

Ordre(s) du directeur

prévu(s) par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O., chap. 8

	Licensee Copy/Copie de la ou du titulaire <input type="checkbox"/> Public Copy/Copie du public <input checked="" type="checkbox"/>
Nom de la directrice :	Karen Simpson
Type d'ordre :	<input type="checkbox"/> Ordre de modifier un permis ou de l'assortir de conditions, article 104 <input type="checkbox"/> Ordre de rénover un foyer municipal, article 135 <input checked="" type="checkbox"/> X, Ordres de conformité, article 153 <input type="checkbox"/> Ordre relatif à des travaux et des activités, article 154 <input type="checkbox"/> Ordre de remboursement, article 155 <input type="checkbox"/> Ordre de gestion obligatoire, article 156 <input type="checkbox"/> Ordre de révocation de permis, article 157 <input type="checkbox"/> Ordre relatif à un gestionnaire intérimaire, article 157
N° du rapport de l'inspection initiale (le cas échéant) :	
N° de l'inspection initiale :	
Titulaire de permis :	Ville d'Ottawa Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée 200, chemin Island Lodge Ottawa ON K1N 5M2

Foyer de SLD :	<p>Carleton Lodge 55, chemin Lodge, R.R. n° 2 Ottawa ON K2C 3H1</p> <p>Centre d'accueil Champlain 275, rue Perrier Ottawa ON K1L 5C8</p> <p>Centre Garry J. Armstrong 200, chemin Island Lodge Ottawa ON K1N 5M2</p> <p>Centre Peter D. Clark 9, Place Meridian, Ottawa ON K2P 6P8</p>
-----------------------	--

Nom de l'administratrice ou de l'administrateur :	<p>Lise Girard, administratrice, Carleton Lodge; Jacqueline Roy, administratrice, Centre d'accueil Champlain; Tony Sponza, administrateur intérimaire, Centre Garry J. Armstrong; Ted Cohen, administrateur, Centre Peter D. Clark.</p>
--	---

Contexte :	<p>Le 13 juillet 2017 dans le cadre de l'inspection 2017_620126_0004, un renvoi de la question au directeur a été effectué conformément au paragraphe 4 de l'article 152 de la <i>Loi sur les foyers de soins de longue durée</i> (LFSLD). Le renvoi de la question au directeur a été effectué après que l'inspectrice/l'inspecteur eût émis un deuxième ordre consécutif à la Ville d'Ottawa relativement au Centre Garry J. Armstrong en vertu du paragraphe 19 (1) de la LFSLD. C'est la quatrième fois depuis 2015 que l'on a constaté que la Ville d'Ottawa ne se conformait pas à l'article 19 de la LFSLD. Dans le cadre du renvoi de la question au directeur, le directeur a examiné l'étendue et la gravité des non-respects mentionnés dans l'inspection 2017_620126_0004, et les antécédents de conformité de la ou du titulaire de permis dans tout foyer, et a déterminé qu'il était nécessaire d'émettre le présent ordre.</p>
-------------------	--

Ordre :

n° 001 – Ville d’Ottawa

À l’intention de la Ville d’Ottawa, vous êtes tenue par les présentes de vous conformer à l’ordre ou aux ordres suivants d’ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Aux termes du :

par. 19 (1) de la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis d’un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu’ils ne fassent l’objet d’aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Ordre :

- 1) Rédiger, soumettre et mettre en œuvre les plans suivants dans les foyers municipaux agréés de la Ville d’Ottawa suivants : Garry J. Armstrong, Peter D. Clark, et Centre d’accueil Champlain où l’on a trouvé des non-respects relativement aux paragraphes 19 (1) et 6 (7) de la LFSLD.
 - a) Un plan pour veiller à la supervision adéquate et pertinente du personnel non réglementé par du personnel infirmier autorisé selon les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires de l’Ordre des infirmières et infirmiers (jointes au présent ordre).
 - b) Un plan pour veiller à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes le fasse en conformité avec leur programme de soins.
 - c) Un plan visant à identifier des stratégies spécifiques pour prendre adéquatement soin des personnes de divers milieux culturels qui sont atteintes de démence.
 - d) Un plan pour fournir au personnel une formation en personne sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence, l’obligation de faire rapport, et la politique de la ou du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes.

