une convention collective, le cas échéant, soit déposer une plainte auprès de la Commission des relations de travail de l'Ontario (Commission).

L'article 27 de la LFSLD précise les pouvoirs accordés à la Commission dans le traitement de ce genre de plaintes.

Devant la Commission, le fardeau de la preuve incombe à l'employeur ou à la personne agissant pour son compte, qui doit prouver qu'il n'a pas enfreint l'article 26 de la LFSLD sur la protection des dénonciateurs.

Article 28 de la LFSLD – Entrave : renseignements fournis aux inspecteurs, au directeur

Est coupable d'une infraction quiconque tente d'empêcher une personne de fournir à un inspecteur ou au directeur des renseignements qui doivent ou peuvent être fournis en vertu de la LFSLD ou du Règlement.

Lien principal

L'article 182 de la LFSLD précise les peines qui s'appliquent aux personnes et aux personnes morales déclarées coupables d'une infraction prévue par la LFSLD.

Article 106 du Règlement – Disposition transitoire : enquête et rapports

L'article 106 identifie les articles de la LFSLD et du Règlement qui s'appliquent aux plaintes, aux enquêtes et aux rapports ayant eu lieu avant l'entrée en vigueur de la LFSLD et du Règlement. On donne, dans le tableau suivant (Rapports et plaintes : Aperçu des dispositions transitoires), un aperçu de ces dispositions transitoires.

Rapports et plaintes : aperçu des dispositions transitoires

Exigences de la LFSLD et du Règlement 79/10	Disposition transitoire en vertu du Règlement 79/10	Résumé de la disposition transitoire
Rapport sur un incident critique en vertu de l'article 107 du Règlement	107 (6)	Le foyer doit rapporter les incidents et les occurrences survenus avant le 1 ^{er} juillet 2010, conformément aux exigences de la <i>Loi sur les maisons de soins infirmiers</i> , de la <i>Loi sur les établissements de bienfaisance</i> , de la <i>Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos</i> ou du manuel du programme (si cela n'a pas déjà été fait)
Les marches à suivre du foyer en matière de plaintes en vertu de l'article 101 du Règlement	102	S'applique dans la mesure du possible à toutes les plaintes déposées avant le 1 ^{er} juillet 2010 et dont le dossier n'était pas clos à cette date
Les enquêtes du foyer concernant les mauvais traitements et la négligence, en vertu de l'article 23 de la LFSLD et de l'article 104 du Règlement	106 (1)	S'applique à tous les incidents rapportés au foyer ou connus par ce dernier après le 1 ^{er} juillet 2010, même s'ils sont survenus avant le 1 ^{er} juillet 2010, à moins qu'ils aient été enquêtés et résolus avant cette date
Obligation de faire rapport au directeur en vertu de l'article 24 de la LFSLD	106 (2)	S'applique à toutes les situations survenues ou pouvant survenir après le 1 ^{er} juillet 2010
Inspections et enquêtes en vertu de l'article 25 de la LFSLD à la suite de la communication de renseignements au directeur	106 (3)	S'applique aux renseignements reçus après le 1 ^{er} juillet 2010, même si la situation est survenue avant cette date
Protection des dénonciateurs en vertu de l'article 26 de la LFSLD	106 (4)	S'applique aux représailles survenues après le 1 ^{er} juillet 2010, même si elles sont liées à un témoignage ou à la divulgation de renseignements effectués avant cette date

Partie II Rapports et plaintes (Incidents graves)

A. Aperçu

L'article 107 du Règlement énonce les incidents graves qui se produisent au foyer et qui doivent être signalés. Il énonce également les exigences que le foyer doit respecter lorsqu'il informe le directeur de ces incidents.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 107 – Rapports : incidents graves

L'article 107 énonce les incidents graves que le foyer doit signaler immédiatement au directeur (y compris après les heures normales de bureau si l'incident se produit à ce moment) et les incidents qui doivent être signalés au plus tard un jour ouvrable après qu'ils se soient produits.

Élément essentiel à prendre en compte

Les heures normales d'ouverture du MSSLD sont du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h. Les heures et les jours en dehors des heures normales d'ouverture (y compris les jours fériés) sont par définition «en dehors des heures de bureau. La méthode actuelle du MSSLD pour le signalement des urgences par les foyers en dehors des heures de bureau est le téléavertisseur.

Peu importe s'il doit signaler l'incident immédiatement, au plus tard un jour ouvrable après qu'il se soit produit, ou dans les 10 jours suivant le moment où il en prend connaissance (ou plus tôt si le directeur l'exige), le foyer doit rédiger un rapport de suivi sur l'incident incluant les mesures qui ont été prises. Le paragraphe 107 (4) du Règlement énonce les types de renseignements qui doivent figurer dans le rapport.

Élément essentiel à prendre en compte

Le MSSLD a un système de production de rapports en ligne pour signaler les incidents graves. Le foyer doit utiliser les formulaires du système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) pour présenter leur rapport d'incident initial et les rapports subséquents qui décrivent comment l'incident a été géré et l'issue de l'incident. En remplissant dûment le rapport à l'aide du SOIC, le foyer s'assure de respecter les exigences en matière de déclaration énoncées au paragraphe 107 (4) du Règlement.

Le tableau ci-dessous énonce les différents types d'incidents graves que le foyer doit signaler, la promptitude à laquelle ils doivent l'être, ainsi que la façon acceptable de produire les rapports :

Rapport d'incident grave

Type d'incident	Avis initial			Rapport de suivi	
	Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports		Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports
		Heures de bureau	Hors des heures de bureau		
Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
Un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige Director	Formulaire du SOIC dûment rempli
Un résident porté disparu depuis moins de trois heures qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état	Au plus tard un jour ouvrable après avoir pris connaissance de l'incident	Formulaire en ligne du SOIC	S.O.	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli

Rapport d'incident grave (suite)

Type d'incident	Avis initial			Rapport de suivi	
	Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports		Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports
		Heures de bureau	Hors des heures de bureau		
Un résident porté disparu qui retourne au foyer avec une lésion ou des changements indésirables de son état peu importe la durée de sa disparition	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
Il s'est déclaré une maladie à déclaration obligatoire ou une maladie transmissible au sens de la <i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i>	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
La contamination d'une source d'approvisionnement en eau potable	Immédiatement	Formulaire en ligne du SOIC	Télé-avertisseur	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
Une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire	Au plus tard un jour ouvrable après avoir pris connaissance de l'incident	Formulaire en ligne du SOIC	S.O.	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli

Rapport d'incident grave (suite)

Type d'incident	Avis initial			Rapport de suivi	
	Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports		Délai de production des rapports	Méthode de production des rapports
		Heures de bureau	Hors des heures de bureau		
Une lésion nécessitant l'hospitalisation d'une personne (Remarque : s'applique à toute personne nécessitant une hospitalisation, pas seulement un résident.)	Au plus tard un jour ouvrable après avoir pris connaissance de l'incident	Formulaire en ligne du SOIC	S.O.	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli
Un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessitant l'hospitalisation d'un résident.	Au plus tard un jour ouvrable après avoir pris connaissance de l'incident	Formulaire en ligne du SOIC	S.O.	Dans les 10 jours ou plus tôt si le directeur l'exige	Formulaire du SOIC dûment rempli

Le foyer veille à ce que le mandataire spécial du résident ou toute autre personne désignée par le résident ou son mandataire spécial soit avisé promptement d'une lésion ou d'une maladie grave dont souffre le résident, conformément aux directives fournies par la ou les personnes qui doivent en être avisées.

Comme mesure transitoire, le foyer doit signaler les incidents (anciennement appelé « événement inhabituel » ou « événement ») qui sont survenus avant que la LFSLD n'entre en vigueur le 1^{er} juillet 2010 de façon à respecter les exigences des lois antérieures (c.-à-d., la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, ou la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*) et toute entente conclue en vertu de ces lois.

Élément essentiel à prendre en compte

Comme mesure transitoire, l'obligation de signaler les événements ou événements inhabituels prévue dans le manuel sur le Programme des foyers de soins de longue durée continue de s'appliquer aux incidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la LFSLD le 1^{er} juillet 2010.

Partie II Recours minimal à la contention

A. Aperçu

Les articles 29 à 36 de la LFSLD et les articles 109 à 113 du Règlement énoncent les exigences relatives au recours minimal à la contention des résidents, ainsi que la fréquence et le mode d'utilisation des appareils mécaniques et des appareils d'aide personnelle dans un foyer. Ces exigences régissent les questions relatives à la sécurité des résidents.

B. Exigences de la LFSLD et du Règlement

Article 29 de la LFSLD – Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents, etc.

Le foyer doit avoir une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la LFSLD et au Règlement. La politique doit respecter le Règlement et le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit respecter la politique.

Le personnel des foyers doit recevoir une formation initiale sur la politique et se recycler afin de réduire au minimum la contention des résidents (paragraphe 76 (2) et (4) de la LFSLD).

Le personnel chargé des soins directs doit recevoir une formation complémentaire sur la façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et, si la contention se révèle nécessaire, la façon de l'utiliser conformément à la LFSLD et au Règlement. Le personnel chargé des soins directs doit aussi recevoir une formation sur l'application, l'utilisation et les dangers potentiels des appareils mécaniques utilisés la contention et les appareils d'aide personnelle (paragraphe 76 (7) de la LFSLD; paragraphes 221 (1) et 221 (4) du Règlement).

Liens principaux

Article 109 du Règlement – Politique visant le recours minimal à la contention

La politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents visée à l'article 29 de la LFSLD doit traiter de tous les éléments suivants :

- l'utilisation d'appareils mécaniques;
- les obligations et responsabilités du personnel, notamment :
 - qui est autorisé à avoir recours à un appareil mécanique pour maîtriser un résident ou à dégager un résident d'un tel appareil,
 - veiller à ce que tout le personnel concerné soit au courant en tout temps lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique;

- la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la LFSLD lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave;
- les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser;
- la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils mécaniques, prévue à l'article 31 de la LFSLD, et d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la LFSLD;
- les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en oeuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire;
- le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la LFSLD et au Règlement.

Article 30 de la LFSLD – Protection contre certains cas de contention

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit maîtrisé :

- de quelque façon que ce soit, pour faciliter la tâche au titulaire de permis ou au personnel;
- à titre de mesure disciplinaire;
- au moyen d'un appareil mécanique, si ce n'est conformément à l'article 31 de la LFSLD ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLD;
- en lui administrant un médicament pour le contrôler, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLD;
- au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une pièce ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres résidents ont généralement accès, si ce n'est conformément à l'article 32 de la LFSLD ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLC.

La LFSLD et le Règlement régissent l'utilisation d'appareils mécaniques pour la contention d'un résident. L'expression « appareil mécanique » n'est pas définie.

« Appareil mécanique » s'entend de tout appareil qui a pour effet de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement d'un résident.

« Restreindre ou empêcher » signifie que les mouvements corporels du résident sont limités de manière significative ou que la liberté de mouvement du résident est restreinte de manière importante. Par exemple, une personne pourrait ne pas pouvoir se lever de sa chaise ou pourrait ne pas pouvoir bouger ou changer de position parce qu'un appareil mécanique empêche tout mouvement ou repositionnement.

L'expression « appareil d'aide personnelle » est définie au paragraphe 33 (2) de la LFSLD comme un appareil utilisé pour aider une personne relativement à une activité courante de la vie. Les dispositions de la LFSLD et du Règlement qui visent les appareils d'aide personnelle s'appliquent uniquement à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle si celui-ci a pour effet de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement d'un résident qui n'a pas la capacité, soit physique soit cognitive, de s'en dégager par lui-même. Les activités courantes de la vie incluent : manger, boire, se déplacer.

Éléments essentiels à prendre en compte

La LFSLD et le Règlement font la distinction entre un appareil utilisé comme appareil d'aide personnelle et un appareil utilisé pour restreindre la liberté de mouvement. Afin d'établir si un appareil mécanique qui restreint ou empêche la liberté de mouvement est utilisé pour maîtriser un résident ou pour l'aider relativement à une activité courante de la vie, il faudra d'abord déterminer l'objectif de son utilisation à ce moment précis.

