



**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 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 destinée au public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
15 novembre 2019	2019_818502_0025	017469-19, 019061-19, 019126-19, 019856-19, 020223-19	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Centre d'accueil Roger Séguin
435, rue Lemay, Clarence Creek, ON K0A 1N0

Foyer de soins de longue durée

Centre d'accueil Roger Séguin
435, rue Lemay, Clarence Creek, ON K0A 1N0

Nom de l'inspectrice

JULIENNE NGONLOGA (502)

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 : 29, 30 et 31 octobre, et 1^{er} novembre 2019.

Au cours de cette inspection, les rapports suivants du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) ont été inspectés :

- RIC n° C516-000013-19 (017469-19) concernant une chute,**
- RIC n° C516-000016-19 (registre n° 019126-19), RIC n° C516-000015-19 (registre n° 019061-19), et RIC n° C516-000018-19 (registre n° 020223-19) concernant des mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel,**
- RIC n° C516-000017-19 (registre n° 019856-19) concernant un décès inattendu.**

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et personnes résidentes.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice a observé les soins aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes; elle a eu des entretiens avec le personnel et a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, les horaires du personnel, les notes d'enquête du titulaire de permis, ainsi que des politiques et marches à suivre pertinentes.

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

Dignité, choix et respect de la vie privée

Prévention des chutes

Hospitalisation et changement de l'état pathologique

Recours minimal à la contention

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Formation et orientation

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

4 AE
2 PRV
1 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. 30. Protection contre certains cas de contention

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 30. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

- 1. Maîtrisé, de quelque façon que ce soit, pour faciliter la tâche au titulaire de permis ou au personnel. 2007, chap. 8, par. 30 (1).**
- 2. Maîtrisé, de quelque façon que ce soit, à titre de mesure disciplinaire. 2007, chap. 8, par. 30 (1).**
- 3. Maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique, si ce n'est conformément à l'article 31 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36. 2007, chap. 8, par. 30 (1).**
- 4. Maîtrisé 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. 2007, chap. 8, par. 30 (1)**

5. Maîtrisé, 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 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36. 2007, chap. 8, par. 30 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'à une date déterminée, la personne résidente 003 ne fût pas maîtrisée pour faciliter la tâche à la PSSP 103.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) concernant des mauvais traitements de la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) 103 envers la personne résidente 003.

Un examen du rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, on avait remarqué que la personne résidente 003 avait une certaine lésion.

Un examen de l'évaluation trimestrielle du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation du *Resident Assessment Instrument* (RAI-MDS) du foyer indiquait que l'on avait évalué que la personne résidente 003 était atteinte d'une déficience cognitive grave avec un certain diagnostic.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente indiquait qu'elle nécessitait des soins déterminés. Un examen plus approfondi du programme de soins révélait que la personne résidente 003 affichait des comportements déterminés pendant les soins, et l'on avait mis en œuvre des interventions particulières.

Lors d'un entretien, la PSSP 107 a indiqué qu'il était prévu que deux PSSP travaillent pendant le poste de nuit le jour de l'incident, ces PSSP s'occupaient des personnes résidentes d'un côté de l'unité et la PSSP 103 s'occupait des personnes résidentes de l'autre côté de l'unité. Vers la fin de leur poste de travail, elles ont remarqué une lésion particulière sur la main de la PSSP 103 qu'elle n'avait pas au début de leur poste de travail. La PSSP 107 s'est enquis de la lésion, et la PSSP 103 lui a dit que la personne résidente 003 avait affiché un comportement particulier.

