



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*

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

Division des foyers de soins de longue durée
Inspection des FSLD

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

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 – Modification

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
7 novembre 2017	2017_668543_0004	003891-17	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY
1140, chemin South Bay, SUDBURY (Ontario) P3E 0B6

Foyer de soins de longue durée

VILLA ST-GABRIEL DE SUDBURY
4690, chemin municipal 15, Chelmsford (Ontario) P0M 1L0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

TIFFANY BOUCHER (543) - (A1)

Résumé de l'inspection – Modification

La prorogation de la date de conformité a été demandée et approuvée pour l'OC n° 001 et l'OC n° 002.

Date de délivrance : 7 novembre 2017 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.



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*

Copie destinée au public – Modification

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
7 novembre 2017	2017_668543_0004 (A1)	003891-17	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY
1140, chemin South Bay, SUDBURY (Ontario) P3E 0B6
Foyer de soins de longue durée

VILLA ST-GABRIEL DE SUDBURY
4690, chemin municipal 15, Chelmsford (Ontario) P0M 1L0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

TIFFANY BOUCHER (543) - (A1)

Résumé de l'inspection – Modification

Trois rapports d'incident critique ont été soumis au directeur relativement à des comportements réactifs.

Pendant l'inspection, les inspectrices ont observé directement la prestation des soins et des services offerts aux personnes résidentes dans toutes les aires du foyer. Elles ont observé directement divers services de repas, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, la dotation en personnel, et diverses politiques et procédures du foyer.

Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : administrateur, directrice/directeur des soins (DDS), directrice adjointe/directeur adjoint des soins (DADS), infirmières/infirmiers autorisés (IA), infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), responsable des services de l'environnement, assistant(e) des services de l'environnement, diététiste agréé(e), assistant(e) du service d'alimentation, personnel des services d'entretien ménager, personnes résidentes et membres de leurs familles.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

Services d'hébergement – entretien ménager
Dignité, choix et respect de la vie privée
Observation du service de restauration
Prévention des chutes
Conseil des familles
Hospitalisation et changement dans l'état de la personne



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*

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Conseil des résidents

Comportements réactifs

Soins de la peau et des plaies

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

7 AE
4 PRV
3 OC
0 RD
0 OTA

Au moment de l'inspection, le non-respect suivant avait été corrigé :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTEUR/INSPECTRICE
Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (3)	OC 001	2017_615638_0003	543

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° 01 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8 du Règl. de l'Ont. 79/10.

Respect des politiques et des dossiers

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



Par. 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; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

I. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système établis ou par ailleurs mis en place fussent respectés.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en février 2016. D'après ce rapport, on avait trouvé la personne résidente 014 gisant sur le sol et incapable de dire au personnel ce qui s'était passé. Elle se plaignait d'une douleur et avait une blessure. Le rapport d'incident critique indiquait également que la personne résidente avait des antécédents de chutes. On avait envoyé la personne résidente à l'hôpital aux fins d'évaluation et elle était revenue au foyer en faisant l'objet de soins palliatifs. La personne résidente 014 était morte.

L'inspectrice 543 a examiné la politique du foyer intitulée « Falls Prevention and Management Program » (programme de prévention et de gestion des chutes) révisée le 4 mai 2017. Cette politique indiquait que le personnel autorisé entreprendrait un examen effectué par l'équipe interprofessionnelle si une personne résidente subissait deux chutes ou plus en 72 heures, ou trois chutes ou plus en trois mois.

L'inspectrice 543 a examiné le dossier médical de la personne résidente 014 et remarqué qu'elle était tombée à certaines dates en janvier et février 2017, ayant fait trois chutes ou plus en moins de trois mois. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver qu'il y avait eu un examen de l'équipe interprofessionnelle ou la tenue d'une conférence d'équipe pour se pencher sur les chutes de cette personne résidente.

L'inspectrice 543 a interrogé l'IA 118 au sujet des examens de l'équipe interprofessionnelle ou des conférences d'équipe qui auraient dû avoir lieu après des chutes de personnes résidentes. L'IA a confirmé que la politique intitulée « programme de prévention et de gestion des chutes », qui mentionnait la fréquence des chutes subies par une personne résidente qui déclencherait la tenue d'un examen de l'équipe interprofessionnelle ou d'une conférence d'équipe, était exacte. L'IA et l'inspectrice ont examiné ensemble le dossier médical de la personne résidente 014 (programme de soins, notes



d'évolution et évaluations); il indiquait qu'il n'y avait eu aucun examen de l'équipe interprofessionnelle et que l'on n'avait pas tenu de conférences d'équipe concernant cette personne résidente pour les chutes qui avaient eu lieu à certaines dates de janvier et février 2017.

