



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée**

**Rapport d'inspection sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

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

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

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

Public Copy/Copie du public

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre	Type of Inspection / Genre d'inspection
15 juillet 2016	2016_284545_0017	O-026399-15/ 015779-16	Incident critique

Licensee/Titulaire de permis

CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n°4) LP
766, chemin Hespeler, bureau 301 a/s Southbridge Care Homes Inc. CAMBRIDGE ON N3H 5L8

Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée

PINECREST NURSING HOME (2797)
101, RUE PARENT, C. P. 250, PLANTAGENET ON K0B 1L0

Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs

ANGELE ALBERT-RITCHIE (545)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Cette inspection a été effectuée dans le cadre d'un incident critique.

Elle a eu lieu aux dates suivantes : 16, et 21 juin 2016.

Les inspections d'incidents critiques pour les n° de registre : O-026399-15 et n° de registre : 015779-16, concernent deux incidents critiques, que le foyer a signalés en lien avec des allégations de violence physique envers des personnes résidentes perpétrée par d'autres personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice/directrice des soins, infirmière clinicienne, coordonnatrice du RAI, infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), préposé des services de soutien à la personne (PSSP) du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, des préposés aux soins personnels, des membres des familles et personnes résidentes.

L'inspectrice a également fait une visite des aires de soins aux personnes résidentes, a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes, examiné la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements; elle a observé les chambres et les locaux communs des personnes résidentes, observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, y compris les interactions entre les personnes résidentes et le personnel.

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

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

**3 AE
0 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA**



NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

Legend

WN – Written Notification
VPC – Voluntary Plan of Correction DR –
Director Referral
CO – Compliance Order WAO –
Work and Activity Order

Légende

AE – Avis écrit
PRV – Plan de redressement volontaire RD –
Aiguillage au directeur
OC – Ordre de conformité
OTA – Ordres : travaux et activités

Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).

The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.

Le non-respect des exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de l'expression « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2 (1) de la LFSLD.

Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, Programme de soins.



En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

- 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. c. 8, par. 6 (9).**
- 3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. c. 8, par. 6 (9).**

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit documentée la fourniture des soins, comme une surveillance toutes les 15 minutes, tel que prévu dans le programme de soins de la personne résidente n° 17.

À une date spécifiée de mai 2016, la personne résidente n° 017 a poussé la personne résidente n° 16, et on l'a observée en train de donner des coups de pied à cette personne pendant qu'elle gisait sur le sol devant la chambre de la personne résidente n° 17. La personne résidente n° 16 a subi une fracture à la hanche, a été envoyée à l'hôpital, a subi une intervention chirurgicale, et a été renvoyée au foyer sept jours plus tard.

Lors d'un examen du programme de soins écrit de la personne résidente n° 17 à une date spécifiée de mai 2016, on avait ordonné au personnel de procurer à la personne résidente de l'intimité et un environnement calme en gardant la porte de sa chambre fermée. On indiquait également que l'on avait installé sur la porte de la chambre de la personne résidente un dispositif de type alarme.

Dans une note d'évolution comportant une date spécifiée de juin 2016, l'infirmière autorisée des services gériatriques indiquait qu'à cause du fait qu'environ 10 personnes résidentes étaient sujettes à l'errance dans le foyer, il serait fortement recommandé de commencer d'effectuer une étroite surveillance toutes les 15 minutes de la personne résidente n° 17, et de poursuivre cette surveillance jusqu'à ce que la personne soit réévaluée par un psychogériatre deux semaines plus tard. Une note indiquait que s'il y avait une annulation à une date spécifiée de juin 2016, le psychogériatre pourrait être en mesure de venir plus tôt.

Selon le programme de soins révisé de la personne résidente, mis jour à la date de la visite de l'infirmière autorisée des services gériatriques, on avait documenté qu'une surveillance étroite toutes les 15 minutes avait commencé pendant tous les postes de travail afin de veiller à ce que les personnes résidentes sujettes à l'errance n'entrent pas dans la chambre de la personne résidente n° 17.