Lors d'un entretien, la PSSP 103 a indiqué qu'elle était affectée à la personne résidente 003 au moment de l'incident. La PSSP a indiqué que la personne résidente affichait parfois un certain comportement et qu'elle nécessitait l'assistance de deux membres du personnel pour des soins déterminés. La PSSP a indiqué qu'elle utilisait les draps de lit de la personne résidente pour l'immobiliser et pour se protéger contre son comportement, parce qu'un autre membre du personnel n'était pas disponible pour fournir de l'aide. La PSSP 103 a indiqué s'être fait mal en marchant, ce qui s'était traduit par une lésion, mais a refusé de dire à la PSSP 107 que la personne résidente 003 affichait un certain comportement à son égard.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué que le personnel était censé fournir des soins à la personne résidente en équipe de deux, un membre du personnel tient les mains de la personne résidente pendant que l'autre fournit les soins. La ou le DSI a indiqué que la personne résidente 003 n'avait pas fait l'objet d'une évaluation pour un type de contention, et que l'on n'avait pas le consentement de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial (MS) de la personne résidente pour immobiliser celle-ci, par conséquent, le membre du personnel n'aurait pas dû immobiliser la personne résidente pour assurer la sécurité pendant les soins, il aurait dû appeler afin d'avoir de l'assistance pour fournir les soins. [Alinéa 30. (1) 1.]

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

AE n° 2 : 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. 3. Déclaration des droits des résidents

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

2. Le résident a le droit d'être protégé contre les mauvais traitements. 2007, chap. 8, par. 3 (1).

Par. 3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

3. Le résident a le droit de ne pas faire l'objet de négligence de la part du titulaire de permis ou du personnel. 2007, chap. 8, par. 3 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente 006 d'être protégée contre les mauvais traitements.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique à une date déterminée concernant des mauvais traitements de la PSSP 107 envers la personne résidente 006.

Un examen du rapport d'incident critique indiquait que la PSSP 103 avait dit à l'administratrice ou à l'administrateur qu'à une date et à une heure déterminées elle changeait le produit pour incontinence de la personne résidente 006 avec l'aide de la PSSP 107. La personne résidente 006 affichait ses comportements réactifs particuliers pendant les soins. La PSSP 103 a déclaré avoir observé la PSSP 107 prendre une débarbouillette humide, la mettre dans la bouche de la personne résidente et ne l'enlever que lorsque la PSSP 103 l'a regardée. La personne résidente 006 a continué d'afficher son comportement particulier et, pour la deuxième fois, la PSSP 107 a pris une petite débarbouillette et l'a mise dans la bouche de la personne résidente pour faire cesser le comportement qu'elle affichait.

Un examen du programme de soins actuel de la personne résidente 006 mentionnait son comportement réactif particulier et décrivait certaines interventions.

Lors d'un entretien, la PSSP 103 a confirmé l'exposé des faits susmentionné que l'administratrice ou l'administrateur a mentionné dans le rapport d'incident critique. La PSSP 103 a déclaré ne pas avoir signalé l'incident immédiatement, car dans le passé la direction n'avait pas pris de mesures lorsque l'on avait signalé des incidents similaires.

Lors d'un entretien, la PSSP 107 a déclaré utiliser la literie de la personne résidente pour tenter de faire diminuer son comportement réactif particulier pendant les soins et pour l'empêcher de réveiller les autres personnes résidentes. Elle a nié mettre une débarbouillette dans la bouche de la personne résidente 006.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué que les agissements de la PSSP 107 n'étaient pas acceptables, car elle semblait avoir un comportement violent envers la personne résidente 006.

Bien que la PSSP 107 fut au courant d'une part du comportement réactif particulier de la personne résidente 006 pendant les soins, et d'autre part des interventions en place, elle utilisait la literie de la personne résidente pour faire cesser son comportement. La PSSP 103 n'était pas intervenue, n'avait pas fait cesser les agissements de la PSSP 107 ou ne les avait pas signalés immédiatement, on n'avait donc pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente d'être protégée contre les mauvais traitements. [Alinéa 3. (1) 2.]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect du droit de la personne résidente 007 de ne pas faire l'objet de négligence de la part du titulaire de permis ou du personnel.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant des mauvais traitements.

