



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

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

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

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

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

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

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

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

## **Copie destinée au public**

---

<b>Date du rapport :</b>	<b>N° d'inspection</b>	<b>N° de registre :</b>	<b>Type d'inspection</b>
30 novembre 2018	2018_617148_0036	029473-17- 016354-18, 016828-18, 022371-18	Système de rapport d'incidents critiques

---

### **Titulaire de permis**

Chartwell Master Care LP  
100, rue Milverton, bureau 700, MISSISSAUGA, ON L5R 4H1

---

### **Foyer de soins de longue durée**

Établissement de soins durée Chartwell Lancaster  
105, chemin Military Nord, C.P. 429, LANCASTER, ON K0C 1N0

---

### **Nom de l'inspectrice**

AMANDA NIXON (148)

---

## **Résumé de l'inspection**



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

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

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

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

**Il s'agissait d'une inspection effectuée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.**

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 19, 20, 21 et 23 novembre 2018.**

**Cette inspection comprenait quatre rapports d'incident critique (RIC) : trois concernant la fugue de deux personnes résidentes identifiées (registres n° 016354-18/RIC n° 2680-000006-18, registre 016828-18/RIC n° 2680-000005, et registre n° 022371-18/RIC n° 2680-000008-18); et un registre relatif à l'administration d'un traitement de cinq personnes résidentes de façon inappropriée ou incompétente.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur/DSI, directrice adjointe ou directeur adjoint des soins infirmiers, membres du personnel infirmier autorisé, personnes préposées aux services de soutien à la personne, et personnes résidentes.**

**L'inspectrice a observé l'environnement des soins aux personnes résidentes, y compris la sécurité des portes donnant sur l'extérieur, elle a observé les soins aux personnes résidentes, les interactions entre personnes résidentes et entre le personnel et les personnes résidentes. En outre, l'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de personnes résidentes déterminées, et les rapports internes d'incidents concernant les incidents critiques déterminés.**

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :  
Services de soutien personnel  
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles  
Foyer sûr et sécuritaire**

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

**2 AE  
2 PRV  
0 OC  
0 RD  
0 OTA**



## NON-RESPECT DES EXIGENCES

### Définitions

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

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

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

**Par. 6. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences. 2007, chap. 8, par. 6 (2).**

**Constatations :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que fût adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour la personne résidente.

Le programme de soins pour la personne résidente 001 concernant les comportements réactifs indique que la personne résidente est sujette à l'errance, et aux agressions physiques et verbales; on indiquait que ses comportements augmentaient à un certain moment de la journée. Un examen du rapport d'incident critique soumis au directeur, en plus des entretiens avec le personnel, indiquait que l'on doit fournir à la personne résidente un niveau accru de surveillance à un moment précis de la journée. On avait déterminé qu'au cours d'une certaine période, lors d'un jour déterminé, la personne résidente manifestait un comportement réactif et l'on n'avait pas fourni le niveau accru de surveillance.

Lors d'un échange de vues, l'administratrice ou l'administrateur du foyer a indiqué que l'on avait déterminé que la personne résidente nécessitait un niveau de surveillance décrit, et que ses comportements réactifs réagissaient bien à cette intervention. Depuis l'incident au cours duquel la personne résidente avait manifesté un comportement réactif, on avait révisé les directives au personnel concernant la mise en œuvre de la surveillance.

Au moment de l'incident déterminé et au moment de cette inspection, la fourniture de la surveillance prévue pour la personne résidente 001 ne figurait pas dans le programme de soins. (Registre n° 022371-18)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins fût fondé sur une évaluation de la personne résidente et de ses besoins et préférences.

L'administratrice ou l'administrateur du foyer a soumis au directeur deux rapports d'incident critique indiquant qu'à deux dates distinctes la personne résidente 002 avait quitté le foyer dans que les membres du personnel soient au courant. On avait mis à jour le programme de soins de la personne résidente après le deuxième incident, afin d'inclure le risque de fugue de celle-ci.

Le rapport d'incident critique et l'enquête du foyer sur les incidents mentionnaient que la personne résidente était connue pour chercher à sortir et qu'on l'avait vue quitter le bâtiment à deux reprises avant le premier incident que l'on avait signalé. Le dossier médical comportait une note d'évolution et la mention de l'utilisation d'un médicament en indiquant que la personne résidente cherchait à sortir; chacune de ces mentions était antérieure à la date du premier incident ayant fait l'objet d'un rapport.

L'examen des programmes de soins archivés prouvait qu'avant le premier incident signalé, le programme de soins de la personne résidente ne comportait pas le risque que la personne cherchait à sortir ou fasse une fugue.



***Autres mesures requises :***

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le programme de soins écrit de chaque personne résidente établit les soins prévus pour la personne résidente. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9. Portes**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

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

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

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

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

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

**Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2).**

**2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2).**



3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2).

#### **Constatations :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les personnes résidentes de sortir, fussent gardées fermées et verrouillées.

À une certaine date, l'administratrice ou l'administrateur du foyer a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant un incident de personne résidente portée disparue. Le rapport mentionnait que l'on avait trouvé la personne résidente 001 à l'extérieur du bâtiment; on l'avait ramenée au foyer sans aucune blessure. L'enquête du foyer concernant l'incident avait découvert qu'une porte donnant sur l'extérieur du foyer n'était pas verrouillée. Un panneau de désengagement de la porte à proximité de cette même porte avait été enclenché dégageant ainsi le mécanisme de verrouillage de la porte.

À une certaine date, une porte donnant sur l'extérieur du foyer n'a pas été verrouillée, pendant un laps de temps indéterminé.  
(Registre n° 022371-18)

#### **Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer soient gardées fermées et verrouillées. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***



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

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

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

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

---

**Émis le 6 décembre 2018.**

**Signature de l'inspectrice**

**Rapport original signé par l'inspectrice.**