Lors d'un examen de la fiche de suivi de la surveillance du comportement, on indiquait ce qui suit : vérifier la personne résidente n° 17 toutes les 15 minutes pour prévenir des comportements agressifs. L'inspectrice a examiné les documents concernant la « vérification toutes les 15 minutes » et elle a remarqué que la surveillance n'était pas documentée aux dates et aux heures suivantes :

- à une date spécifiée de juin 2016 (de 17 h 15 à 17 h 45)
- à une date spécifiée de juin 2016 (de 0h 30 à 2 h 45)
- à quatre dates spécifiées de juin 2016 (poste de nuit)
- à deux dates spécifiées de juin 2016 (poste du soir)

Au cours d'une entrevue avec le PSSP du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, il indiquait que le psychogériatre réévaluerait la personne résidente à une date spécifiée de juin 2016. Il indiquait qu'une surveillance était requise toutes les 15 minutes jusqu'à ce que la personne soit réévaluée par le psychogériatre. En examinant la fiche de suivi de la surveillance du comportement, il a confirmé qu'il y avait plusieurs périodes au cours desquelles on n'avait pas documenté les événements; il a par la suite indiqué que la fiche de suivi avait été remplie pendant la fin de semaine et que le personnel n'avait pas rédigé les documents afférents. [n° de registre : 015779-16] [alinéa 6 (9) 1]

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 20 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.
Politique visant à promouvoir la tolérance zéro.**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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)

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

La politique actuelle du foyer en matière de mauvais traitements intitulée : politique d'Extendicaire visant à promouvoir la tolérance zéro : mauvais traitements envers les résidents, droits des résidents et engagement envers les résidents, onglet 2, RC-02-01-01, révisée en avril 2016, a été examinée par l'inspectrice. On avait documenté ce qui suit dans la section Signalement :

2. Tout membre du personnel ou toute personne qui découvre un incident de mauvais traitement ou de négligence, allégué soupçonné ou dont il ou elle a été témoin envers une personne résidente le signalera immédiatement à l'administrateur ou à l'administratrice ou à son remplaçant désigné, ou à la personne responsable de la production des rapports, ou si elle n'est pas disponible, à la superviseure ou au superviseur qui a le plus d'ancienneté et qui est de service à ce moment-là.
Nota : En Ontario, en plus de ce qui précède, quiconque a des soupçons ou est témoin de mauvais traitements, d'administration de façon incompétente de traitements ou de soins à une personne

Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007Rapport d'inspection sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée

résidente, de détournement de fonds (de la personne résidente ou de fonds fournis au titulaire de permis aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de longue durée* ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*), et/ou de négligence qui cause ou peut causer un préjudice à une personne résidente, est tenu de contacter le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (directrice ou directeur) dans le cadre de la protection des dénonciateurs contre les représailles. Annexe 1 et annexe 7, politique relative au signalement obligatoire des incidents critiques – particulière à la province.

3. La personne qui signale les soupçons de mauvais traitements se conformera aux exigences de signalement du foyer/de la province afin de veiller à ce que l'information soit fournie immédiatement à l'administratrice ou à l'administrateur du foyer ou à son remplaçant.

L'inspectrice n° 545 a examiné le rapport d'incident critique soumis au directeur aux termes de la *Loi de 2007 sur les foyers de longue durée* à une date spécifiée de septembre 2015 pour des soupçons de violence physique exercée par une personne résidente sur une autre personne résidente, événement qui s'était produit deux jours plus tôt, en septembre 2015. On mentionnait qu'un membre de la famille de la personne résidente n° 002 avait signalé à l'infirmière clinicienne à 10 heures lors d'une date spécifiée de septembre 2015 qu'une autre personne résidente était entrée dans la chambre de la personne résidente n° 002 un soir et l'avait giflée au visage; on avait observé une rougeur du côté gauche du cou de la personne résidente. D'après la note, la personne résidente n° 002 avait été en mesure d'identifier la personne qui l'avait agressée.