Un examen du rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, on avait remarqué l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) 104 assis(e) au poste infirmier. On avait observé que la personne résidente 007 cherchait à attirer l'attention de l'IA. À chaque fois, l'IA ne regardait pas la personne résidente, ne prenait pas acte de sa présence, et l'ignorait. Par conséquent, la personne résidente affichait un certain comportement.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 007 mentionnait ses signes de détresse particuliers. Le programme de soins mentionne des stratégies déterminées pour faire diminuer le comportement réactif.

L'IA 104 n'était pas disponible pour un entretien. En conséquence, la déclaration faite pendant l'enquête sur le foyer a été prise en considération. L'IA a indiqué avoir répondu aux questions de la personne résidente, mais elles n'avaient pas cessé.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué que l'infirmière ou l'infirmier responsable, l'IA 104, avait eu des incidents précédents relatifs à l'absence de surveillance de la personne résidente. La ou le DSI a reconnu que l'IA 104 n'avait pas respecté le droit de la personne résidente de ne pas faire l'objet de négligence en n'appliquant pas les stratégies mentionnées dans le programme de soins. [Paragraphe 3. (1).

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 veiller au plein respect et à la promotion :

- des droits des personnes résidentes d'être protégées contre les mauvais traitements et de ne pas faire l'objet de négligence de la part du titulaire de permis ou du personnel. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 3 : 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. (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident. 2007, chap. 8, par. 6 (5).

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 offrir à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial (MS) de la personne résidente 002 et à toute personne désignée par la ou le MS de la personne résidente, la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) concernant un décès inattendu.

L'examen du rapport d'incident critique et des notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquaient qu'à une date et à une heures déterminées la personne résidente 001 s'était plainte d'un symptôme déterminé. Le même jour, le médecin traitant avait prescrit un certain traitement.

Le lendemain, le médecin traitant avait changé le traitement.

Deux jours plus tard, une PSSP avait signalé à l'infirmière ou à l'infirmier responsable que la personne résidente 001 n'était pas bien. L'infirmière ou l'infirmier responsable avait évalué la personne résidente et appelé les ambulanciers paramédicaux. À leur arrivée, ils avaient trouvé que la personne résidente n'avait plus de pouls et ne respirait plus. La directive préalable était troisième niveau, ce qui signifie transfert dans un hôpital sans réanimation cardiorespiratoire (RCR).

Un examen approfondi des notes d'évolution indiquait que l'on avait informé la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente du décès de celle-ci le même jour. La ou le MS a demandé pourquoi on ne l'avait pas avisé(e) plus tôt lorsque la personne résidente avait commencé à se sentir pas bien.

Lors d'un entretien, l'IA 102 a indiqué que l'on devait contacter la ou le MS quand il y a un changement dans une ordonnance de médecin ou quand le traitement change. Après examen des notes d'évolution, l'IA a indiqué que l'on n'avait pas avisé la ou le MS quand le traitement de la personne résidente avait changé à la date susmentionnée.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a déclaré que le foyer s'attendait à ce que le personnel infirmier autorisé contacte la ou le MS de la personne résidente après que le médecin avait fait un changement au traitement de celle-ci. La ou le DSI a reconnu que la ou le MS n'avait pas eu la possibilité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente 001. [Paragraphe 6. (5)]

2. 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 003, tel que le précise le programme.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant des mauvais traitements de la PSSP 103 envers la personne résidente 003.

Un examen du rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, on avait remarqué que la personne résidente 003 avait une lésion particulière.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 003 mentionnait que celle-ci affichait un comportement réactif particulier pendant les soins. Le programme de soins indiquait que deux à trois membres du personnel fournissent des soins à la personne résidente en tout temps.

Lors d'un entretien, la PSSP 107 a indiqué qu'il était prévu que deux PSSP travaillent lors d'un poste de travail déterminé le jour de l'incident. Ces PSSP s'occupent des personnes résidentes d'une partie de l'unité et la PSSP 103 s'occupe de la personne résidente dans l'autre partie de l'unité. La PSSP 107 a déclaré que la PSSP 103 n'avait pas demandé de l'aide pour les soins de la personne résidente 003 pendant le poste de travail.