Le 14 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la directrice/le directeur des soins (DDS) concernant les examens de l'équipe interprofessionnelle et les conférences d'équipe qui devaient avoir lieu après les chutes de personnes résidentes. L'inspectrice a indiqué qu'elle avait lu, dans la politique du foyer relative aux chutes, qu'il était nécessaire de faire ces examens si une personne résidente était tombée deux fois (ou plus) en 72 heures ou trois fois (ou plus) en trois mois. La/le DDS a confirmé que c'était exact, et que cela devrait avoir lieu pour chaque personne résidente qui subissait de nombreuses chutes. L'inspectrice a indiqué à la/au DDS que, pour la personne résidente 014, on n'avait pas fait d'examen pour les chutes qui avaient eu lieu à certaines dates de janvier et février 2017. La/le DDS a confirmé qu'aucun examen de l'équipe interprofessionnelle et aucune conférence d'équipe n'avaient eu lieu. [Alinéas 8 (1) a), 8. (1) b)]

Autres mesures requises :

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

(A1) L'ordre suivant a été modifié : OC n° 001.

AE n° 2 : 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, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

Par. 6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

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).



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*

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).

Par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Le 5 juillet 2017, lors d'un entretien de la famille avec l'inspectrice 627, la/le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 008 a fait part de préoccupations concernant les soins fournis à celle-ci. Il/elle a déclaré rendre souvent visite à la personne résidente et qu'elle n'avait pas ses prothèses dentaires. Il/elle a déclaré en outre qu'à son arrivée ce jour à 10 heures la personne résidente n'avait pas ses prothèses dentaires en place.

Le 10 juillet 2017 à 9 h 43, l'inspectrice 627 a observé la personne résidente assise dans sa chambre, et elle n'avait pas ses prothèses dentaires en place.

L'inspectrice 627 a examiné le programme de soins de la personne résidente 008 en vigueur au moment de l'inspection; il indiquait certaines interventions en matière d'hygiène et de toilette, en particulier pour les besoins en soins relatifs à ses prothèses dentaires. Les dispositions relatives aux besoins en matière d'alimentation et de nutrition mentionnaient également certaines interventions, visant les besoins en soins relatifs aux prothèses dentaires, qui étaient différentes de celles qui concernaient l'hygiène et la toilette pour les prothèses dentaires.

Le 10 juillet 2017, lors d'un entretien avec l'inspectrice, la/le PSSP 104 a déclaré que la personne résidente 008 n'avait pas demandé ses prothèses dentaires pour le petit déjeuner.

Le 11 juillet 2017, à 10 heures, la/le PSSP 107 a déclaré que la personne résidente 008 avait besoin de ses prothèses dentaires pendant les repas.

Le 12 juillet 2017, lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, l'IA 118 a confirmé qu'il y avait des interventions conflictuelles dans le programme de soins concernant les besoins de la personne résidente 008 en matière d'hygiène et de toilette. [Alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la/le MS ait eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* définit le mandataire spécial comme une personne qui est autorisée, en vertu de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* ou de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, à donner ou à refuser son consentement ou à prendre une décision au nom d'une autre personne.

Lors d'un entretien avec la famille et l'inspectrice 627, un membre de la famille de la personne résidente 008, qui était également sa/son MS, a déclaré qu'un incident survenu en décembre 2015 lui suscitait toujours de la contrariété. Le membre de la famille a informé l'inspectrice que la personne résidente 008 avait eu une évaluation de diététiste agréé(e) et d'orthophoniste indiquant qu'elle nécessitait un certain régime alimentaire. La/le MS a dit en comprendre la nécessité; toutefois, il/elle savait que la personne résidente 008 aimait certaines collations qui ne faisaient pas partie du régime alimentaire qu'on lui avait ordonné, et procurait ces collations à la personne résidente. La/le MS a indiqué que c'était l'un des seuls plaisirs que la personne résidente éprouvait. Il/elle avait conscience du risque et pensait que les avantages l'emportaient sur les risques, car cela procurait à la personne résidente une chose à laquelle elle prenait plaisir. La/le MS a déclaré qu'en décembre 2015, une/un PSSP avait signalé à la/au DADS qu'il/elle avait donné une collation à la personne résidente. La/le DADS l'avait contacté(e) dans la chambre de la personne résidente, lui avait demandé si elle ou lui avait donné une collation à la personne résidente, et lui avait dit que la personne résidente ne devait avoir que le régime alimentaire expressément prévu pour elle. La/le MS avait répliqué à la/au DADS qu'il/elle avait le sentiment que la personne résidente appréciait les gâteries et qu'il/elle continuerait de lui en fournir. À 17 heures ce jour-là l'administrateur a demandé à la/au MS de la personne résidente 008 de le rencontrer à son bureau, l'informant que « si elle ou lui continuait de défier son autorité, il émettra un ordre lui interdisant d'entrer, et qu'on ne l'admettra plus sur la propriété ». La/le MS avait le sentiment que le foyer ne l'avait pas respecté(e) en tant que MS. La/le MS s'était conformé à l'ordre du foyer, pour s'assurer de continuer d'avoir le droit de rendre visite à la personne résidente.

