



**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**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Copie destinée au public - Modification

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
22 janvier 2016	2015_264609_0059 (A1)	016215-15	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

ST. JOSEPH'S HEALTH CENTRE OF SUDBURY
1140 South Bay Road, SUDBURY ON P3E 0B6

Foyer de soins de longue durée

ST. GABRIEL'S VILLA OF SUDBURY
4690 Municipal Road 15, Chelmsford ON P0M 1L0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

CHAD CAMPS (609) - (A1)

Résumé de l'inspection



**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 prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

La date de conformité a été reportée au 29 février 2016.

Date de délivrance : 22 janvier 2016 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.



**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**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
22 janvier 2016	2015_264609_0059 (A1)	016215-15	Système de rapport d'incidents critiques
Titulaire de permis			
ST. JOSEPH'S HEALTH CENTRE OF SUDBURY 1140 South Bay Road, SUDBURY ON P3E 0B6			
Foyer de soins de longue durée			
ST.GABRIEL'S VILLA OF SUDBURY 4690 Municipal Road 15, Chelmsford ON P0M 1L0			
Inspecteur(s)/Inspectrice(s)			
CHAD CAMPS (609) - (A1)			
Résumé de l'inspection			



**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 prévu
par la Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée**

Cette inspection a été menée conformément au Système de rapport d'incidents critiques.

Cette inspection s'est tenue les 17, 18, 21 et 22 décembre 2015.

Elle fait suite à un rapport d'incident grave présenté au directeur et concernant des comportements réactifs.

Quatre autres inspections liées à des incidents graves ont également été menées conjointement pour des allégations de mauvais traitements.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, le directeur des soins, le directeur adjoint des soins, deux infirmières autorisées (IA), un travailleur social, deux préposés aux services de soutien personnel (PSSP) et un préposé à l'entretien ménager.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a également examiné les programmes de soins, les dossiers cliniques, les rapports d'enquêtes internes, des composants de dossiers de ressources humaines, les politiques et les marches à suivre du foyer, ainsi que les registres de formation.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :
comportements réactifs;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
rapports et plaintes.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

6 AE
4 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS

Définitions

AE	— Avis écrit
PRV	— Plan de redressement volontaire
OC	— Ordre de conformité
RD	— Renvoi de la question au directeur
OTA	— Ordres, travaux et activités

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect de la disposition 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 26 (Programme de soins).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

26. (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

5. Ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs identifiés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 26 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins pour les comportements réactifs soit fondé sur une évaluation disciplinaire du résident incluant ses comportements déclencheurs éventuels.

Un rapport d'incident grave indiquant qu'un résident identifié avait des comportements réactifs à l'endroit d'un autre résident a été présenté au directeur.

Un examen du dossier clinique du résident identifié a révélé de multiples épisodes de comportements réactifs envers le résident.

Un entretien avec des membres du personnel autorisé a révélé qu'ils savaient que la proximité des deux résidents était un déclencheur de leurs comportements réactifs.

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.**3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).****Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur une évaluation du résident et sur ses besoins.

Un rapport d'incident grave indiquant qu'un résident identifié avait des comportements réactifs ciblant un résident particulier a été présenté au directeur. Ce rapport indiquait que pour prévenir des incidents futurs, une intervention particulière s'imposait.

L'incident grave est survenu en après-midi, pourtant l'intervention définie dans le programme de soins devait être pratiquée la nuit seulement, pour protéger le résident indiqué.

Un entretien avec des membres du personnel autorisé a confirmé que, conformément aux exigences du foyer, il fallait adapter le programme de soins aux besoins du résident et que, dans le cas du résident identifié et de l'intervention visant à protéger le résident, et malgré l'obligation en place, cela n'avait pas été fait. [par. 6 (2)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fourniture des soins prévus dans le programme de soins soit documentée.

a) Un examen du programme de soins d'un résident a révélé qu'une intervention particulière devait être exécutée par le personnel.

Un entretien avec des membres du personnel autorisé a révélé que l'intervention avait lieu mais qu'elle n'était pas documentée parce qu'il n'y avait pas de tâche générée dans le dossier clinique pour permettre au personnel de documenter l'exécution de l'intervention.