Lors d'un entretien, la PSSP 103 a indiqué qu'elle avait été affectée à la personne résidente 003 ce jour-là et pendant ce poste de travail déterminé. La PSSP 103 a déclaré avoir fourni sans assistance les soins déterminés durant ce poste de travail, car la deuxième PSSP n'était pas disponible pour l'aider.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué que le personnel était censé fournir des soins à la personne résidente en équipe de deux, un membre du personnel tient les mains de la personne résidente pendant que l'autre fournit les soins. La ou le DSI a reconnu que la PSSP 103 n'avait pas fourni les soins tel que le précise le programme de soins quand elle n'avait pas demandé de l'assistance pour changer le produit pour incontinence de la personne résidente. [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, c.8, s.152(2) le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce que la personne résidente, sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, si elle en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : 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. 76. Formation

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 76. (7) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec ceux-ci, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

1. Le dépistage et la prévention des mauvais traitements. 2007, chap. 8, par. 76 (7).
2. Les questions de santé mentale, y compris les soins aux personnes atteintes de démence. 2007, chap. 8, par. 76 (7).
3. La gestion des comportements. 2007, chap. 8, par. 76 (7).
4. 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 présente loi et aux règlements. 2007, chap. 8, par. 76 (7).
5. Les soins palliatifs. 2007, chap. 8, par. 76 (7).
6. Les autres domaines que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 76 (7).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la PSSP 103 qui fournit des soins directs aux personnes résidentes reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec celles-ci, une formation dans les domaines suivants :
 1. Le dépistage et la prévention des mauvais traitements.
 2. Les questions de santé mentale, y compris les soins aux personnes atteintes de démence.
 3. La gestion des comportements.
 4. La façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes et, si la contention se révèle nécessaire, la façon de l'utiliser conformément à la présente loi et aux règlements

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant des mauvais traitements de la PSSP 103 envers la personne résidente 003.

Lors d'un entretien, la PSSP 103 a déclaré avoir repris le travail après une absence autorisée de deux ans et ne pas avoir reçu de formation dans les domaines susmentionnés.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué qu'il n'y avait pas de mention dans les dossiers de la compagnie Surge Learning inc. indiquant que la PSSP avait terminé une formation dans les domaines susmentionnés. La ou le DSI a également déclaré avoir travaillé dans le foyer pendant une période déterminée et ne pas être au courant si la PSSP avait reçu une formation à son retour au travail.

Au cours de cette inspection, on n'a pas fourni de dossiers pour indiquer que la PSSP 103 avait reçu une formation dans les domaines susmentionnés comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les personnes résidentes.
[Paragraphe 76. (7)]

Émis le 20 novembre 2019.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

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

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

Copie destinée au public

Nom de l'inspectrice (n°) : JULIENNE NGONLOGA (502)

N° de l'inspection : 2019_818502_0025

N°s de registre : 017469-19, 019061-19, 019126-19, 019856-19,
020223-19

Type d'inspection : Inspection dans le cadre du Système de rapport
d'incidents critiques

Date du rapport : 15 novembre 2019

Titulaire de permis : Centre d'accueil Roger Séguin
435, rue Lemay, Clarence Creek, ON K0A 1N0

Foyer de SLD : Centre d'accueil Roger Séguin
435, rue Lemay, Clarence Creek, ON K0A 1N0

Nom de l'administratrice :
Joanne Henrie

À l'intention du Centre d'accueil Roger Séguin, vous êtes tenu par les présentes de
vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées
ci-dessous :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

Ordre n° 001

Type d'ordre : Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

Aux termes de la :

LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 30. (1) le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

1. Maîtrisé, de quelque façon que ce soit, pour faciliter la tâche au titulaire de permis ou au personnel.
2. Maîtrisé, de quelque façon que ce soit, à titre de mesure disciplinaire.
3. Maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique, si ce n'est conformément à l'article 31 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36.
4. Maîtrisé 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.
5. Maîtrisé, 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 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 36. 2007, chap. 8, par. 30 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer à la disposition 30. (1)1 de la LFSLD 2007.