- e) Un plan à soumettre à l'issue des réunions et assemblées publiques que la Ville d'Ottawa a programmées pour identifier les possibilités d'améliorer les soins et les services aux personnes résidentes et prévenir les abus et la négligence à leur égard. Ce plan identifiera les stratégies spécifiques qui seront mises en œuvre par la Ville d'Ottawa dans ses trois foyers municipaux agréés et susmentionnés.
- 2) Tous les plans susmentionnés doivent comporter des calendriers de mise en œuvre de tous les produits livrables, et indiquer qui sera responsable de leur mise en place.
- 3) Tous les plans identifieront le processus et les indicateurs qui serviront à évaluer les résultats découlant de la mise en œuvre des stratégies déterminées, notamment l'évaluation des connaissances du personnel et leur application dans les secteurs clés identifiés.

Tous les plans doivent être soumis à Karen Simpson, directrice, par télécopieur au 613 569-9670 ou par messagerie au 347, rue Preston, bureau 420, Ottawa, Ontario, K1S 3J4, le 15 septembre 2017 au plus tard.

En plus de ce qui précède, j'exige que la ou le titulaire de permis effectue une évaluation des risques à Carleton Lodge pour déterminer si une partie ou la totalité de la formation et des stratégies mises en œuvre par elle ou lui dans les autres foyers de soins de longue durée municipaux devraient aussi l'être au foyer de soins de longue durée de Carleton Lodge. Toute formation ou stratégie définie comme étant bénéfique pour le personnel et les personnes résidentes du foyer de soins de longue durée de Carleton Lodge doit également être identifiée dans les plans à soumettre au directeur.

Motifs :

Cet ordre est nécessaire compte tenu d'une part de l'étendue et de la gravité des non-conformités identifiées dans les inspections 2017_620126_0004 et 2017_584161_0007 décrites ci-dessous, et d'autre part des antécédents de la ou du titulaire de permis en matière de conformité dans tout foyer, antécédents également mentionnés ci-dessous. Le présent ordre est émis pour veiller à ce que la ou le titulaire de permis remédie au non-respect grave et continu mentionné ci-dessous en prenant les mesures définies par le directeur dans le présent ordre, en plus des mesures définies par les inspectrices ou les inspecteurs dans les ordres de conformité émis à la suite des inspections n^{os} 2017_620126_0004 et 2017_584161_0007. Cet ordre du directeur est émis pour les trois foyers de soins de longue durée exploités par la ou le titulaire de permis et pour lesquels on a constaté des non-respects des paragraphes 19 (1) et 6 (7), et compte tenu des antécédents de conformité de la ou du titulaire de permis dans tout foyer relativement aux deux exigences de la loi identifiées ci-dessous.

Dans les deux récentes inspections exposées en détail ci-dessous des ordres ont été émis dans les deux cas pour les deux paragraphes 19 (1) et 6 (7) à l'encontre de la ou du titulaire de permis qui omet de protéger les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence, ainsi que pour avoir omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis aux personnes résidentes tel que le précise le programme.

L'ordre du directeur est émis pour veiller à ce qui suit :

- la ou le titulaire de permis révise ses processus actuels et sa dotation en effectifs en place pour superviser les PSSP et veiller à ce qu'ils et elles fournissent les soins comme l'exige le programme de soins;
- il y a une supervision adéquate de tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes pour veiller à ce qu'elles ne fassent pas l'objet de négligence ou de mauvais traitements;
- une formation en personne est fournie pour assurer que le personnel comprend ses obligations de veiller à ce que les personnes résidentes soient protégées contre les mauvais traitements et la négligence et de veiller à faire rapport des mauvais traitements et de la négligence;
- le personnel est formé pour utiliser des stratégies spécifiques pour prendre adéquatement soin des personnes de diverses origines qui sont atteintes de démence;
- un plan est élaboré à la suite des réunions et assemblées publiques que la ou le titulaire de permis a l'intention d'organiser pour identifier les possibilités et les stratégies susceptibles d'être mises en œuvre concernant la prestation des soins et la prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes résidentes.

