

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

**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection des FSLD**

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 du rapport public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
7 février 2020	2020_683126_0002	023635-19	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Genesis Gardens inc.
1003, chemin Limoges Sud, Limoges ON K0A 2M0

Foyer de soins de longue durée

Foyer St-Viateur Nursing Home
1003, chemin Limoges Sud, Limoges ON K0A 2M0

Nom de l'inspectrice

LINDA HARKINS (126)

Résumé de l'inspection

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

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 5 février 2020.

Au cours de cette inspection, les éléments suivants ont été inspectés : registre n° 023635-19 concernant un incident qui a occasionné à une personne résidente une blessure pour laquelle elle a été transportée à un hôpital, et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une personne résidente.

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :
Prévention des chutes**

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à la personne résidente 001, relativement à la surveillance pendant l'élimination, tel que le précisait le programme.

La personne résidente 001 a été admise au foyer en 2018. Selon le programme de soins, la personne résidente 001 nécessitait une surveillance constante pendant qu'elle éliminait, et l'on ne devait pas la laisser sans surveillance.

D'après un rapport d'incident critique de 2019, la personne résidente 001 était assise sur la toilette de la salle de bain et de douche et la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) 102 l'avait brièvement laissée sans surveillance pendant l'élimination. La personne résidente avait tenté de se transférer de la toilette au fauteuil roulant et était tombée sur le sol. La chute avait provoqué une fracture.

Le 5 février 2020, la PSSP 102 a indiqué qu'elle savait que la personne résidente 001 nécessitait une surveillance constante et qu'elle n'aurait pas dû être laissée sans surveillance. La PSSP 102 a indiqué qu'elle était sortie de la salle de bain et de douche parce qu'elle avait oublié le produit pour incontinence de la personne résidente. La PSSP 102 a indiqué que, quand elle était revenue dans la salle de bain et de douche, elle avait remarqué que la personne résidente 001 était tombée sur le sol.

Le 5 février 2020, l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé 103 a indiqué qu'on l'avait immédiatement avisé(e) de la chute quand on avait trouvé la personne résidente sur le sol. On avait évalué la personne résidente et on l'avait transférée dans le lit de sa chambre. La personne résidente 001 se plaignait d'une douleur à la jambe et on l'avait transférée à l'hôpital. L'IAA 103 a indiqué que la PSSP 102 avait été franche en l'informant que la personne résidente avait été laissée sans surveillance ce qui avait causé la chute.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins concernant l'élimination fussent fournis à la personne résidente 001, ce qui a provoqué une chute qui a causé une fracture. [Paragraphe 6. (7)]

Autres mesures requises :

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

Émis le 7 février 2020.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.