Il est essentiel de faire cette distinction pour comprendre les exigences de la LFSLD et du Règlement qui décrivent la contention à l'aide d'un appareil mécanique par rapport à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle.

Si un appareil qui peut être utilisé pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie est utilisé pour restreindre ses mouvements, les exigences relatives à la contention au moyen d'un appareil mécanique s'appliquent. Par exemple, une table fixée à un fauteuil roulant serait considérée comme un appareil mécanique si elle sert à restreindre les mouvements d'un résident parce qu'il existe un risque considérable que le résident ou une autre personne subisse des lésions corporelles graves si le résident n'était pas maîtrisé. Toutefois, une table fixée à un fauteuil roulant ne serait pas considérée comme une contention à l'aide d'un appareil mécanique si elle est utilisée pour aider le résident relativement à une activité courante de la vie – par exemple, manger – et qu'elle est retirée après que le résident ait terminé son repas. L'appareil serait alors considéré comme un appareil d'aide personnelle dans ce contexte puisqu'il est utilisé dans le cadre d'une activité courante de la vie.

La LFSLD établit une série de pratiques qui ne constituent pas une mesure visant à maîtriser un résident :

- L'utilisation d'un appareil mécanique dont un résident a la capacité physique et cognitive de se dégager.
- L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie.
- L'administration d'un médicament à un résident au titre d'un traitement prévu dans son programme de soins.
- Le recours à des barrières, à des verrous ou à d'autres appareils ou mesures de contrôle aux entrées et sorties du foyer ou du terrain du foyer à moins que le résident ne soit empêché de partir.
- Le recours à des barrières, à des verrous ou à d'autres appareils ou mesures de contrôle aux escaliers à titre de mesure de sécurité.

Élément essentiel à prendre en compte

Un résident n'est pas considéré maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique s'il peut s'en dégager par lui-même, c'est-à-dire s'il comprend comment se libérer de l'appareil et a la capacité physique de la faire. Le résident doit être capable de retirer facilement l'appareil. Si le résident doit se débattre ou qu'il a besoin de beaucoup de temps pour se libérer de l'appareil, il sera considéré comme étant maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique.

Article 36 de la LFSLD – Devoir de common law

La LFSLD n'a pas d'incidence sur le devoir de common law qu'a le fournisseur de soins de maîtriser ou de confiner quelqu'un lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'il ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave.

Si un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique conformément au devoir de common law, le titulaire de permis doit veiller à ce que l'appareil soit utilisé conformément aux exigences que prévoit le Règlement et à ce qu'il satisfasse à toute autre exigence prévue dans le Règlement.

Conformément au devoir de common law, un résident ne peut pas être maîtrisé en lui administrant un médicament à moins que l'administration en question n'ait été ordonnée par un médecin. Si un résident est maîtrisé en lui administrant un médicament conformément au devoir de common law, le titulaire de permis doit se conformer à toutes les exigences prévues dans le Règlement.

Le devoir de common law octroie au personnel le pouvoir d'agir rapidement lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter que le résident ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave dans une situation d'urgence. On suppose que le personnel doit agir tellement rapidement pour prévenir un préjudice physique à un résident ou toute autre personne qu'il n'aura pas suffisamment de temps pour satisfaire aux exigences prévues à l'article 31 de la LFSLD.

Le recours au devoir de common law ne doit pas faire partie systématiquement du programme de soins. Le devoir de common law permet au titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée de réagir à des événements imprévus afin de prévenir que les résidents ou d'autres personnes ne subissent un préjudice physique grave. Il ne doit pas être utilisé pour aucun autre motif. Si la contention au moyen d'un appareil mécanique est considérée nécessaire dans le cadre du programme de soins d'un résident, le titulaire de permis doit satisfaire à toutes les conditions prévues à l'article 31 de la LFSLD.

Aux termes de l'article 31 de la LFSLD, seuls un médecin ou un ou une IA cat. spéc. peuvent autoriser la contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique.

En ce qui concerne la maîtrise d'un résident au moyen d'un appareil mécanique pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36, la LFSLD et le Règlement ne disent rien au sujet de qui peut autoriser l'utilisation d'un appareil mécanique.

Lorsqu'on a recours au devoir de common law, il est entendu que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée réagit rapidement et prend des mesures immédiates pour éviter que le résident ou d'autres personnes ne subissent de préjudice physique grave. Dans ces circonstances, certaines catégories de personnel peuvent ne pas être présentes au foyer au moment de l'urgence. Le titulaire de permis d'un foyer doit prendre en considération la relation entre le caractère urgent de la contention en vertu de l'article 36 de la LFSLD et la présence de membres du personnel appropriés lorsqu'il élabore la politique sur la contention pour s'acquitter du devoir de common law conformément au paragraphe 109 (c) du Règlement.

Conformément au paragraphe 137 (1) du Règlement, un ou une IA peut ordonner l'administration d'un médicament pour s'acquitter du devoir de common law.

Article 31 de la LFSLD – Contention au moyen d'appareils mécaniques

Un résident peut seulement être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique si son programme de soins le prévoit et que **toutes** les conditions suivantes sont respectées :

- le résident ou une autre personne courrait un risque considérable de subir un préjudice physique grave si le résident n'était pas maîtrisé;
- des solutions de rechange à la contention du résident ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis, d'éliminer le risque pour le résident ou toute autre personne;
- la méthode de contention est raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental du résident et de ses antécédents, et est la moins restrictive parmi les méthodes raisonnables de ce genre qui permettraient d'éliminer le risque pour le résident ou toute autre personne;
- un médecin, un ou une IA cat. spéc. a ordonné ou approuvé la contention;
- le résident a consenti à être maîtrisé ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement a consenti à ce qu'il le soit;
- le programme de soins prévoit tout ce qui est exigé ci-après.

Si un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique, **toutes** les conditions suivantes doivent être respectées :

- l'appareil est utilisé conformément aux exigences que prévoit le Règlement;
- le résident est surveillé pendant qu'il est maîtrisé, conformément aux exigences que prévoit le Règlement;
- le résident est dégagé de l'appareil et changé de position, de temps à autre, pendant qu'il est maîtrisé, conformément aux exigences que prévoit le Règlement;
- l'état du résident est réévalué et l'efficacité de la méthode de contention utilisée est évaluée, conformément aux exigences que prévoit le Règlement;
- le résident n'est maîtrisé qu'aussi longtemps qu'il est nécessaire pour éliminer le risque pour lui ou toute autre personne;
- la méthode de contention utilisée est abandonnée si, par suite de la réévaluation de l'état du résident, il est déterminé qu'une solution de rechange à la contention, ou une méthode de contention moins restrictive qui serait raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental du résident et de ses antécédents permettrait d'éliminer le risque pour le résident ou toute autre personne;
- toutes les autres exigences prévues au Règlement sont satisfaites.

Éléments essentiels à prendre en compte

Les procédures pour obtenir le consentement doivent être conformes aux exigences de la LFSLD et des autres lois applicables (p. ex., *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*).

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit obtenir le consentement avant d'avoir recours à un appareil mécanique pour maîtriser un résident. Le consentement doit avoir été obtenu du résident, ou si ce dernier n'est pas apte à le donner, de son mandataire spécial.

La seule exception à cette exigence est si le résident est maîtrisé pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLD.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ne peut pas demander à un résident ou à son mandataire spécial une « autorisation générale » immédiate pour maîtriser un résident au moyen d'un appareil mécanique (ou toute autre forme de contention permise par la LFSLD) si besoin est.

Si un résident a été évalué aux termes de l'article 31 de la LFSLD comme devant être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique sur une base continue et que le consentement du résident ou de son mandataire spécial a été obtenu, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'est pas tenu d'obtenir le consentement chaque fois qu'il a recours à l'appareil mécanique.

Si un résident ou son mandataire spécial refuse de donner son consentement à la contention, le titulaire de permis peut maîtriser le résident seulement pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLD. Le titulaire de permis voudra peut-être consulter un avocat pour des conseils juridiques concernant la présentation d'une requête à la Commission du consentement et de la capacité afin de déterminer si le mandataire spécial a pris la décision concernant le traitement conformément à la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, 1996.

La contention au moyen d'un appareil mécanique est l'option de « dernier recours ». L'objectif des exigences de la LFSLD et du Règlement est de réduire au minimum la contention au moyen d'un appareil mécanique. L'équipe interdisciplinaire du foyer doit prendre en considération et évaluer les solutions de rechange au recours à un appareil mécanique en collaboration avec le résident et/ou son mandataire spécial avant de songer à maîtriser le résident.

D'autres exigences prévues dans le Règlement appuient la réduction au minimum de la contention, y compris l'élaboration de stratégies pour réagir aux comportements des résidents et l'élaboration d'un programme de prévention et de gestion des chutes. Ces deux exigences peuvent réduire ou éliminer la nécessité de maîtriser le résident au moyen d'un appareil mécanique. Voir les articles 53 (Comportements réactifs) et 49 (Prévention et gestion des chutes) du Règlement.

L'article 31 de la LFSLD s'applique à toutes les formes de contention au moyen d'un appareil mécanique, y compris les situations où un appareil peut être utilisé comme appareil d'aide personnelle afin de maîtriser un résident. Toutes les exigences doivent être satisfaites avant de maîtriser un résident au moyen d'un appareil mécanique, sous réserve du devoir de common law qu'a le fournisseur de soins de maîtriser quelqu'un lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'il ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave (voir paragraphes 36 (1) et (2) de la LFSLD).

Toute méthode de contention au moyen d'un appareil mécanique doit satisfaire au critère du caractère raisonnable.

L'article 112 du Règlement énonce les appareils qui ne doivent jamais être utilisés pour restreindre les mouvements d'un résident en vertu de l'article 31 ou de l'article 36 de la LFSLD ou qui ne peuvent jamais être utilisés comme appareil d'aide personnelle pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie.

Article 110 du Règlement – Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Toutes les exigences suivantes doivent être respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 ou de l'article 36 de la LFSLD :

- Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant;
- L'appareil mécanique est maintenu en bon état;
- L'appareil mécanique n'est pas modifié si ce n'est pour les réglages de routine prévus dans les instructions du fabricant.

Le paragraphe 110 (2) du Règlement prescrit les exigences supplémentaires qui s'appliquent lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 31 de la LFSLD. **Toutes** les exigences suivantes doivent être respectées :

- le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore un ou une IA cat. spéc. l'a ordonné ou approuvé;
- le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'IA cat. spéc.;
- le résident qui est maîtrisé est surveillé au moins une fois l'heure par un membre du personnel infirmier autorisé ou par un autre membre du personnel qui est autorisé à cette fin par un membre du personnel infirmier autorisé;

- le résident est dégagé de l'appareil et changé de position au moins toutes les deux heures. (Cette exigence ne s'applique toutefois pas lorsque les côtés de lit sont utilisés si le résident peut lui-même changer de position);
- le résident est dégagé et changé de position à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de son état ou de sa situation;
- l'état du résident n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un médecin, un ou une IA cat. spéc. 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.

Éléments essentiels à prendre en compte

Aucun membre du personnel ne peut être autorisé par l'une des catégories professionnelles susmentionnées à évaluer un résident qui est maîtrisé.

Toutes les exigences énoncées à l'article 31 de la LFSLD et à l'article 110 du Règlement s'appliquent lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique. Ceci inclut les situations où un appareil qui pourrait être utilisé comme appareil d'aide personnelle est utilisé pour maîtriser un résident.

Un résident ne peut être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique qu'aussi longtemps que le résident risque de subir ou de causer à autrui un préjudice physique grave s'il n'est pas maîtrisé (voir le paragraphe 31 (3) de la LFSLD).

L'état du résident doit être réévalué au moins toutes les huit heures. Peu importe que ce soient écoulées ou non huit heures depuis la dernière réévaluation, le résident doit être réévalué dès que le personnel détermine, selon la surveillance effectuée, que le comportement du résident ne présente plus de risque considérable et qu'un appareil mécanique moins restrictif peut être utilisé ou si l'utilisation de l'appareil mécanique peut être abandonnée.