En particulier, le titulaire de permis doit veiller à ce que la personne résidente 003 et toute autre personne résidente au foyer ne soient maîtrisées de quelque façon que ce soit pour faciliter la tâche au personnel.

Motifs :

1 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'à une date déterminée, la personne résidente 003 ne fût pas maîtrisée pour faciliter la tâche à la PSSP 103.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) concernant des mauvais traitements de la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) 103 envers la personne résidente 003.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L. O. 2007, chap. 8

Un examen du rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, on avait remarqué que la personne résidente 003 avait une certaine lésion.

Un examen de l'évaluation trimestrielle du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation du *Resident Assessment Instrument* (RAI-MDS) du foyer indiquait que l'on avait évalué que la personne résidente 003 était atteinte d'une déficience cognitive grave avec un certain diagnostic.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente indiquait qu'elle nécessitait des soins déterminés. Un examen plus approfondi du programme de soins révélait que la personne résidente 003 affichait des comportements déterminés pendant les soins, et l'on avait mis en œuvre des interventions particulières.

Lors d'un entretien, la PSSP 107 a indiqué qu'il était prévu que deux PSSP travaillent pendant le poste de nuit le jour de l'incident, ces PSSP s'occupaient des personnes résidentes d'un côté de l'unité et la PSSP 103 s'occupait des personnes résidentes de l'autre côté de l'unité. Vers la fin de leur poste de travail, elles ont remarqué une lésion particulière sur la main de la PSSP 103 qu'elle n'avait pas au début de leur poste de travail. La PSSP 107 s'est enquis de la lésion, et la PSSP 103 lui a dit que la personne résidente 003 avait affiché un comportement particulier.

Lors d'un entretien, la PSSP 103 a indiqué qu'elle était affectée à la personne résidente 003 au moment de l'incident. La PSSP a indiqué que la personne résidente affichait parfois un certain comportement et qu'elle nécessitait l'assistance de deux membres du personnel pour des soins déterminés. La PSSP a indiqué qu'elle utilisait les draps de lit de la personne résidente pour l'immobiliser et pour se protéger contre son comportement, parce qu'un autre membre du personnel n'était pas disponible pour fournir de l'aide. La PSSP 103 a indiqué s'être fait mal en marchant, ce qui s'était traduit par une lésion, mais a refusé de dire à la PSSP 107 que la personne résidente 003 affichait un certain comportement à son égard.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L. O. 2007, chap. 8

Lors d'un entretien, la ou le DSI a indiqué que le personnel était censé fournir des soins à la personne résidente en équipe de deux, un membre du personnel tient les mains de la personne résidente pendant que l'autre fournit les soins. La ou le DSI a indiqué que la personne résidente 003 n'avait pas fait l'objet d'une évaluation pour un type de contention, et que l'on n'avait pas le consentement de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial (MS) de la personne résidente pour immobiliser celle-ci, par conséquent, le membre du personnel n'aurait pas dû immobiliser la personne résidente pour assurer la sécurité pendant les soins, il aurait dû appeler afin d'avoir de l'assistance pour fournir les soins.

Nous avons déterminé que la gravité de ce problème était de niveau 3, car il y avait un préjudice réel pour les personnes résidentes. L'étendue du préjudice était de niveau 1, car l'une des trois personnes résidentes dont nous avons examiné le cas a été affectée. Le foyer avait des antécédents de niveau 2, car il avait une non-conformité à une disposition différente de la LFSLD antérieure à celle-ci.

En raison de la gravité du problème, de l'étendue du préjudice et des antécédents, un ordre de conformité est justifié. (502).

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 29 novembre 2019

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX
APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*, L.
O. 2007, chap. 8

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la
registrator(e) Commission d'appel
et de révision des services de
santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 1S4

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 15 novembre 2019.

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Julienne NgoNloga

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa