

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 8 juillet 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1410-0003

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Steeves & Rozema Enterprises Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Andrew's Terrace Long  
Term Care Community, Cambridge

**Inspectrice principale**  
Brittany Nielsen (705769)

**Signature numérique de l'inspectrice**  
Brittany  
Nielsen

Digitally signed by Brittany  
Nielsen  
Date: 2024.07.10 09:56:07  
+04'00'

**Autres inspectrices / autres inspecteurs**

Sarah Doepel (000858)  
Bhavin Mistry (000863)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 14 et du 18 au 20 juin 2024

L'inspection concernait :

- Registre n° 00114463 – en lien avec des allégations de négligence envers une personne résidente de la part du personnel;
- Registre n° 00114907 – plainte concernant une fracture subie par une personne résidente et des allégations d'un transfert effectué de façon inappropriée par le personnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Soins liés à l'incontinence
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de la sous-disposition 1 i du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (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 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 fermés et verrouillés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte en bas de l'escalier près de l'entrée principale soit gardée fermée et verrouillée en tout temps.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

**Justification et résumé**

Les 12 et 19 juin 2024, la porte en bas de l'escalier près de l'entrée principale avait été laissée déverrouillée et sans surveillance, permettant à quiconque d'accéder à l'escalier.

Le personnel a dit que la porte aurait dû être gardée fermée et verrouillée en tout temps.

Le 19 juin 2024, le personnel a réparé la porte pour qu'elle puisse être fermée correctement. Après cela, la porte s'est refermée automatiquement après le passage de l'inspectrice.

Le défaut de veiller à ce que la porte soit gardée fermée et verrouillée en tout temps a mis les personnes résidentes en danger, car elles avaient accès à l'escalier.

**Sources** : Observations de la porte et entretiens avec le personnel.

**Date de mise en œuvre de la mesure corrective** : 19 juin 2024  
[705769]

**AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4 Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit avisé au plus tard un

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**

609, rue Kumpf, bureau 105  
Waterloo ON N2V 1K8  
Téléphone : 888 432-7901

jour ouvrable après un incident qui a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une chute dont personne n'a été témoin. Le médecin a évalué la personne résidente et a demandé des radiographies pour exclure une fracture causée par une chute, et la personne résidente a été transportée à l'hôpital en raison d'une fracture confirmée.

L'évaluation de la mobilité et des transferts de la personne résidente a été effectuée en raison d'un changement significatif de son état.

Le personnel a reconnu que le foyer n'avait pas soumis de rapport d'incident critique.

Puisque le foyer n'a pas informé le directeur de l'incident, ce dernier n'a pas été en mesure d'intervenir rapidement.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

[000858]