Une preuve précise attestant de la non-conformité identifiée et sur laquelle se fonde le directeur figure dans les deux rapports d'inspection mentionnés ci-dessous ainsi que dans d'autres inspections figurant dans la liste des antécédents de conformité décrits ci-dessous dans le présent ordre.

- **Le 13 juillet 2017** : Une inspection relative à un incident critique et à une plainte a été effectuée au Centre Garry J. Armstrong. Le 13 juillet 2017, le rapport de l'inspection n° 2017_620126_0004 et l'ordre de conformité n° 002 ont été signifiés à la ou au titulaire de permis. L'ordre de conformité (OC n° 002) a été émis relativement au paragraphe 19 (1) de l'article 19 de la LFSLD - Obligation de protéger relativement à des mauvais traitements d'ordre physique et d'ordre affectif. La date limite pour se conformer à l'ordre est le 21 septembre 2017. Un ordre de conformité (OC n° 001) a été émis en même temps et concernait le paragraphe 6 (7) de la LFSLD - Programme de soins, avec une date limite de conformité au 21 septembre 2017. Également, un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis relativement au paragraphe 20 (1) de la LFSLD - Politique visant à promouvoir la tolérance zéro.

- **Le 21 juin 2017** : Une inspection n° 2017_584161_0007 relative à une plainte a été effectuée au Centre Garry J. Armstrong. Le rapport d'inspection et l'ordre de conformité n° 001 ont été signifiés à la ou au titulaire de permis le 21 juin 2017. L'ordre de conformité (OC n° 001) a été émis relativement au paragraphe 19 (1) de l'article 19 de la LFSLD - Obligation de protéger relativement à de la négligence. La date limite pour se conformer à l'ordre est le 21 septembre 2017. Un ordre de conformité (OC n° 002) a été émis en même temps et concernait le paragraphe 6 (7) de la LFSLD - Programme de soins, avec une date limite de conformité au 21 septembre 2017. De même, un plan de redressement volontaire (PRV) avait été émis relativement aux paragraphes 20 (1) et (2) de la LFSLD - Politique visant à promouvoir la tolérance zéro, et un avis écrit (AE) avait été émis relativement au paragraphe 24 (1) de la LFSLD - Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas.

Antécédents de conformité : Inspections précédentes au Centre Garry J. Armstrong, où l'on avait émis des ordres relativement aux paragraphes 19 (1) et 6 (7) :

Paragraphe 19 (1) :

- **Le 2 juin 2016** : Une inspection relative à la qualité des services aux personnes résidentes a été effectuée au Centre Garry J. Armstrong. Le rapport d'inspection et l'ordre de conformité n° 001 ont été signifiés au titulaire de permis le 2 juin 2016. L'ordre de conformité (OC n° 001) a été émis relativement au paragraphe 19 (1) de l'article 19 de la LFSLD - Obligation de protéger relativement à des mauvais traitements. La date limite pour se conformer à l'ordre était le 11 juin 2016, et a été modifiée au 26 août 2016. Également, des plans de redressement volontaire (PRV) avaient été émis relativement au paragraphe 20 (1) de la LFSLD - Politique visant à promouvoir la tolérance zéro, et au paragraphe 24 (1) de la LFSLD - Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas. Une inspection de suivi a été effectuée les 13 et 14 septembre 2016. Aucun non-respect de l'ordre de conformité n'avait été constaté à ce moment-là.
- **Le 7 avril 2015** : Une inspection relative à un incident critique a été effectuée au Centre Garry J. Armstrong. Le rapport d'inspection et l'ordre de conformité OC n° 001 ont été signifiés à la ou au titulaire de permis le 30 juin 2015. L'ordre de conformité (OC n° 001) avait été émis relativement au paragraphe 19 (1) de la LFSLD - Obligation de protéger relativement à des mauvais traitements. La date limite pour se conformer à l'ordre était le 30 juin 2015. En même temps, des avis écrits (AE) avaient été émis relativement au paragraphe 20 (1) de la LFSLD - Politique visant à promouvoir la tolérance zéro et au paragraphe 24 (1) de la LFSLD - Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas. Une inspection de suivi avait été effectuée le 10 décembre 2015, et aucun non-respect de l'ordre de conformité n'avait été constaté à ce moment-là.