Un examen du dossier clinique n'a révélé aucune documentation indiquant l'exécution de l'intervention par un membre du personnel.

b) Un examen du programme de soins d'un résident identifié a révélé qu'une intervention particulière devait être exécutée par le personnel.

Un examen du dossier clinique d'un résident identifié n'a révélé aucune documentation indiquant l'exécution de l'intervention par un membre du personnel.

Un entretien avec le directeur des soins a confirmé que, conformément aux exigences du foyer, il fallait documenter la fourniture des soins prévus dans le programme de soins et que, dans le cas des interventions citées et malgré l'obligation en place, cela n'avait pas été fait. [alinéa 6 (9) 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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins est fondé sur une évaluation du résident et de ses besoins et que la fourniture des soins prévus dans le programme de soins est documentée. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, celle-ci soit respectée.

Un rapport d'incident grave indiquant qu'un résident identifié avait des comportements réactifs à l'endroit d'un autre résident a été présenté au directeur.

Un second rapport d'incident grave présenté au directeur alléguait un mauvais traitement d'ordre physique à un résident de la part d'un membre du personnel.

Un examen de la politique du foyer intitulée « Tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence », mise à jour le 14 septembre 2015, indiquait que le personnel devait soumettre la victime alléguée à une évaluation de la tête au pied et documenter les constatations si un mauvais traitement d'ordre physique était allégué.

Un examen du dossier clinique de chacun des deux résidents allégués a révélé qu'aucune évaluation de la tête au pied n'avait été réalisée par le personnel à la suite des allégations de mauvais traitement d'ordre physique.

Un entretien avec le directeur des soins a confirmé que, selon les exigences du foyer, le personnel devait observer la politique « Tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence », puis procéder à

une évaluation de la tête aux pieds et documenter ses constatations, mais que l'omission des évaluations physiques de la tête aux pieds après les mauvais traitements allégués et en partie observés envers les deux résidents identifiés montrait que, malgré l'obligation en place, cela n'avait pas été fait. [alinéa 8 (1) b)]

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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence. Ce plan de redressement doit être mis en application 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. 24 (Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

24. (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un résident a subi ou peut subir un mauvais traitement de la part de qui que ce soit fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur quatre jours après que des allégations de mauvais traitements ont été portées à la connaissance du foyer.

Un entretien avec le directeur des soins a révélé que tous les incidents graves devaient être déclarés immédiatement par l'IA responsable à la direction du foyer pour la préparation des rapports utiles mais que cela n'avait pas été fait.

Un entretien avec le directeur des soins a confirmé que, selon les exigences du foyer, il fallait déclarer immédiatement au directeur le mauvais traitement d'un résident par qui que ce soit et que, dans le cas de l'incident grave et malgré l'obligation en place, cela n'avait pas été fait. [par. 24 (1)]

2. Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur deux jours et demi après que des allégations de mauvais traitements ont été portées à la connaissance du foyer.

Un entretien avec le directeur des soins a révélé que tous les incidents graves devaient être déclarés immédiatement par l'IA responsable à la direction du foyer pour la préparation des rapports utiles à l'intention du ministère mais que cela n'a pas été fait.

Un entretien avec le directeur des soins a confirmé que, selon les exigences du foyer, le mauvais traitement d'un résident par qui que ce soit doit être déclaré immédiatement au directeur mais que, dans le cas de l'incident grave cité et malgré l'obligation en place, cela n'a pas été fait. [par. 24 (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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un résident a subi ou peut subir un mauvais traitement de la part de qui que ce soit fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 96 (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

96. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que sa politique écrite, prévue à l'article 20 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents réunisse les conditions suivantes :

- a) elle contient des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à aider et à appuyer les résidents qui ont ou auraient été victimes de mauvais traitements ou de négligence;**
- b) elle contient des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à composer avec les personnes qui ont ou auraient infligé des mauvais traitements à des résidents ou commis une négligence envers eux, selon ce qui est approprié;**
- c) elle indique les mesures à prendre et les stratégies à suivre pour prévenir les mauvais traitements et la négligence;**
- d) elle indique la façon dont sera menée l'enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, notamment qui sera chargé de l'enquête et qui en sera avisé;**

e) elle indique les exigences en matière de formation et de recyclage visant tous les membres du personnel, notamment en ce qui concerne ce qui suit :

(i) le lien entre le déséquilibre du pouvoir entre les membres du personnel et les résidents et le risque que soient infligés des mauvais traitements et que soit commise une négligence par ceux qui sont en situation de confiance et d'autorité et chargés des soins des résidents,

(ii) les circonstances qui peuvent entraîner des mauvais traitements et la négligence et la façon de les prévenir. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 96.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents indique les exigences en matière de formation et de recyclage visant tous les membres du personnel, notamment en ce qui concerne :

i. le lien entre le déséquilibre du pouvoir entre les membres du personnel et les résidents et le risque que soient infligés des mauvais traitements et que soit commise une négligence par ceux qui sont en situation de confiance et d'autorité et chargés des soins des résidents.

Un rapport d'incident grave impliquant et confirmant un mauvais traitement de la part du personnel envers un résident identifié a été présenté au directeur.

Un examen de la politique du foyer intitulée « Tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence », datée du 14 septembre 2015, n'a révélé aucune mention du lien entre le déséquilibre du pouvoir entre les membres du personnel et les résidents et le risque que soient infligés des mauvais traitements et que soit commise une négligence par ceux qui sont en situation de confiance et d'autorité et chargés des soins des résidents.

Un examen du Règlement mené avec le directeur des soins a confirmé que le foyer exigeait le respect du Règlement mais que, dans le cas où la politique écrite du foyer ne fait aucune mention de l'obligation concernant la formation et le recyclage de tous les membres du personnel en ce qui concerne le lien entre le déséquilibre du pouvoir entre les membres du personnel et les résidents et le risque que soient infligés des mauvais traitements et que soit commise une négligence par ceux qui sont en situation de confiance et d'autorité et chargés des soins des résidents, et malgré l'obligation en place, cela n'a pas été fait.

[alinéa 96 (e) i)]

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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents indique les exigences en matière de formation et de recyclage visant tous les membres du personnel, notamment en ce qui concerne :
i. le lien entre le déséquilibre du pouvoir entre les membres du personnel et les résidents et le risque que soient infligés des mauvais traitements et que soit commise une négligence par ceux qui sont en

situation de confiance et d'autorité et chargés des soins des résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 53 (Comportements réactifs).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

53. (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) les éléments visés au paragraphe (1) sont élaborés et mis en œuvre conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;**
- b) au moins une fois par année, les éléments visés au paragraphe (1) sont évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;**
- c) sont consignés dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (3).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit consignée dans un dossier chaque évaluation annuelle du programme visant les comportements réactifs, notamment :

- la date de l'évaluation;
- le nom des personnes qui y ont participé;
- un résumé des modifications apportées;
- la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Un rapport d'incident grave indiquant qu'un résident identifié avait des comportements réactifs à l'endroit d'un autre résident a été présenté au directeur.

Le foyer n'a pas pu fournir de preuve écrite de l'évaluation annuelle du programme visant les comportements réactifs pour l'année 2014.

Un entretien avec le directeur adjoint des soins a confirmé que, conformément au Règlement, une évaluation écrite annuelle du programme visant les comportements réactifs serait réalisée pour l'année civile 2015 avant le 31 décembre 2015.

Un entretien avec le directeur des soins a confirmé que des évaluations mensuelles des comportements réactifs avaient été réalisées par le foyer.

Le Règlement a été examiné avec le directeur des soins, qui a confirmé que, selon les exigences du foyer, un document consignant l'évaluation annuelle aurait dû être rempli par le foyer pour le programme visant les



**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 prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

comportements réactifs et que, dans le cas de l'évaluation écrite annuelle de 2014, malgré l'obligation en place, cela n'avait pas été fait. [alinéa 53 (3) c)]

Date de délivrance : 22 janvier 2016 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectriceAux 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. 8Bureau régional de services de Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133Division de la responsabilisation et de
la performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la
performance et de la conformité**Copie destinée au public – Modification**

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	CHAD CAMPS (609) - (A1)
N° du rapport d'inspection :	2015_264609_0059 (A1)
N° de registre :	(A1)
Type d'inspection :	Système de rapport d'incidents critiques
Date du rapport :	22 janvier 2016;(A1)
Titulaire de permis :	ST. JOSEPH'S HEALTH CENTRE OF SUDBURY 1140 South Bay Road, SUDBURY ON P3E 0B6
Foyer de soins de longue durée :	ST.GABRIEL'S VILLA OF SUDBURY 4690 Municipal Road 15, Chelmsford ON P0M 1L0
Nom de l'administrateur :	Ray Ingriselli