Liens principaux

Aucun appareil mécanique ne peut servir à maîtriser un résident, en vertu de l'article 31 de la LFSLD, lorsque celui-ci est au lit si ce n'est pour permettre une intervention clinique nécessitant que le corps ou une partie du corps du résident soit immobilisé ou lorsque l'appareil mécanique est un côté de lit utilisé conformément à l'article 15 du Règlement, tel que prévu au 110 (6) du Règlement.

L'utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser une personne au lit peut entraîner des effets négatifs, notamment l'apparition de contractures ou de plaies de lit, qui peuvent occasionner des blessures graves, voire le décès du résident.

Avant de maîtriser un résident qui est au lit afin de permettre une intervention clinique, les exigences énoncées à l'article 31 de la LFSLD doivent être respectées de même que tous les articles applicables du Règlement.

Si un résident est maîtrisé à un autre endroit – par exemple dans un fauteuil roulant – afin de permettre une intervention clinique, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit respecter toutes les exigences énoncées à l'article 31 de la LFSLD et tous les articles applicables du Règlement.

Le paragraphe 110 (3) du Règlement prescrit les exigences supplémentaires qui s'appliquent lorsqu'un résident est maîtrisé pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLD. **Toutes** les exigences suivantes doivent être respectées :

- le résident doit être continuellement surveillé ou supervisé et dégagé de l'appareil mécanique et changé de position si cela s'impose compte tenu de son état ou de sa situation;
- l'état du résident doit être réévalué par un médecin, un ou une IA cat. spéc. traitant le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les 15 minutes et à tout autre moment si une réévaluation s'impose compte tenu de l'état ou de la situation du résident;
- le titulaire de permis d'un foyer doit respecter les dispositions de l'article 31 de la LFSLD avant de continuer à maîtriser le résident au moyen d'un appareil mécanique lorsqu'il n'est plus nécessaire de prendre les mesures immédiates.

Après le recours à un appareil mécanique, il faut expliquer au résident ou, si celui-ci est incapable, à son mandataire spécial les raisons pour lesquelles l'appareil mécanique a été utilisé.

Élément essentiel à prendre en compte

La contention pour s'acquitter au devoir de common law permet au titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée de répondre rapidement à des situations à risque élevé. Un résident maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique dans ces circonstances peut être extrêmement agité et peut nécessiter une réévaluation et une surveillance continue et accrue.

Conformément au paragraphe 110 (5) du Règlement, lorsqu'un résident a été maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique et qu'il est dégagé de l'appareil, ou que l'utilisation de l'appareil est abandonnée, le titulaire de permis doit veiller à ce que des soins appropriés soient fournis par la suite pour assurer la sécurité et le confort du résident.

Élément essentiel à prendre en compte

Si une personne a été maîtrisée pendant une période prolongée, elle pourrait avoir besoin de soins appropriés après avoir été dégagée de l'appareil (p. ex., une personne pourrait courir le risque de tomber une fois la contention retirée). Les mesures prises suite à la contention peuvent inclure une formation sur la démarche et l'équilibre ou rassurer le résident et l'aider à marcher. Ceci s'applique à toute contention effectuée aux termes de l'article 31 ou 36 de la LFSLD.

Les paragraphes 110 (7) et 110 (8) du Règlement énoncent les exigences relatives à la tenue de dossiers portant sur l'utilisation d'appareils de contention.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la LFSLD soit documentée. **Tous** les renseignements suivants doivent être documentés :

- les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique;
- les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées;
- le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre;
- le consentement;
- le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu;
- toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident;
- tout dégagement de l'appareil et tout changement de position;
- le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit;
- les soins fournis par la suite.

Le titulaire de permis doit veiller à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident conformément au devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLD soit documentée. **Tous** les renseignements suivants doivent être documentés :

- les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique;
- le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre;

- le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu;
- toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident;
- tout dégagement de l'appareil et tout changement de position;
- le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit;
- les soins fournis par la suite.

Article 32 de la LFSLD – Contention au moyen de barrières, verrous

Cet article n'est pas encore en vigueur.

Lien principal

Puisque l'article 32 n'est pas encore entré en vigueur, le personnel d'un foyer peut uniquement maîtriser une personne conformément au devoir de common law dans les situations où il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter que cette personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave (voir article 36 de la LFSLD).

Article 33 de la LFSLD – Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

L'article 33 de la LFSLD énonce les exigences pour l'utilisation des appareils d'aide personnelle. Un appareil d'aide personnelle est un appareil utilisé pour aider une personne relativement à une activité courante de la vie. Les exigences prévues dans la LFSLD et le Règlement s'appliquent à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle si celui-ci a pour effet de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement d'un résident qui n'a pas la capacité, soit physique soit cognitive, de s'en dégager par lui-même. Un appareil d'aide personnelle ne peut être utilisé que si son utilisation est prévue dans le programme de soins du résident et si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- des solutions de rechange à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis, d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie;
- l'utilisation de l'appareil est raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental du résident et de ses antécédents, et l'appareil est le moins restrictif parmi les appareils de ce genre qui permettraient d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie;
- un médecin, un ou une IA, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé, un ou une ergothérapeute, ou un ou une physiothérapeute a approuvé l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle;

- le résident a consenti à l'utilisation de l'appareil ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement y a consenti;
- le programme de soins prévoit tout ce qui est exigé aux termes du Règlement.

Si un appareil qui restreint ou empêche la liberté de mouvement est utilisé pour maîtriser un résident au lieu de l'aider relativement à une activité courante de la vie, les exigences relatives à la contention au moyen d'un appareil mécanique prévues à l'article 31 de la LFSLD s'appliquent.

Éléments essentiels à prendre en compte

L'article 33 de la LFSLD s'applique uniquement aux appareils d'aide personnelle utilisés pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie, qui ont pour effet de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement d'un résident qui n'a pas la capacité, soit physique soit cognitive, de s'en dégager par lui-même.

Il faut faire la distinction entre les appareils mécaniques qui sont utilisés comme un appareil d'aide personnelle et ceux utilisés pour maîtriser un résident si ce dernier ou une autre personne courrait un risque considérable de subir un préjudice physique grave si le résident n'était pas maîtrisé.

Même si un appareil d'aide personnelle est utilisé uniquement pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie, le fait de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement peut présenter un danger potentiel si les précautions nécessaires ne sont pas prises.

Les « activités courantes de la vie » incluent les soins d'hygiène, se laver, s'habiller, se peigner, manger, boire, aller aux toilettes, se déplacer, et changer de position.

L'article 33 de la LFSLD ne s'applique pas aux appareils dont l'utilisation :

- n'a pas pour effet de restreindre ou d'empêcher la liberté de mouvement d'un résident;
- sert à maîtriser un résident. (Cette situation est visée à l'article 31 de la LFSLD.)

« Restreindre ou empêcher » signifie que les mouvements corporels de la personne sont limités de manière significative ou que la liberté de mouvement du résident est restreinte de manière significative. Par exemple, une personne pourrait ne pas pouvoir se lever de sa chaise ou pourrait ne pas pouvoir bouger ou changer de position parce qu'un appareil mécanique empêche tout mouvement ou repositionnement.

Article 111 du Règlement – Exigences : utilisation d'un appareil d'aide personnelle

Un appareil d'aide personnelle utilisé en vertu de l'article 33 de la LFSLD pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie doit être retiré dès qu'il n'est plus requis pour fournir une telle aide, à moins que le résident ne demande de la garder.

Élément essentiel à prendre en compte

Si un appareil d'aide personnelle qui empêche ou restreint la liberté de mouvement d'un résident n'est pas retiré dès qu'il n'est plus requis pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie, le résident est considéré maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique – que ce soit l'intention du titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ou non. Si un résident demande de garder l'appareil ou s'il est capable de le retirer de lui-même, le résident n'est pas considéré comme étant maîtrisé.

Un appareil d'aide personnelle utilisé en vertu de l'article 33 de la LFSLD doit répondre à **tous** les critères suivants :

- l'appareil est maintenu en bon état;
- le personnel a recours à l'appareil conformément aux instructions du fabricant;
- l'appareil n'est pas modifié si ce n'est pour les réglages de routine prévus dans les instructions du fabricant.

Article 34 de la LFSLD – Dossiers : moyens de contention

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit conserver des dossiers sur la contention des résidents et l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle.

Lien principal

Ces dossiers doivent être conservés conformément à ce qui est prévu aux paragraphes 110 (7) et 110 (8) du Règlement.

Article 35 de la LFSLD – Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'aucun appareil énoncé dans le Règlement ne soit utilisé sur un résident :

- soit pour le maîtriser;
- soit pour l'aider relativement à une activité courante de la vie, si l'appareil devait restreindre ou empêcher sa liberté de mouvement.

Article 112 du Règlement – Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements

Tous les appareils suivants ne doivent pas être utilisés au foyer :

- des barres à roulettes sur un fauteuil roulant et sur une chaise d'aisance ou une toilette
- des camisoles de force
- tout appareil muni de verrous qui ne peuvent être dégagés qu'au moyen d'un appareil distinct, tel une clef ou un aimant
- du matériel de contrainte aux quatre extrémités
- tout appareil utilisé pour maîtriser un résident sur une chaise d'aisance ou une toilette
- tout appareil que le personnel ne peut pas dégager sur-le-champ
- des draps, des bandages de contention ou d'autres types de bandes ou de bandages, si ce n'est à une fin thérapeutique.

Éléments essentiels à prendre en compte

Ces appareils interdits sont considérés potentiellement dangereux pour les raisons suivantes :

- Les barres à roulettes sur les côtés d'un fauteuil roulant ou d'une chaise d'aisance visent à empêcher une personne d'en sortir. Des blessures graves peuvent survenir si les résidents glissent sous ces barres.
- Les camisoles de force peuvent causer des blessures voire le décès si le niveau d'agitation du résident augmente (comportement réactif) ou si l'appareil mécanique se desserre lorsque le résident est maîtrisé.
- Les appareils munis d'un verrou qui ne peuvent être dégagés qu'au moyen d'un appareil distinct, tel une clef ou un aimant, peuvent causer des blessures ou un décès si le résident doit s'en dégager rapidement ou en cas d'urgence (p. ex., un incendie) et que la clef ou l'aimant ne peuvent être localisés immédiatement.
- Le matériel de contrainte aux quatre extrémités restreint totalement le mouvement du résident, ce qui le rend vulnérable. Ce type de matériel est inapproprié pour la population desservie par les foyers de soins de longue durée.
- Les appareils utilisés pour maîtriser un résident sur une chaise d'aisance ou une toilette peuvent occasionner des blessures graves si le niveau d'agitation du résident augmente (comportement réactif) ou si la chaise d'aisance bascule.
- Les résidents peuvent s'emmêler ou s'étrangler avec les draps, les bandages de contention ou d'autres types de bandes ou de bandages

Article 113 du Règlement – Évaluation

Le titulaire de permis d'un foyer doit procéder, une fois par mois, à une analyse de l'utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser les résidents en vertu de l'article 31 de la LFSLD ou conformément au devoir de common law visé à l'article 36 de celle-ci.

Au moins une fois par année civile, le titulaire de permis d'un foyer doit effectuer une évaluation qui permet de déterminer l'efficacité de la politique du foyer visant à réduire au minimum la contention des résidents prévue à l'article 29 de la LFSLD, et déterminer les modifications et améliorations qui s'imposent pour minimiser le recours à la contention et pour veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la LFSLD et au Règlement.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit prendre en considération les résultats de l'analyse mensuelle dans le cadre de son évaluation annuelle, mettre en oeuvre promptement les changements ou améliorations qui s'imposent conformément à l'évaluation et préparer promptement un dossier écrit sur l'analyse mensuelle, l'évaluation annuelle et tout changement ou toute modification de même que la date de l'évaluation, les noms des personnes qui y ont participé et la date à laquelle les changements ont été mis en oeuvre.