L'inspectrice a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 002. Dans une note d'évolution datée d'une date spécifiée de septembre 2015, on mentionnait que la personne résidente n° 002 avait signalé que la personne résidente n° 003 était dans sa chambre et l'avait giflée au visage. L'IAA n° 112 avait documenté que l'on avait offert du soutien à la personne résidente et qu'on lui avait dit que l'on prendrait des mesures pour réduire le risque.

Lors d'une entrevue avec l'administratrice et directrice des soins, celle-ci avait indiqué qu'elle était présente dans le foyer le jour où l'incident s'était produit, toutefois l'IAA n° 112 qui avait des motifs raisonnables de soupçonner que de la violence physique exercée par la personne résidente n° 003 sur la personne résidente n° 002 avait entraîné un préjudice ou un risque de préjudice, ne l'avait pas avisée. Il convient de remarquer que l'IAA n° 112 ne faisait plus partie du personnel du foyer au moment de l'inspection.

L'infirmière clinicienne a indiqué à l'inspectrice qu'elle était absente le jour où l'incident s'est produit et qu'elle avait été informée le lendemain, à son retour au foyer, de la violence physique exercée par la personne résidente n° 003 sur la personne résidente n° 002. Elle a ajouté qu'elle était incapable d'expliquer pourquoi elle n'avait pas immédiatement signalé la violence physique quand elle en avait été avertie, conformément à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements. O-026399-15] [par. 20 (1)]

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 97 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Notification : incidents**



En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 97 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient informés des résultats de l'enquête que le paragraphe 23 (1) de la Loi exige de mener, et ce, dès la fin de l'enquête. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (2).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne qui est mandataire spécial de la personne résidente n° 016 soit informée des résultats de l'enquête sur les soupçons de mauvais traitements ou de négligence immédiatement après la fin de l'enquête.

L'inspectrice a examiné le rapport d'incident critique soumis par le foyer à une date spécifiée de mai 2016 pour des soupçons de violence physique envers la personne résidente n° 016 par la personne résidente n° 017, violence qui a eu lieu à une date spécifiée de mai 2016. Selon ce rapport, on avait trouvé la personne résidente n° 016 sur le sol devant la porte de la chambre de la personne résidente n° 017 tandis que cette dernière donnait des coups de pied aux pieds de la personne résidente n° 016. La personne résidente n°016 a été envoyée à l'hôpital et l'on a diagnostiqué qu'elle avait une fracture à la hanche.

Dans une note d'évolution datant de sept jours après l'incident, on indiquait que la personne qui est mandataire spécial de la personne résidente n° 016 avait été informée du transfert de la personne résidente de l'hôpital pour revenir au foyer. Nous n'avons pas trouvé d'information concernant la communication de l'enquête à la personne qui est mandataire spécial.

Quand on lui a demandé si les résultats de l'enquête sur les soupçons de violence physique avaient été communiqués à la personne qui est mandataire spécial de la personne résidente n° 016 immédiatement après la fin de l'enquête, l'infirmière clinicienne a répondu qu'elle ne savait pas que c'était une exigence, et que par conséquent elle n'avait pas avisé la personne qui est mandataire spécial.

Le 21 juin 2016, l'administratrice et directrice de soins a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait eu des conversations avec la personne qui est mandataire spécial de la personne résidente n° 016 un certain temps après l'incident, mais qu'elle ne pouvait pas le valider, car l'on ne disposait pas de document à ce sujet. Elle a indiqué de plus qu'Extendicare avait fourni une formation en enquête la semaine passée, et que la documentation des enquêtes se ferait dès lors conformément aux dispositions législatives. [015779-16] [par. 97 (2)]

Émis le 19 juillet 2016

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.