Aux termes du présent document, ST. JOSEPH'S HEALTH CENTRE OF SUDBURY est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001

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

Lien vers l'ordre existant :

Aux termes du/de la :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 26 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

1. Sa routine habituelle.
2. Sa capacité cognitive.
3. Son habilité à communiquer, notamment son ouïe et son langage.
4. Son acuité visuelle.
5. Ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs identifiés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.
6. Son bien-être psychologique.
7. Son fonctionnement physique, ainsi que le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, notamment en ce qui a trait à son hygiène et à sa toilette.
8. Les fonctions de continence, notamment l'évacuation vésicale et anale.
9. Toute maladie diagnostiquée.
10. Son état de santé, notamment les allergies dont il souffre, les douleurs qu'il ressent, les risques de chute qu'il court et ses autres besoins particuliers.
11. Les risques saisonniers qu'il court par temps chaud.
12. Son état buccodentaire, notamment son hygiène buccale.
13. Son état nutritionnel, notamment sa taille, son poids et les risques qu'il court en matière de soins alimentaires.
14. Son état d'hydratation et les risques qu'il court en la matière.
15. L'état de sa peau, notamment tout signe d'altération de l'intégrité épidermique et ses problèmes de pieds.
16. Ses activités courantes et ses intérêts.
17. Ses médicaments et traitements.
18. S'il suit des traitements et subit des interventions particuliers.
19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.
20. S'il souffre de nausée et de vomissement.
21. Ses habitudes de sommeil et ses préférences en la matière.
22. Ses préférences culturelles, spirituelles et religieuses ainsi que ses besoins et préférences compte tenu de son âge.
23. Les possibilités de sa mise en congé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 26 (3).

Ordre :

(A1)

Le titulaire de permis doit :

- 1) Procéder à un contrôle de tous les résidents du foyer qui ont des comportements réactifs pour assurer que tous les comportements déclencheurs éventuels sont indiqués dans le programme de soins de chaque résident d'ici le 29 janvier 2016.
- 2) Tenir un registre du contrôle exigé, notamment la date du contrôle, le nom de la personne qui l'a effectué, le nom des résidents identifiés dans le cadre du contrôle, ainsi que les dates et la nature des interventions exécutées et des changements apportés aux programmes de soins.
- 3) Préciser la formation et le recyclage à fournir au personnel en ce qui concerne les comportements déclencheurs pour assurer que ceux-ci sont identifiés et documentés clairement dans les programmes de soins des résidents; et tenir un dossier indiquant la formation complémentaire et le recyclage offerts, ainsi que le nom des membres du personnel y ayant participé.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins pour les comportements réactifs soit fondé sur une évaluation disciplinaire du résident incluant ses comportements déclencheurs éventuels.

Un rapport d'incident grave indiquant qu'un résident identifié avait des comportements réactifs à l'endroit d'un autre résident a été présenté au directeur.

Un examen du dossier clinique du résident identifié a révélé de multiples épisodes de comportements réactifs envers le résident.

Un entretien avec des membres du personnel autorisé a révélé qu'ils savaient que la proximité des deux résidents était un déclencheur de leurs comportements réactifs.

Un examen du programme de soins du résident identifié n'a révélé aucune mention de ce déclencheur confirmé ni aucune intervention pour le maîtriser.

Un entretien avec le directeur des soins a confirmé que, conformément aux exigences du foyer, il fallait indiquer les comportements déclencheurs éventuels dans le programme de soins et que, dans le cas des comportements réactifs connus du résident identifié et malgré l'obligation en place, cela n'avait pas été fait. [alinéa 26 (3) 5] (609)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 29 février 2016(A1)

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur

a.s. du commis aux appels

Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

TORONTO (Ontario) M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registraire

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage

Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

a.s. du commis aux appels

Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

TORONTO (Ontario) M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 22 janvier 2016 (A1)**Signature de l'inspecteur :**

Original signé par

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

CHAD CAMPS

Bureau régional de services :

Sudbury