L'article 137 du Règlement énonce les exigences que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit satisfaire s'il doit administrer un médicament pour maîtriser un résident pour s'acquitter du devoir de common law. Voir la section « Médicaments » du présent guide.

Le titulaire de permis doit aussi examiner tous les cas où des résidents ont été maîtrisés en leur administrant un médicament pour s'acquitter du devoir de common law dans le cadre de l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments au foyer (voir article 115 du Règlement). L'évaluation annuelle du système de gestion des médicaments doit aussi comprendre un examen des évaluations trimestrielles effectuées l'année précédente (voir article 116 du Règlement).

Élément essentiel à prendre en compte

Précision : appareils mécaniques

Les renseignements ci-après aident à déterminer si les pratiques suivantes constituent une contention au moyen d'un appareil mécanique.

1. Appareils orthopédiques

Un appareil orthopédique peut s'avérer nécessaire suite à une condition médicale pour soutenir un membre faible. Ces appareils sont utilisés pour soutenir un membre et favoriser l'autonomie du résident, notamment accroître sa mobilité. Leur utilisation n'est pas considérée comme une contention au moyen d'un appareil mécanique. Leur utilisation doit être documentée dans le programme de soins.

2. Attelles

Les attelles servent à immobiliser un membre – habituellement à la suite d'une fracture. Elles sont utilisées à des fins thérapeutiques. Leur utilisation n'est pas considérée comme une contention au moyen d'un appareil mécanique. Leur utilisation doit être documentée dans le programme de soins.

3. Fauteuil roulant incliné

Si un fauteuil roulant est incliné pour empêcher une personne de se lever, on considère qu'il s'agit d'une contention au moyen d'un appareil mécanique. Avant qu'un fauteuil roulant incliné puisse être utilisé pour maîtriser une personne, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit satisfaire aux exigences de l'article 31 de la LFSLD et de l'article 110 du Règlement. Si le fauteuil roulant est incliné à des fins thérapeutiques ou de confort – par exemple, pour réduire la pression, favoriser le sommeil ou diminuer un oedème – il n'est pas considéré comme un appareil mécanique utilisé à des fins de contention. Toutefois, les raisons thérapeutiques ou toute autre circonstance à l'origine de cette pratique doivent être documentées dans le programme de soins. Une fois l'objectif atteint, le fauteuil ne doit plus être incliné ou il sera considéré comme un moyen de contention.

4. Gants ou mitaines

Une mitaine ou un gant placé sur la main d'un résident pour l'empêcher de faire quelque chose – par exemple, gratter une plaie ou une blessure – n'est pas considéré comme une contention au moyen d'un appareil mécanique puisque le gant ou la mitaine ne restreint ni n'empêche les mouvements du résident. Sa liberté de mouvement n'est pas restreinte ni limitée de quelque façon que ce soit.

Élément essentiel à prendre en compte (suite)

5. Sangles pelviennes

Le Règlement n'interdit pas l'utilisation de sangles pelviennes comme appareil mécanique de contention. Dans certains cas, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée peut utiliser ces appareils non pas comme moyen de contention, mais pour éviter qu'un résident qui utilise un fauteuil roulant glisse, se penche par en avant ou de côté, ou pour aider au bon positionnement des hanches. Les sangles pelviennes permettent à un résident qui ne peut se soutenir de s'asseoir droit dans un fauteuil roulant. Si les sangles pelviennes sont utilisées à cette fin, elles sont considérées comme un appareil d'aide personnelle qui aide le résident relativement à des activités courantes de la vie. Lorsque le titulaire de permis utilise des sangles pelviennes à cette fin, il doit satisfaire aux exigences de l'article 33 de la LFSLD et de l'article 111 du Règlement. Lorsque le titulaire de permis utilise ces appareils pour restreindre les mouvements d'un résident, il doit satisfaire aux exigences prévues à l'article 31 de la LFSDL et de l'article 110 du Règlement.

Peu importe la raison pour laquelle les sangles pelviennes sont utilisées, il s'agit d'appareils de contention qui doivent être utilisés de façon prudente et le résident doit être surveillé adéquatement.

6. Plateaux à genoux demi-largeur

Les plateaux à genoux demi-largeur sont moins restrictifs que les plateaux à genoux pleine largeur et offrent au résident une plus grande liberté de mouvement. Toutefois, il existe différents types de plateaux à genoux demi-largeur qui offrent divers degrés de liberté et de facilité de mouvement. Certains types de plateaux peuvent être tout aussi restrictif que plateaux pleine largeur, selon l'état du résident. Lorsqu'un plateau à genoux demi-largeur est utilisé comme appareil d'aide personnelle pour aider à des activités courantes de la vie, il doit être conforme aux exigences prévues à l'article 33 de la LFSLD et à l'article 111 du Règlement.

Il est possible qu'un plateau à genoux demi-largeur soit utilisé comme appareil mécanique pour restreindre les mouvements d'un résident, selon le type de plateau utilisé et l'état du résident. Si un plateau à genoux demi-largeur est utilisé à cette fin, son utilisation doit être conforme aux exigences prévues à l'article 31 de la LFSLD et à l'article 110 du Règlement.

Élément essentiel à prendre en compte (suite)

7. Accoudoirs

Les accoudoirs ne sont pas considérés comme un appareil mécanique visant à maîtriser un résident puisque ce type de support ne restreint ni n'empêche la liberté de mouvement du résident de manière significative. Leur utilisation doit être documentée dans le programme de soins.

8. Ceintures de sécurité

Si une ceinture de sécurité attachée à un fauteuil roulant est utilisée comme appareil pour maîtriser un résident, le titulaire de permis d'un foyer doit satisfaire aux exigences de l'article 31 de la LFSLD et de l'article 110 du Règlement.

Si une ceinture de sécurité est utilisée comme appareil pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie – par exemple une sortie récréative (où il pourrait y avoir des cahots) ou pour faciliter le positionnement d'un résident dans un fauteuil roulant, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit satisfaire aux exigences de l'article 33 de la LFSLD et de l'article 111 du Règlement.

L'utilisation d'une ceinture de sécurité dont un résident a la capacité physique et cognitive de se dégager de lui-même ne constitue pas une mesure visant à le maîtriser ni un appareil d'aide personnelle.

9. Côtés de lit

Les côtés de lit peuvent restreindre ou empêcher la liberté de mouvement du résident parce qu'ils entourent le lit. Les côtés de lit présentent un risque considérable de coincement. (Voir les exigences relatives aux côtés de lit à l'article 15 du Règlement.)

Le Règlement ne fait pas la distinction entre les côtés de lit demi-longueur ou pleine longueur. Bien que les côtés de lit demi-longueur limitent moins les mouvements que les côtés de lit pleine longueur, ils peuvent tout de même être utilisés comme appareil mécanique pour maîtriser le résident selon l'état physique de ce dernier. Les côtés de lit demi-longueur peuvent présenter un danger pour certains résidents en raison des risques de coincement.

Si des côtés de lit demi-longueur ou pleine longueur sont utilisés comme appareil mécanique de contention, le titulaire de permis doit respecter les exigences de l'article 31 de la LFSLD et de l'article 110 du Règlement.

Élément essentiel à prendre en compte (suite)

Si des côtés de lit demi-longueur ou pleine longueur sont utilisés pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie, comme aider un résident à se positionner, à mieux dormir (à l'empêcher de tomber en bas du lit) ou à se lever, ils sont alors considérés comme des appareils d'aide personnelle et le titulaire de permis doit satisfaire aux exigences de l'article 33 de la LFSLD et de l'article 111 du Règlement.

Dans tous les cas, les exigences prévues à l'article 15 du Règlement s'appliquent.

Partie II Médicaments

A. Aperçu

Les articles 114 à 137 du Règlement énoncent les exigences relatives au Système de gestion des médicaments d'un foyer de soins de longue durée. L'objectif du système est de s'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse conformément aux exigences relatives à la gestion des médicaments des résidents en temps opportun et d'une manière sûre et de s'assurer des meilleurs résultats pour la santé des résidents.

Le Règlement prévoit des exigences pour répondre aux incidents liés à un médicament, à une réaction indésirable à un médicament ou à un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, susceptibles de mettre les résidents en danger.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune

C. Exigences du Règlement

Élément essentiel à prendre en compte

Pour l'application de la LFSLD et du Règlement, l'article 4 du Règlement définit le terme «médicament» de manière générale afin d'inclure les médicaments sur ordonnance et les médicaments vendus sans ordonnance (p. ex., les médicaments en vente libre, comme l'acétaminophène).

La définition inclut les produits de santé naturels.

Les substances fabriquées, offertes en vente ou vendues comme faisant partie d'un aliment, d'une boisson ou d'un produit cosmétique n'entrent pas dans la définition de médicaments.

Article 114 – Système de gestion des médicaments

Le foyer doit élaborer un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents. Des politiques et des protocoles écrits doivent être élaborés afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Ces politiques et protocoles doivent refléter des pratiques fondées sur des données probables ou, en l'absence de telles pratiques, les pratiques couramment admises. Ils doivent être approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et, le cas échéant, le directeur médical.

Article 115 – Évaluation trimestrielle

Les membres d'une équipe interdisciplinaire doivent se rencontrer au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à apporter pour l'améliorer. L'équipe interdisciplinaire doit comprendre notamment le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques.

L'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments doit comprendre **tous** les éléments suivants :

- un examen des tendances et caractéristiques de l'utilisation des médicaments, y compris l'utilisation de tout médicament ou mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, susceptibles de mettre les résidents en danger;
- un examen des rapports sur tout incident lié à un médicament et sur toute réaction indésirable à un médicament visés aux paragraphes 135(2) et (3) du Règlement;
- un examen de tous les cas où des résidents ont été maîtrisés en leur administrant un médicament pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36 de la LFSLD;
- l'identification des modifications à apporter pour améliorer le système, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Les modifications identifiées lors de l'évaluation trimestrielle doivent être mises en oeuvre et les résultats de l'évaluation et les modifications qui ont été mises en oeuvre doivent être consignés dans un dossier.

Article 116 – Évaluation annuelle

Les membres d'une équipe interdisciplinaire doivent se rencontrer une fois par année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à apporter pour l'améliorer. L'équipe interdisciplinaire doit comprendre notamment le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer.

L'évaluation annuelle doit inclure un examen des résultats des évaluations trimestrielles effectuées l'année précédente et doit être entreprise en ayant recours à un outil d'évaluation conçu expressément à cette fin. L'évaluation annuelle doit identifier les modifications à apporter pour améliorer le système, conformément aux pratiques fondées sur des

données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises. Les modifications identifiées lors de l'évaluation trimestrielle doivent être mises en oeuvre et les résultats de l'évaluation et les modifications qui ont été mises en oeuvre doivent être consignés dans un dossier.

Élément essentiel à prendre en compte

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée peut envisager d'avoir recours à une auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments (Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada) dans le cadre de l'évaluation annuelle de son système de gestion des médicaments. Visitez le site Web suivant : <http://www.ismp-canada.org/lmssa/>.

Article 117 – Directives et ordonnances médicales : médicaments

Les directives et les ordonnances médicales autorisant l'administration d'un médicament à un résident doivent être réexaminées chaque fois que l'état du résident est évalué ou réévalué pour élaborer ou réviser son programme de soins. Aucune directive ou ordonnance médicale autorisant l'administration d'un médicament à un résident ne doit être suivie, à moins qu'elle ne soit individualisée pour tenir compte de l'état et des besoins du résident.

Article 118 – Renseignements disponibles dans chaque section ou unité accessible aux résidents

Des documents de référence récents et pertinents sur les médicaments, les coordonnées du fournisseur de services pharmaceutiques et les coordonnées d'au moins un centre antipoison ou d'un organisme semblable doivent être disponibles au foyer dans chaque section ou unité accessible aux résidents.

Article 119 – Fournisseur de services pharmaceutiques

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit retenir, pour le foyer, les services d'un fournisseur de services pharmaceutiques. Ce dernier doit être titulaire d'un certificat d'agrément autorisant l'exploitation d'une pharmacie délivré en application de l'article 139 de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*.

Le titulaire de permis et le fournisseur de services pharmaceutiques doivent conclure un contrat écrit qui énonce les responsabilités de ce dernier, notamment les obligations suivantes :

- fournir des médicaments au foyer 24 heures sur 24, sept jours par semaine, ou prendre des dispositions pour qu'ils soient fournis par un autre titulaire d'un certificat d'agrément autorisant l'exploitation d'une pharmacie délivré en application de l'article 139 de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*;
- d'assumer toutes les autres responsabilités que lui attribue le présent règlement.

Article 120 – Responsabilités du fournisseur de services pharmaceutiques

Le fournisseur de services pharmaceutiques doit participer à **toutes** les activités suivantes :

- l'élaboration, pour chaque résident du foyer, d'évaluations des médicaments et la constitution de dossiers sur l'administration et la réévaluation des médicaments, ainsi que la tenue de profils pharmaceutiques;
- l'évaluation des résultats thérapeutiques des médicaments chez les résidents;
- la gestion des risques et les activités d'amélioration de la qualité, notamment l'examen des incidents liés à des médicaments, des réactions indésirables à un médicament et de l'utilisation de médicaments;
- l'élaboration de protocoles de vérification permettant au fournisseur de services pharmaceutiques d'évaluer le système de gestion des médicaments;
- l'encadrement pédagogique du personnel du foyer en ce qui concerne les médicaments;
- la destruction et l'élimination des médicaments en application de l'alinéa 136(3)a) du Règlement si la politique du titulaire de permis l'exige.

Article 121 – Système de notification du fournisseur de services pharmaceutiques

Un système doit avoir été mis en place pour aviser le fournisseur de services pharmaceutiques dans les 24 heures qui suivent l'admission, la mise en congé, le départ pour une absence médicale ou une absence psychiatrique et le décès d'un résident.

Article 122 – Achat et manutention des médicaments

Aucun médicament ne peut être acquis, reçu ou entreposé au foyer ou gardé par un résident en vertu du paragraphe 131 (7) du Règlement, à moins que le médicament :

- n'ait été prescrit à un résident ou obtenu aux fins de la réserve de médicaments en cas d'urgence visée à l'article 123 du Règlement;
- n'ait été fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques ou par le gouvernement de l'Ontario ou selon une disposition prise par l'un ou l'autre.

Ces dispositions ne s'appliquent pas dans des circonstances exceptionnelles, par exemple si le médicament prescrit à un résident ne peut pas être fourni par le fournisseur de services pharmaceutiques ou selon une disposition qu'il a prise.

Élément essentiel à prendre en compte

Des circonstances exceptionnelles pourraient inclure, par exemple, lorsqu'un médicament donné est disponible seulement auprès d'un hôpital ou lorsqu'un médicament ne peut être obtenu dans le dosage requis pour un résident en raison de conditions météorologiques défavorables.

Article 123 – Réserve de médicaments en cas d'urgence

Le foyer qui garde une réserve de médicaments en cas d'urgence doit s'assurer que seuls sont gardés des médicaments approuvés à cette fin par le directeur médical en collaboration avec le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur du foyer. Une politique écrite doit avoir été adoptée régissant l'emplacement de la réserve, le réapprovisionnement, l'accès, l'utilisation et le suivi ainsi que la documentation à l'égard des médicaments qui y sont gardés dans la réserve.

Au moins une fois par année, le directeur médical, en collaboration avec le fournisseur de services pharmaceutiques, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et l'administrateur, effectuent une évaluation de l'utilisation qui se fait des médicaments gardés dans la réserve afin de déterminer les besoins en la matière. Les modifications recommandées lors de l'évaluation doivent être mises en oeuvre.

Article 124 – Réserve de médicaments

Les médicaments obtenus pour utilisation au foyer doivent avoir été obtenus en fonction de l'utilisation qu'en font les résidents et aucune réserve de plus de trois mois ne doit être conservée au foyer à quelque moment que ce soit. Cette exigence ne s'applique pas à la réserve de médicaments en cas d'urgence,

Article 125 – Système de posologie surveillé

Le système de posologie surveillé doit mettre l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration de médicaments aux résidents et appuyer les activités de surveillance et de vérification à leur égard.

Article 126 – Emballage des médicaments

Les médicaments doivent demeurer dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits.

Article 127 – Modifications apportées au mode d'administration

Le foyer doit avoir une politique régissant les modifications apportées à l'administration d'un médicament à un résident en raison de modifications apportées au mode d'emploi par une personne autorisée à prescrire des médicaments, notamment une interruption temporaire. La politique doit avoir été élaborée et approuvée par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, le directeur médical.

Définition

« Personne autorisée à prescrire des médicaments » Personne autorisée en vertu d'une loi sur une profession de la santé au sens de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* à prescrire un médicament au sens de cette loi.

Section 128 – Pour faire suivre des médicaments avec un résident

Le foyer doit avoir une politique pour faire suivre avec lui un médicament qui a été prescrit à un résident qui quitte le foyer temporairement (p. ex., une absence) ou qui reçoit son congé. Cette politique doit avoir été élaborée et approuvée par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, le directeur médical.

Article 129 – Entreposage sécuritaire des médicaments

Les médicaments doivent être entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures connexes, est sûr et verrouillé, protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité et d'autres conditions environnementales, et est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments. Ces exigences ne s'appliquent pas à l'égard des médicaments qu'un résident est autorisé à garder sur lui ou dans sa chambre conformément au paragraphe 131 (7) du Règlement.

Les substances désignées doivent être 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.

« Substance désignée » S'entend au sens de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada).

Article 130 – Sécurité de la réserve de médicaments

Des mesures doivent être prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments doivent être gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés. Seuls ont accès à ces endroits les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer (tel que prescrit par le Règlement) et l'administrateur du foyer.

Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées doit être effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant.

Article 131 – Administration des médicaments

Aucun médicament ne doit être utilisé par un résident du foyer ou lui être administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Les médicaments doivent avoir été administrés conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

Nul autre qu'un médecin, un dentiste, un ou une IA ou une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé ne peut administrer un médicament à un résident au foyer.

Malgré ces exigences, un membre du personnel infirmier autorisé peut permettre à un membre du personnel auquel il n'est pas par ailleurs permis d'administrer un médicament à un résident d'appliquer un médicament topique si **toutes** les conditions suivantes sont réunies :

- le membre du personnel a été formé en la matière par un membre du personnel infirmier autorisé;
- le membre du personnel infirmier autorisé qui permet l'application est convaincu que le membre du personnel peut appliquer le médicament topique en toute sécurité;
- le membre du personnel qui applique le médicament topique le fait sous la supervision du membre du personnel infirmier autorisé.

« Médicament topique » S'entend d'un médicament sous forme de liquide, de crème, de gel, de lotion, d'onguent, d'aérosol ou de poudre appliqué sur la peau et destiné à n'affecter que la partie sur laquelle il est appliqué.

Malgré les exigences susmentionnées, un résident peut s'administrer un médicament si l'administration du médicament a été approuvée par la personne autorisée à prescrire des médicaments en consultation avec le résident.

S'il est permis à un résident du foyer de s'administrer un médicament, des politiques écrites doivent être mises en place pour s'assurer que les résidents qui le font comprennent ce qui suit :

- l'utilisation du médicament;
- la nécessité du médicament;
- la nécessité de surveiller et de documenter l'utilisation du médicament;
- la nécessité de mettre le médicament en sûreté s'il leur est permis de le garder sur eux ou dans leur chambre.

Aucun résident à qui il est permis de s'administrer un médicament ne peut garder le médicament sur lui ou dans sa chambre si ce n'est :

- avec l'autorisation d'un médecin, d'un ou d'une IA cat. spéc. ou d'une autre personne autorisée à prescrire des médicaments;
- conformément aux conditions que lui impose le médecin, l'IA cat. spéc. ou l'autre personne autorisée à prescrire des médicaments.

Section 132 – Produits de santé naturels

Si un résident désire utiliser un médicament qui est un produit de santé naturel et qui n'a pas été prescrit, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit s'assurer que des politiques et marches à suivre écrites régissant l'utilisation, l'administration et l'entreposage du produit ont été mises en place.

Définition

Pour l'application de l'article 132 du Règlement, « produit de santé naturel » s'entend d'un produit de santé naturel, au sens du *Règlement sur les produits de santé naturels* (Canada) pris en application de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada), autre qu'une substance qui a été identifiée dans les règlements pris en application de la *Loi sur la réglementation des médicaments* et des pharmacies comme étant un médicament pour l'application de cette loi malgré l'alinéa f) de la définition de « médicament » au paragraphe 1 (1) de cette loi.

Le présent règlement n'a pas pour effet d'empêcher un résident d'utiliser, conformément aux politiques et marches à suivre du titulaire de permis, un produit de santé naturel qui n'a pas été prescrit.

Si une personne autorisée à prescrire des médicaments a prescrit un produit de santé naturel à un résident, ce produit sera considéré comme un médicament pour l'application du Règlement. Le titulaire de permis d'un foyer doit respecter les exigences prévues aux articles 114 à 131 et aux articles 133 à 137 du Règlement en ce qui concerne ce médicament.

Si un résident utilise un produit de santé naturel qui n'a pas été prescrit, les articles 114 à 131 et les articles 133 à 137 du Règlement ne s'appliquent pas à l'égard de ce produit. Les politiques et marches à suivre écrites du titulaire de permis régissant l'utilisation, l'administration et l'entreposage des produits de santé naturels s'appliquent à ce produit.

Éléments essentiels à prendre en compte

Le Règlement n'a pas pour effet d'empêcher un résident d'utiliser des produits de santé naturels. Les politiques et marches à suivre du titulaire de permis doivent porter sur l'utilisation, l'administration et l'entreposage de ces produits au foyer. Le degré de participation du personnel relativement à l'administration de produits de santé naturels qui n'a pas été prescrit à un résident est laissé à la discrétion du titulaire de permis d'un foyer, tel qu'il est prévu dans ses politiques et marches à suivre.

Les politiques et marches à suivre en vigueur au foyer doivent refléter le niveau d'intérêt à l'égard de l'utilisation de produits de santé naturels au foyer sans être trop restrictives ou sans empêcher un résident d'utiliser les produits compte tenu du principe fondamental énoncé à l'article 1 de la LFSLD et la déclaration des droits des résidents énoncée à l'article 3 de la LFSLD. Par exemple, la politique du foyer peut permettre à un résident d'entreposer, d'utiliser et de s'administrer des produits de santé naturels, ou le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée peut exiger que les produits de santé naturels soient administrés par le personnel ou un membre de la famille ou un mandataire spécial.

«Un produit de santé naturel qui a été prescrit à un résident par une personne autorisée à prescrire des médicaments doit être obtenu auprès du fournisseur de services pharmaceutiques puisque ce produit est considéré comme un «médicament» en vertu du Règlement. Si un produit de santé naturel n'a pas été prescrit à un résident, ce dernier n'est pas tenu d'acheter le produit par l'entremise du fournisseur de services pharmaceutiques».

La base de données suivante disponible sur le site Web de Santé Canada dresse la liste des produits de santé naturels qui sont régis par la *Loi sur les aliments et drogues*. (<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/index-fra.php>)

Article 133 – Dossier des médicaments commandés et reçus

Un dossier des médicaments doit être établi, tenu et conservé au foyer pendant au moins deux ans pour chaque médicament commandé et reçu au foyer. **Tous** les renseignements suivants doivent être consignés au dossier des médicaments :

- La date de commande du médicament
- La signature de la personne qui passe la commande
- Le nom, la concentration et la quantité du médicament
- Le nom de l'endroit où la commande du médicament est passée
- Le nom du résident à qui le médicament est prescrit, le cas échéant
- Le numéro de l'ordonnance, le cas échéant
- La date de réception du médicament au foyer
- La signature de la personne qui accuse réception du médicament pour le compte du foyer
- Le cas échéant, les renseignements qu'exige le paragraphe 136 (4) visant la destruction et l'élimination des substances désignées.

Article 134 – Régimes médicamenteux des résidents

Lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit surveiller et documenter la réaction du résident ainsi que l'efficacité du médicament compte tenu du niveau de risque qu'il court en l'occurrence.

