

**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 :
11 mars 2020	2020_818502_0007	001822-20	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Chartwell Master Care LP
7070, rue Derry Crest, MISSISSAUGA, ON L5W 0G5

Foyer de soins de longue durée

Établissement de soins de longue durée Chartwell Lancaster
105, chemin Military Nord, C.P. 429 LANCASTER, ON K0C 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 : 5 et 6 mars 2020.

Au cours de cette inspection, un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) n° 2680-000002-20 (n° de registre 001822-20) concernant une allégation de mauvais traitements a été inspecté.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, infirmière autorisée ou infirmier autorisé (IA), infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et la personne résidente.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice a observé les soins à la personne résidente, les interactions entre le personnel et la personne résidente; elle a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente, les horaires du personnel, des politiques et des marches à suivre pertinentes.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection : Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

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

**1 AE
0 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. 20. Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite qui promeut la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée (MSLD) concernant une allégation de mauvais traitements d'un membre du personnel envers une personne résidente. Le rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 001 était incontinente et était assistée par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP). La personne résidente a signalé avoir subi des mauvais traitements d'ordre verbal de la part de la PSSP. La mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente a fait part de son inquiétude à l'infirmière autorisée ou à l'infirmier autorisé (IA) 103.

Un examen de la politique du foyer n° LTC-CA-WQ-100-05-02, intitulée *Abuse Allegations and Follow-Up* (allégations de mauvais traitements et suivi), révisée en juillet 2016, indiquait que tous les membres du personnel sont tenus, à titre d'élément de la structure de signalement interne du titulaire de permis pour veiller à la sécurité de tous, de faire immédiatement rapport à leur superviseure respectives ou à leur superviseur respectif ou bien à la personne responsable. Il incombe à l'administratrice ou à l'administrateur de veiller à ce que les exigences réglementaires en matière de rapport soient observées et respectées.

Lors de l'enquête du foyer, l'IA 103 a déclaré que la ou le MS de la personne résidente 001 était venu(e) lui mentionner l'allégation de mauvais traitements susmentionnée. L'IA n'avait pas documenté l'allégation de négligence dans le système de documentation du foyer PointClickCare (PCC) et n'en avait pas fait rapport à l'équipe de gestion.

Lors d'un entretien distinct, la PSSP 101 a indiqué qu'à une date déterminée elle avait trouvé la personne résidente 001 incontinente au lit. La personne résidente lui avait dit que le personnel du poste de travail précédent n'avait pas changé son produit pour incontinence au bout d'un certain temps, et qu'on lui avait dit d'attendre le personnel du prochain poste de travail pour avoir des soins. La PSSP a déclaré avoir fait rapport de l'allégation à l'infirmière ou à l'infirmier responsable.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur a indiqué que, lorsqu'on fait rapport d'une allégation de négligence ou de mauvais traitements à un membre du personnel, on s'attend à ce que ce dernier en fasse rapport à l'administratrice ou à l'administrateur qui en fera rapport au directeur aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. L'administratrice ou l'administrateur a déclaré que l'infirmière ou l'infirmier n'avait pas attiré son attention sur l'allégation. C'était la ou le MS de la personne résidente qui avait mis au courant l'administratrice ou l'administrateur 17 jours après l'incident allégué de mauvais traitements. [Paragraphe 20. (1)]

Émis le 16 mars 2020

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.