Paragraphe 6 (7) :

- 12 septembre 2016 - AE - par. 6 (7) - inspection relative à une plainte n° 2016-286547-0024
- 6 juillet 2016 - AE - par. 6 (7) - inspection relative à un incident critique n° 2016-285126-0012
- 5 juillet 2016 - AE - par. 6 (7) - inspection relative à une plainte n° 2016-285126-0012
- 26 avril 2016 - AE - par. 6 (7) - inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2016-200148-0011
- 4 janvier 2016 - PRV - par. 6 (7) - inspection relative à un incident critique n° 2016-287548-0002
- 12 mai 2015 - PRV - par. 6 (7) – inspection relative à un incident critique n° 2015-362138-0017
- 9 janvier 2015 - PRV - par. 6 (7) - inspection relative à un incident critique n° 2015-86547-0002

Antécédents de conformité dans les autres foyers de soins de longue durée dont ce titulaire de permis est le propriétaire-exploitant :

Peter D. Clark

- 21 janvier 2017 - PRV - par. 6 (7) - inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2017-584161-0004
- 9 décembre 2016 - PRV - par. 6 (7) - inspection relative à une plainte n° 2016-582548-0031
- 22 septembre 2016 - PRV - par. 6 (7) – inspection relative à un incident critique n° 2016-384161-0043
- 11 août 2016 - AE - par. 6 (7) - inspection relative à une plainte n° 2016-384161-0037
- 14 juin 2016 - PRV - par. 6 (7) - inspection relative à une plainte n° 2016-219211-0013
- 16 mai 2016 - AE - par. 6 (7) - inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2016-284545-0013
- 24 juin 2015 - AE - par. 6 (7) - inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2015-384161-0011

Aucun non-respect n'a été constaté relativement au par. 19 (1) au cours des trois dernières années.

Centre d'accueil Champlain

- 30 juin 2017 - PRV - par. 6 (7) - inspection relative à un incident critique n° 2017-618211-0010
- 11 octobre 2016 - PRV - par. 6 (7) - inspection relative à un incident critique n° 2016-289550-0037
- 19 juillet 2016 - PRV - par. 6 (7) - inspection relative à un incident critique n° 2016-284545-0020
- 24 août 2015 - PRV - par. 6 (7) - inspection de la qualité des services aux personnes résidentes n° 2015-381592-0021

- Un non-respect a été constaté relativement à l'article 19 le 23 décembre 2016 à la suite d'une inspection relative à un incident critique n° 2016-219211-0021. Une inspection de suivi a été effectuée le 8 mars 2017, et aucun non-respect de l'ordre de conformité n'a été constaté à ce moment-là.

Carleton Lodge

Aucun non-respect n'a été constaté relativement aux par. 6 (7) ou 19 (1) au cours des trois dernières années.

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

1^{er} décembre 2017



Ministry of Health and Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Division des foyers de soins de longue durée
Inspection des FSLD

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

Conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, la ou le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de cet ordre ou de ces ordres devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). Si la ou le titulaire de permis décide de demander une audience il ou elle doit, dans les 28 jours qui suivent la signification de cet ordre, envoyer par la poste ou livrer un avis d'appel écrit à la :

Commission d'appel et de révision des services de santé et au :

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest

9^e étage

Toronto ON M5S 2T5

Directeur

a/s du commis aux appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage, bureau 1100

Toronto ON M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission en consultant son site Web au www.hsarb.on.ca.

Émis le 19 juillet 2017.	
Signature de la directrice :	
Nom de la directrice :	Karen Simpson, directrice, Inspection des FSLD

Date de la version : 15/02/2017