Des mesures appropriées doivent être prises suite à tout incident lié à un médicament mettant en cause un résident et toute réaction indésirable à un médicament ou à un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes.

Une réévaluation documentée du régime médicamenteux de chaque résident doit être effectuée au moins une fois tous les trois mois.

Élément essentiel à prendre en compte

Le niveau de surveillance et la documentation varient selon le niveau de risque du médicament. Une fois que la posologie thérapeutique est déterminée, une surveillance accrue n'est peut-être pas requise selon l'état du résident et sa réaction au médicament.

« Incident lié à un médicament » Événement évitable lié à la prescription, à la commande, à la préparation, à l'entreposage, à l'étiquetage, à l'administration ou à la distribution d'un médicament, ou encore à la transcription d'une ordonnance. S'entend notamment :

- d'un acte d'omission ou de commission, qu'il donne lieu ou non à un préjudice ou à des blessures chez un résident ou au décès de celui-ci;
- d'un événement évité de justesse au cours duquel un incident ne touche pas un résident, mais qui, s'il l'avait touché, aurait donné lieu à un préjudice ou à des blessures chez lui ou à son décès.

« Réaction indésirable à un médicament » Réaction nuisible et non intentionnelle d'un résident à un médicament ou à une combinaison de médicaments qui survient lorsque le médicament est utilisé selon les doses normales ou selon des doses expérimentales aux fins du diagnostic, du traitement ou de la prévention d'une maladie ou de la modification d'une fonction organique.

Article 135 – Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament doivent être documentés de même que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident.

Les incidents liés à un médicament mettant en cause un résident et les réactions indésirables à un médicament doivent être rapportés au résident, à son mandataire spécial, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la personne autorisée à prescrire le médicament, au médecin traitant du résident ou à l'IA cat. spéc. traitant le résident et au fournisseur de services pharmaceutiques.

Tous les incidents liés à un médicament (mettant en cause ou non un résident) et les réactions indésirables à des médicaments doivent être documentés, examinés et analysés. Des mesures correctrices doivent être prises au besoin en réponse à ces incidents et un dossier doit être tenu dans lequel sont consignés les renseignements sur l'examen, l'analyse et les mesures correctives.

Le foyer doit entreprendre un examen trimestriel à l'égard de chaque incident lié à un médicament et de chaque réaction indésirable à un médicament afin d'en réduire le nombre et d'empêcher toute récurrence. Les modifications et améliorations identifiées lors de l'examen doivent être mises en oeuvre et les renseignements concernant l'examen trimestriel et les changements et modifications doivent être consignés dans un dossier.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que la rédaction de rapports sur les incidents liés à un médicament et les réactions indésirables à un médicament fassent partie intégrante de l'examen trimestriel décrit à l'article 115 du Règlement.

L'évaluation annuelle du système de gestion des médicaments visée à l'article 116 du Règlement doit comprendre un examen des évaluations trimestrielles effectuées l'année précédente.

Article 136 – Destruction et élimination des médicaments

Un médicament est considéré comme étant détruit s'il est modifié ou dénaturé à tel point que sa consommation est devenue impossible ou improbable.

Une politique écrite sur la destruction et l'élimination des médicaments doit avoir été élaborée, laquelle prévoit l'identification, la destruction et l'élimination continues :

- des médicaments périmés, des médicaments dont l'étiquette est illisible et des médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants prévues dans la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*;
- des médicaments d'un résident lorsque :
 - la personne autorisée à prescrire des médicaments traitant le résident ordonne que cesse l'utilisation du médicament;
 - le résident décède, à condition d'obtenir l'approbation écrite du signataire du certificat médical de décès visé par la *Loi sur les statistiques de l'état civil* ou du médecin traitant du résident;
 - le résident obtient son congé et on n'a pas fait suivre avec lui les médicaments qui lui ont été prescrits comme le prévoit l'article 128 du Règlement.

En ce qui concerne les médicaments qui doivent être détruits et éliminés, la politique du foyer doit également prévoir ce qui suit :

- L'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à ce qu'ils soient détruits et éliminés.
- L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents.

- La destruction et l'élimination des médicaments d'une manière sûre et soignée de l'environnement, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.
- Les médicaments autres que les substances désignées doivent être détruits par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose d'un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et un autre membre du personnel désigné par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels.
- Les substances désignées doivent être détruites par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose d'un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et un médecin ou un pharmacien, sous réserve des exigences applicables de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) ou de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada).
- Les membres de l'équipe qui détruisent les substances désignées doivent consigner les renseignements suivants dans le dossier des médicaments :
 - la date de retrait du médicament de l'endroit où sont entreposés les médicaments;
 - le nom du résident à qui le médicament a été prescrit, le cas échéant;
 - le numéro de l'ordonnance du médicament, le cas échéant;
 - le nom, la concentration et la quantité du médicament;
 - le motif de la destruction;
 - la date à laquelle le médicament a été détruit;
 - le nom des membres de l'équipe qui ont détruit le médicament;
 - la façon dont a été détruit le médicament.

Le système de destruction et d'élimination des médicaments est vérifié au moins une fois par année afin de s'assurer que ses marches à suivre sont suivies et sont efficaces. Les modifications identifiées lors de la vérification doivent être mises en oeuvre et les renseignements relatifs à la vérification annuelle et à la mise en oeuvre des modifications découlant de la vérification doivent être consignés dans un dossier.

Article 137 – Maîtrise par l'administration d'un médicament : devoir de common law

Un ou une IA peut ordonner l'administration d'un médicament pour maîtriser un résident aux termes du devoir de common law d'un fournisseur de soins de maîtriser un résident lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'il ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave, conformément à l'article 36 de la LFSLD.

Liens principaux

En vertu de la LFSLD, il est interdit de maîtriser un résident en lui administrant un médicament, sauf dans le cas suivant : pour s'acquitter du devoir de common law. Dans une telle situation, l'administration du médicament doit être ordonnée par un médecin (paragraphe 36 (3) de la LFSLD) ou par un ou une IA (paragraphe 137 (1) du Règlement).

Cela signifie qu'un ou une IA peut ordonner l'administration d'un médicament qui a été prescrit à un résident.

Chaque fois qu'un médicament est administré à un résident pour le maîtriser conformément au devoir de common law, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit consigner dans un dossier **tous** les renseignements suivants :

- les circonstances ayant entraîné l'administration du médicament;
- l'auteur de l'ordre, le médicament qui a été administré, la posologie, le mode d'administration du médicament, le ou les moments où le médicament a été administré et la personne l'ayant administré;
- la réaction du résident au médicament;
- toute évaluation, réévaluation et surveillance du résident effectuée;
- les discussions tenues avec le résident ou, si celui-ci est incapable, avec son mandataire spécial, suivant l'administration du médicament afin de lui expliquer les raisons pour lesquelles le médicament a été utilisé.

Aux termes de l'article 36 de la LFSLD, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée est autorisé à maîtriser un résident en lui administrant un médicament en situation d'urgence et lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'il ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave. L'article 36 ne peut être invoqué pour aucune autre raison.

Conformément au paragraphe 30 (4) de la LFSLD, l'administration d'un médicament à un résident au titre d'un traitement prévu dans son programme de soins ne constitue pas une mesure visant à le maîtriser. Aux termes de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, avant d'administrer un traitement, il faut obtenir le consentement éclairé du résident ou, si celui-ci est incapable de le donner, de son mandataire spécial.

Tous les cas où des résidents sont maîtrisés en leur administrant un médicament pour s'acquitter du devoir de common law (article 137 du Règlement) doivent faire l'objet d'un examen dans le cadre de l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments visée à l'article 115 du Règlement.

L'évaluation annuelle du système de gestion des médicaments doit comprendre un examen des évaluations trimestrielles effectuées l'année précédente, conformément à 116 du Règlement.

Partie II Absences

A. Aperçu

Les articles 138 à 143 du Règlement énoncent les types d'absences permises pour les résidents et leur durée. Ces articles énoncent aussi les exigences auxquelles doit se conformer un titulaire de permis d'un foyer avant que le résident ne quitte le foyer pour une absence, pendant son absence et après son retour au foyer.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune

C. Exigences du Règlement

Article 138 – Absences

L'article 138 du Règlement énonce les motifs pour lesquels un résident en séjour de courte durée ou en séjour de longue durée peut s'absenter et la durée de son absence, ainsi que les exigences auxquelles doit se conformer le titulaire de permis du foyer de soins de longue durée avant que le résident quitte pour une absence et après son retour au foyer. Les types d'absences et leur durée sont :

Absences pour les résidents en séjour de longue durée et les résidents admis au programme de séjour de courte durée en lit provisoire

Catégorie d'absence	Durée maximale de l'absence
Absences médicales	30 jours
Absences psychiatriques	60 jours
Absences pour vacances	21 jours au cours d'une année civile (c.-à-d. du 1 ^{er} janvier au 31 décembre)
Absences occasionnelles	48 heures au cours d'une semaine (c.-à-d. entre minuit le samedi et minuit le samedi suivant)

Absences dans le cadre du programme de convalescence et du programme de relève pour les résidents en séjour de courte durée

Catégorie d'absence	Durée maximale de l'absence
Absences médicales	14 jours
Absences psychiatriques	14 jours
Absences occasionnelles	48 heures au cours d'une semaine (c.-à-d. entre minuit le samedi et minuit le samedi suivant)

Les absences occasionnelles, médicales, psychiatriques et pour vacances sont définies à l'article 1 du Règlement.

Éléments essentiels à prendre en compte

Les absences médicales et psychiatriques sont autorisées afin de recevoir des soins ou une évaluation. Il n'est pas nécessaire que le résident soit admis à un hôpital ou un autre établissement pour recevoir ces soins.

Le foyer ne doit pas prolonger la durée de l'absence médicale ou psychiatrique sauf dans les circonstances décrites aux paragraphes 146 (5) et 146 (6) du Règlement concernant le congé. Les résidents en séjour de longue durée qui reçoivent leur congé parce qu'ils ont dépassé la durée maximale d'absence médicale ou psychiatrique auront la priorité sur la liste d'attente (dans la catégorie «réadmission») s'ils présentent une demande de réadmission au foyer.

L'utilisation des jours d'absences psychiatriques ou médicales ne réduit pas le nombre de jours disponibles pour des vacances ou des absences occasionnelles.

Si un résident souhaite s'absenter pour une «longue fin de semaine», il peut prendre deux absences occasionnelles une à la suite de l'autre (c.-à-d. vendredi/samedi d'une semaine et dimanche/lundi de l'autre semaine). Les résidents en séjour de longue durée peuvent aussi prolonger une absence occasionnelle en y jumelant une absence pour vacances s'ils ne les ont pas toutes utilisées.

Les résidents en séjour de courte durée dans le cadre du programme de convalescence ou de relève ne peuvent pas s'absenter pour des vacances.

Lien principal

Pour en savoir plus sur le programme de séjour de courte durée en lit provisoire, voir l'article 143 et les articles 189 à 197 du Règlement.

Un résident en séjour de longue durée qui revient d'une absence doit se voir offrir la même catégorie d'hébergement, la même chambre et le même lit qu'avant son absence à moins que ses besoins aient changé de sorte qu'un autre lit ou une autre chambre est nécessaire.

Les résidents en séjour de courte durée dans le cadre du programme de convalescence ou de relève ne peuvent se voir offrir la même catégorie d'hébergement qu'avant leur absence que s'ils reviennent au foyer avant la fin de la période pour laquelle ils ont été admis au foyer.

Avant qu'un résident ne parte pour une absence médicale ou psychiatrique, le médecin ou l'IA cat. spéc. qui traite le résident doit autoriser l'absence par écrit (sauf dans les situations d'urgence). Le titulaire de permis doit donner un préavis de l'absence au mandataire spécial du résident et à toute autre personne qui désigne le résident ou son mandataire au moins 24 heures avant que le résident ne parte du foyer ou dès que possible si les circonstances ne permettent pas un préavis de 24 heures. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit partager les renseignements concernant le régime posologique du résident, ses allergies connues, les diagnostics et les exigences en matière de soins avec les fournisseurs de soins de santé qui participent aux soins durant l'absence.

Article 139 – Résidents absents

Lorsqu'un résident s'absente du foyer, le titulaire de permis n'est pas responsable de fournir les soins et traitements requis en vertu des articles du Règlement.

Article 140 – Consignation des absences

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit consigner chaque absence d'un résident.

Élément essentiel à prendre en compte

Un endroit approprié pour consigner les absences est le dossier du résident.

Article 141 – Titulaire de permis : obligation de demeurer en contact

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit demeurer en contact avec un résident qui est parti pour une absence médicale ou psychiatrique ou avec son fournisseur de soins de santé afin de déterminer le moment de son retour au foyer. Le titulaire de permis doit demeurer en contact avec un résident qui s'absente pour des vacances afin de déterminer le moment de son retour au foyer.

Article 142 – Soins pendant une absence

Avant qu'un résident en séjour de longue durée du foyer ou un résident en séjour de courte durée en lit provisoire ne parte pour une absence occasionnelle ou une absence pour vacances et avant qu'un résident en séjour de courte durée dans le cadre du programme de convalescence ou de relève ne parte pour une absence occasionnelle, un médecin ou un ou une IA cat. spéc. qui traite le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé du foyer doit donner des instructions écrites concernant les soins à administrer au résident pendant son absence.

Un membre du personnel du titulaire de permis doit communiquer **tous** les renseignements suivants au résident ou à son mandataire spécial :

- la nécessité de prendre les mesures raisonnables pour que le résident reçoive pendant son absence les soins qui doivent lui être administrés;
- le fait que le titulaire de permis n'est pas responsable des soins et de la sécurité du résident pendant son absence;
- le fait que l'entière responsabilité des soins, de la sécurité et du bien-être du résident pendant son absence revient au résident ou à son mandataire spécial;
- la nécessité d'aviser l'administrateur du foyer si le résident est admis à l'hôpital pendant son absence ou si la date de son retour change.

Article 143 – Résident en séjour de courte durée en lit provisoire, résident en séjour de longue durée

Un résident visé par le programme de séjour de courte durée en lit provisoire est considéré comme un résident en séjour de longue durée pour l'application de l'article 138 (absences), du paragraphe 141 (2) (titulaire de permis : obligation de demeurer en contact) et de l'article 142 (soins pendant une absence) du Règlement.

Partie II Mises en congé

A. Aperçu

Les articles 144 à 151 du Règlement énoncent les exigences et les restrictions relatives à la mise en congé des résidents d'un foyer.

B. Exigences de la LFSLD

Aucune.

C. Exigences du Règlement

Article 144 – Restriction : mise en congé

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ne peut pas donner son congé du foyer à un résident, sauf si le règlement le permet ou l'exige.

Article 145 – Conditions de mise en congé par le titulaire de permis

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée peut (sans toutefois y être obligé) donner son congé à un résident lorsque :

- le résident se trouve au foyer et le titulaire de permis est informé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le médecin ou l'IA cat. spéc. qui traite le résident, après consultation avec les membres de l'équipe interdisciplinaire qui lui fournit des soins, que les besoins du résident en matière de soins ont changé et que, en conséquence, le foyer ne peut pas fournir un environnement suffisamment sûr pour assurer la sécurité du résident ou celle de personnes qui entrent en contact avec lui;
- le résident est absent du foyer et le titulaire de permis est informé par le médecin ou l'IA cat. spéc. qui traite le résident que les besoins du résident en matière de soins ont changé et que, en conséquence, le foyer ne peut pas fournir un environnement suffisamment sûr pour assurer la sécurité du résident ou celle de personnes qui entrent en contact avec lui
- le résident décide de quitter le foyer et signe une demande de mise en congé;
- le résident quitte le foyer et informe l'administrateur du foyer qu'il n'y retournera pas;
- le résident est absent du foyer pendant plus de sept jours et il n'a pas informé l'administrateur du foyer de l'endroit où il se trouve, et ce dernier est incapable de trouver le résident;
- dans le cas d'un résident en séjour de longue durée ou d'un résident en séjour de courte durée en lit provisoire, la durée totale de ses absences occasionnelles entre minuit un samedi donné et minuit le samedi suivant dépasse 48 heures et il ne lui reste plus de jours d'absence pour vacances durant l'année civile;

- dans le cas d'un résident en séjour de courte durée dans le cadre du programme de convalescence ou de relève, la durée totale de ses absences occasionnelles entre minuit un samedi donné et minuit le samedi suivant dépasse 48 heures.

Article 146 – Moment de la mise en congé par le titulaire de permis

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit donner son congé du foyer à un résident en séjour de courte durée à la fin de la période pour laquelle il y a été admis, à moins que celui-ci ne soit admis au programme de séjour de courte durée en lit provisoire et que le coordonnateur des placements du CASC n'ait autorisé une prolongation de son admission. Le titulaire de permis ne doit pas donner son congé à un résident admis au programme de séjour de courte durée en lit provisoire sans d'abord s'informer auprès du coordonnateur des placements si celui-ci a l'intention d'autoriser une prolongation.

Lien principal

Voir l'article 196 du Règlement concernant le rôle du coordinateur des placements du CASC relativement à la prolongation du séjour du résident en lit provisoire et les conditions pour autoriser la prolongation.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit donner son congé à un résident en séjour de courte durée admis dans le cadre du programme de convalescence ou de relève si le résident est parti pour une absence médicale ou psychiatrique qui dépasse 14 jours, si le résident est parti pour une absence pour vacances ou si le foyer de soins de longue durée est en voie d'être fermé. Toutefois, le titulaire de permis ne doit pas donner son congé à un résident si celui-ci est parti pour une absence médicale ou psychiatrique et qu'il n'est pas en mesure de retourner au foyer en raison d'une situation d'urgence survenue au foyer, d'une épidémie, ou si le titulaire de permis a été avisé par le résident, son mandataire spécial ou toute autre personne que le résident ne peut retourner au foyer en raison d'une situation d'urgence ou d'un fléau de la nature survenu dans la collectivité qui empêche son retour immédiat.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit donner son congé à un résident en séjour de longue durée ou à un résident admis au programme de séjour de courte durée en lit provisoire si le résident est parti pour une absence médicale qui dépasse 30 jours, une absence psychiatrique qui dépasse 60 jours ou si le foyer est en voie d'être fermé. Toutefois, le titulaire de permis ne doit pas donner son congé à un résident si celui-ci est parti pour une absence médicale ou psychiatrique et qu'il n'est pas en mesure de retourner au foyer en raison d'une situation d'urgence survenue au foyer, d'une épidémie, ou si le titulaire de permis a été avisé par le résident, son mandataire spécial ou toute autre personne que le résident ne peut retourner au foyer en raison d'une

situation d'urgence ou d'un fléau de la nature survenu dans la collectivité qui empêche son retour immédiat.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit donner son congé à un résident en séjour de longue durée ou à un résident admis au programme de séjour de courte durée en lit provisoire si la durée totale des absences pour vacances du résident au cours de l'année civile dépasse 21 jours. Toutefois, le titulaire de permis ne doit pas donner son congé à un résident si celui-ci n'est pas en mesure de retourner au foyer en raison d'une situation d'urgence survenue au foyer, d'une épidémie, ou si le titulaire de permis a été avisé par le résident, son mandataire spécial ou toute autre personne que le résident ne peut retourner au foyer en raison d'une situation d'urgence ou d'un fléau de la nature survenu dans la collectivité qui empêche son retour immédiat.

Élément essentiel à prendre en compte

Voir l'article 138 du Règlement pour plus de renseignements au sujet de la durée autorisée des absences.

Une situation d'urgence qui survient au foyer pourrait être, par exemple, un incendie ou une inondation. Les situations d'urgence dans la collectivité peuvent inclure les tornades, les inondations, le verglas, ou un déraillement de train qui transportait des déchets dangereux.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit donner son congé d'une unité spécialisée à un résident si la réévaluation interdisciplinaire exigée en vertu de l'article 204 du Règlement indique que le résident n'a plus besoin et ne tire plus avantage de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens qui y sont fournis et que d'autres arrangements ont été pris pour le résident.

Liens principaux

Voir l'article 204 du Règlement pour connaître les exigences en matière de réévaluation relatives aux résidents des unités spécialisées.

Le directeur doit désigner une unité spécialisée. Voir les articles 198 à 206 du Règlement.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit donner son congé à un résident dès qu'il en apprend le décès et le résident est réputé avoir reçu son congé à la date de son décès.

Article 147 – Mise en congé : fermeture de lits

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée peut donner son congé à un résident dont le lit est fermé s'il n'est pas possible de le transférer à un autre lit au foyer. Toutefois, dans ces circonstances, le titulaire de permis ne doit pas donner son congé au résident si, selon le cas :

- le préavis de la fermeture du lit exigé aux termes de l'article 306 du Règlement n'a pas été donné au résident;
- le résident a reçu un préavis de moins de 16 jours concernant la fermeture du lit parce que le directeur a convenu d'un délai de préavis plus court ou de la dispense du préavis conformément à l'article 306 du Règlement;
- l'article 307 du Règlement s'appliquait au moment où le résident a été transféré au lit, mais le titulaire de permis n'a pas respecté les exigences de cet article.

Lien principal

Voir les articles 306 et 307 du Règlement pour plus de renseignements sur les exigences relatives au préavis qui s'appliquent à la fermeture d'un lit.

Voir les articles 308 à 313 du Règlement pour connaître les exigences relatives au préavis et les autres exigences qui s'appliquent lorsque le foyer de soins de longue durée est en voie d'être fermé.

Article 148 – Exigences : mise en congé d'un résident

Sauf dans le cas d'une mise en congé résultant du décès d'un résident, un avis de mise en congé doit être donné au résident, à son mandataire spécial et à toute autre personne que l'un ou l'autre indique, le plus tôt possible. Si les circonstances ne permettent pas la remise de l'avis avant la mise en congé, ce dernier doit être remis le plus tôt possible par la suite.

Avant de donner son congé à un résident parce que le foyer ne peut plus lui fournir un environnement suffisamment sûr pour assurer la sécurité du résident ou celle de personnes qui entrent en contact avec lui, le foyer doit faire **tout** ce qui suit :

- il s'assure que des solutions de rechange à la mise en congé ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié;
- en collaboration avec le coordonnateur des placements du CASC compétent et d'autres organismes de services de santé, il doit prendre d'autres arrangements pour fournir l'hébergement, les soins et l'environnement sûr dont le résident a besoin;

- il veille à ce que le résident et son mandataire spécial, ainsi que toute personne que l'un ou l'autre désigne soient tenus au courant, à ce qu'ils aient la possibilité de participer à la planification de la mise en congé et à ce que les désirs du résident soient pris en considération;
- il remet au résident et à son mandataire spécial, ainsi qu'à toute personne que l'un ou l'autre désigne un avis écrit donnant une explication détaillée des faits à l'appui de sa décision, tels qu'ils se rapportent à la fois au foyer et à l'état du résident et ses besoins en matière de soins, qui justifie la décision du titulaire de permis de donner son congé au résident.

Si un résident obtient son congé parce qu'il a demandé son congé, a informé l'administrateur qu'il ne retournera pas au foyer ou si un résident en séjour de longue durée dépasse la durée totale du nombre d'absences occasionnelles et qu'il ne lui reste plus de jours d'absences pour vacances, le titulaire de permis doit offrir au résident de l'aider à planifier sa mise en congé en trouvant un hébergement, des organismes de services de santé et d'autres ressources communautaires de rechange, et entrer en contact avec les organismes de services de santé et autres ressources communautaires compétents ou renvoyer le résident à de tels organismes et ressources.

Article 149 – Responsabilité du coordonnateur des placements

Si le résident le désire, le coordonnateur des placements du CASC doit l'aider à organiser un hébergement, des soins ou des services de rechange pour le résident qui obtient son congé parce que le foyer ne peut plus lui fournir un environnement suffisamment sûr pour assurer la sécurité du résident ou celle de personnes qui entrent en contact avec lui ou pour le résident d'une unité spécialisée qui obtient son congé parce qu'il n'a plus besoin ou ne tire plus avantage des soins de l'unité spécialisée.

Article 150 – Titulaire de permis : obligation d'aider à trouver des solutions de rechange

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit offrir d'entrer en contact avec le coordonnateur des placements du CASC compétent afin qu'il fournisse des renseignements, au sujet des solutions de rechange à la vie dans un tel foyer, à tout résident dont l'état s'est amélioré à tel point qu'il n'a plus besoin des soins et des services offerts par le foyer, comme l'indique le programme de soins du résident.

Élément essentiel à prendre en compte

Un résident n'est pas obligé d'accepter que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prenne contact avec le coordonnateur des placements du CASC et il ne doit pas subir de pressions pour accepter une telle offre. Un résident dont l'état s'est amélioré ne peut être forcé à quitter le foyer et il ne doit pas avoir l'impression qu'il est obligé de le faire. Certains résidents qui n'ont plus besoin de soins peuvent se sentir intimidés à l'idée de recevoir leur congé, par exemple, un résident qui a vendu sa maison et n'a plus d'endroit où retourner. D'autres résidents peuvent bien accueillir leur mise en congé et pourraient avoir besoin d'aide du coordonnateur des placements du CASC et d'autres organismes pour ce faire.

Article 151 – Disposition transitoire : absences et mises en congé découlant d'absences

Cet article énonce les règles transitoires qui s'appliquent aux résidents qui ont quitté pour des absences avant le 1^{er} juillet 2010.

Partie IV Conseils – Conseil des résidents

A. Aperçu

Les articles 56 à 58 et 61 à 68 de la LFSLD énoncent les exigences relatives aux conseils des résidents.

B. Exigences de la LFSLD

Article 56 – Conseil des résidents

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit constituer un conseil des résidents. Seuls les résidents du foyer de soins de longue durée peuvent être membres du conseil des résidents.

Article 57 - Pouvoirs du conseil des résidents

Le conseil des résidents d'un foyer de soins de longue durée est habilité à faire **tout** ce qui suit :

- informer les résidents sur les droits et obligations que leur confère ou impose la LFSLD;
- informer les résidents sur les droits et obligations que la LFSLD et toute entente relative au foyer confèrent ou imposent au titulaire de permis;
- tenter de régler les différends opposant le titulaire de permis et les résidents;
- parrainer et planifier des activités pour les résidents;
- collaborer avec les groupes communautaires et les bénévoles en ce qui concerne les activités prévues pour les résidents;
- informer le titulaire de permis de tout sujet de préoccupation qu'a le conseil ou de toute recommandation qu'il fait concernant l'exploitation du foyer;
- donner des conseils et faire des recommandations au titulaire de permis concernant les mesures que les résidents aimeraient voir prises pour améliorer les soins ou la qualité de vie au foyer;
- faire part au directeur de tout sujet de préoccupation et de toute recommandation qui, selon le conseil, devraient être portés à son attention;
- examiner ce qui suit :
 - les rapports et les résumés d'inspection reçus aux termes de l'article 149 de la LFSLD;
 - l'affectation détaillée, par le titulaire de permis, du financement octroyé aux termes de la LFSLD et de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et des sommes payées par les résidents;
 - les états financiers relatifs au foyer déposés auprès du directeur aux termes du Règlement ou fournis à un réseau local d'intégration des services de santé;
 - l'exploitation du foyer.

Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations concernant l'exploitation du foyer ou de sujets de préoccupation ou de recommandations portés à l'attention du directeur, le titulaire de permis doit lui répondre par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé.

Définition

L'expression « affectation détaillée » s'entend du rapport de rapprochement pour une année civile donnée qui est présenté au ministre en application de l'alinéa 243 (1) a) du Règlement et au RLSS de la zone géographique où est situé le foyer de soins de longue durée et qu'exigent les règlements pris en application de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, ainsi que le rapport du vérificateur sur ce rapport de rapprochement (article 211 du Règlement).

Article 58 – Adjoint au conseil des résidents

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit nommer au conseil des résidents un adjoint que ce conseil juge acceptable pour l'aider. Dans l'exercice de ses fonctions, l'adjoint au conseil des résidents reçoit ses instructions du conseil des résidents et relève de ce dernier et il respecte la confidentialité des renseignements lorsque la demande lui en est faite.

C. Exigences du Règlement

Aucune.

Partie IV Conseils – Conseil des familles

A. Aperçu

Les articles 59 à 68 de la LFSLD énoncent les exigences relatives aux conseils des familles.

B. Exigences de la LFSDL

Article 59 – Conseil des familles

Chaque foyer de soins de longue durée peut se doter d'un conseil des familles. En l'absence de conseil des familles, un membre de la famille d'un résident ou une personne d'importance pour un résident peut demander la constitution d'un conseil des familles.

Si le titulaire de permis d'un foyer reçoit une telle demande, il doit aider à la constitution d'un conseil des familles au plus tard 30 jours après avoir reçu une demande en ce sens. Il doit aussi aviser le directeur dans les 30 jours qui suivent la constitution d'un conseil des familles.

Les membres de la famille d'un résident ou les personnes qui ont de l'importance pour un tel résident ont le droit d'être membres du conseil des familles d'un foyer de soins de longue durée. Toutefois, en dépit de ce droit, les personnes suivantes ne peuvent pas être membres d'un conseil des familles :

- le titulaire de permis et quiconque participe à la gestion du foyer de soins de longue durée pour son compte;
- les dirigeants ou administrateurs du titulaire de permis ou d'une personne morale qui gère le foyer de soins de longue durée pour le compte du titulaire de permis ou, dans le cas d'un foyer approuvé aux termes de la partie VIII de la LFSLD, les membres du comité de gestion du foyer ou du conseil de gestion du foyer;
- les personnes qui détiennent des intérêts majoritaires dans le titulaire de permis;
- l'administrateur du foyer;
- tout autre membre du personnel;
- les personnes qui sont employées par le MSSLD ou qui ont des liens contractuels avec le ministre ou la Couronne en ce qui concerne des questions relevant du ministre et qui, lorsqu'ils exercent leurs responsabilités, traitent de questions portant sur les foyers de soins de longue durée.

En l'absence de conseil des familles, le titulaire de permis doit informer sur une base continue les membres de la famille des résidents et les personnes qui ont de l'importance pour ces derniers de leur droit de constituer un conseil des familles et doit convoquer des réunions semestrielles pour informer ces personnes de leur droit de constituer un conseil des familles.

Éléments essentiels à prendre en compte

Pour être membre d'un conseil des familles, une personne doit être membre de la famille d'un résident ou une personne d'importance pour ce dernier. Une personne ne peut plus être membre du conseil des familles après le décès ou le transfert du résident, à moins qu'elle ne soit une personne d'importance pour un autre résident du foyer de soins de longue durée.

Une « personne d'importance » peut inclure un ami ou un proche.

Article 60 – Pouvoirs du conseil des familles

Le conseil des familles d'un foyer de soins de longue durée est habilité à faire **tout** ce qui suit :

- donner de l'aide, des renseignements et des conseils aux résidents, aux membres de leur famille et aux personnes qui ont de l'importance pour eux, y compris lorsque de nouveaux résidents sont admis au foyer;
- informer les résidents, les membres de leur famille et les personnes qui ont de l'importance pour eux sur les droits et obligations que leur confère ou impose la LFSLD;
- informer les résidents, les membres de leur famille et les personnes qui ont de l'importance pour eux sur les droits et obligations que la LFSLD et toute entente relative au foyer confèrent ou imposent au titulaire de permis;
- tenter de régler les différends opposant le titulaire de permis et les résidents;
- parrainer et planifier des activités pour les résidents;
- collaborer avec les groupes communautaires et les bénévoles en ce qui concerne les activités prévues pour les résidents;
- examiner ce qui suit :
 - les rapports et les résumés d'inspection reçus aux termes de l'article 149 de la LFSLD;
 - l'affectation détaillée, par le titulaire de permis, du financement octroyé aux termes de la LFSLD et de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et des sommes payées par les résidents;
 - les états financiers relatifs au foyer déposés auprès du directeur aux termes du Règlement et auprès du RLISS;
 - l'exploitation du foyer de soins de longue durée;
- informer le titulaire de permis de tout sujet de préoccupation qu'a le conseil ou de toute recommandation qu'il fait concernant l'exploitation du foyer;
- faire part au directeur de tout sujet de préoccupation et de toute recommandation qui, selon le conseil, devraient être portés à son attention.

Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations concernant l'exploitation du foyer, le titulaire de permis doit lui répondre par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. Il doit également répondre au conseil des familles au plus tard 10 jours après que celui-ci ait porté à son attention toute question qui le préoccupe.

Définition

L'expression « affectation détaillée » s'entend du rapport de rapprochement pour une année civile donnée qui est présenté au ministre en application de l'alinéa 243 (1) a) du Règlement et au RLISS de la zone géographique où est situé le foyer de soins de longue durée et qu'exigent les règlements pris en application de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, ainsi que le rapport du vérificateur sur ce rapport de rapprochement (article 211 du Règlement).

Article 61 – Adjoint au conseil des familles

Si le conseil des familles en fait la demande, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit nommer au conseil des familles un adjoint que ce conseil juge acceptable pour l'aider. Dans l'exercice de ses fonctions, l'adjoint au conseil des familles reçoit ses instructions du conseil des familles et relève de ce dernier et il respecte la confidentialité des renseignements lorsque la demande lui en est faite.

C. Exigences du Règlement

Aucune.

Partie IV Conseils – Dispositions générales

A. Aperçu

Les articles 62 à 68 de la LFSLD énoncent d'autres exigences qui s'appliquent aux conseils des résidents et aux conseils des familles.

B. Exigences de la LFSLD

Article 62 – Obligation du titulaire de permis de collaborer avec les conseils

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit collaborer avec le conseil des résidents, le conseil des familles, l'adjoint au conseil des résidents et l'adjoint au conseil des familles.

Article 63 – Obligation du titulaire de permis de rencontrer le conseil

Le titulaire de permis doit rencontrer le conseil des résidents ou le conseil des familles s'il est invité à le faire.

Article 64 – Présence aux réunions – titulaires de permis, personnel, etc.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ne peut assister à une réunion du conseil des résidents ou du conseil des familles que s'il y est invité et il doit veiller à ce que le personnel, y compris l'administrateur, et les autres personnes qui participent à la gestion du foyer n'assistent à une réunion de l'un ou l'autre conseil que s'ils y sont invités.

Article 65 – Non-ingérence de la part du titulaire de permis

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ne doit pas s'ingérer dans les réunions ou le fonctionnement du conseil des résidents ou du conseil des familles, il ne doit pas empêcher un membre du conseil des résidents ou du conseil des familles d'entrer dans le foyer pour assister à une réunion du conseil ou pour s'acquitter de ses fonctions de membre du conseil ni gêner ou entraver d'une autre façon un tel membre dans l'exercice de ses fonctions. Il ne doit pas non plus empêcher un adjoint au conseil des résidents ou un adjoint au conseil des familles d'entrer dans le foyer pour s'acquitter de ses fonctions ni gêner ou entraver d'une autre façon un tel adjoint dans l'exercice de ses fonctions.

Le titulaire de permis doit aussi veiller à ce qu'aucun membre du personnel, y compris l'administrateur du foyer ou une autre personne qui participe à la gestion ou de l'exploitation du foyer, fasse quoi que ce soit qui est interdit au titulaire de permis aux termes du présent article.

Article 66 – Immunité – membres des conseils, adjoints aux conseils

Sont irrecevables les actions ou autres instances introduites contre les membres du conseil des résidents ou du conseil des familles ou contre l'adjoint à l'un ou l'autre conseil pour tout acte qu'ils ont accompli ou omis d'accomplir de bonne foi à titre de membre ou d'adjoint.

Article 67 – Obligation du titulaire de permis de consulter les conseils

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles. Cette consultation doit avoir lieu tous les trois mois au moins.

C. Exigences du Règlement

Aucune.