L'inspectrice 627 a examiné le dossier médical de la personne résidente 008, et a remarqué un document qui identifiait la plaignante ou le plaignant comme étant la/le MS de la personne résidente.

L'inspectrice 627 a interrogé la/le PSSP 103, qui a déclaré que, lorsqu'un membre d'une famille donnait à une personne résidente un aliment qui n'était pas de la texture prescrite pour elle, on instruisait la famille concernant la texture prescrite et les risques qu'il y avait de fournir à la personne



**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**

résidente tout autre texture que celle qui était expressément ordonnée pour elle. La/le PSSS a déclaré avoir dit à la famille de la personne résidente 008 que c'était une mesure pour la sécurité de cette dernière, et avoir fait rapport à l'IAA quand la famille apportait des aliments de textures autres que celles expressément ordonnées pour la personne résidente. La/le PSSP a déclaré ne pas savoir exactement pourquoi l'on ne respectait pas la décision du/de la MS, car la famille de la personne résidente 008 lui donnait souvent de la nourriture qui n'était pas de la texture prescrite; on avait instruit la famille et la/le MS, et s'ils décidaient de fournir de la nourriture qui n'était pas de la texture prescrite, c'était leur choix.

L'inspectrice 627 a interrogé l'IAA 102 qui a déclaré que, lorsqu'un membre d'une famille apportait de la nourriture pour une personne résidente qui n'était pas de la texture prescrite, l'IAA instruisait la famille concernant les risques. Une fois la famille instruite, on respectait les choix de la famille si la personne résidente était en mesure de prendre ses propres décisions. C'était différent quand la/le MS prenait la décision pour la personne résidente, car cela compromettrait la sécurité de cette dernière. L'IAA a déclaré que l'on ne devait fournir à la personne résidente 008 que des aliments qui étaient d'une texture particulière.

L'inspectrice 627 a interrogé la/le diététiste agréé(e) qui a déclaré que, lorsqu'une personne résidente qui est capable de prendre ses propres décisions refusait de suivre le régime alimentaire d'une texture prescrite, on l'instruisait des risques de le faire. Si la personne résidente continuait de refuser le régime alimentaire d'une texture prescrite, on lui donnait son choix d'aliment, et on documentait qu'elle avait refusé les aliments dont la texture était recommandée par le foyer. La/le diététiste agréé(e) a déclaré qu'en octobre 2015, on avait évalué que la personne résidente 008 nécessitait un régime alimentaire particulier. La/le MS avait continué de fournir des aliments qui n'étaient pas de la texture recommandée. La/le diététiste agréé(e) a déclaré que le personnel inscrivait lors de chaque repas que la/le MS fournissait à la personne résidente un aliment ou un repas qui n'était pas de la texture prescrite, et que la personne résidente toussait et mettait beaucoup plus de temps pour manger. La/le diététiste agréé(e) a déclaré en outre qu'en décembre 2015, la/le DADS et l'administrateur avaient informé la/le MS que si elle ou lui continuait de donner des gâteries à la personne résidente, on émettrait un ordre d'interdiction d'entrer et on l'empêcherait de pénétrer dans le foyer. La/le diététiste agréé(e) a déclaré qu'à un certain moment, pour respecter les droits du/de la MS et de la personne résidente, on avait autorisé la personne résidente à avoir des gâteries; cependant, cela n'était plus permis.

L'inspectrice 627 a interrogé la/le DADS qui a déclaré que la/le diététiste agréé(e), l'orthophoniste et le médecin avaient prescrit un régime alimentaire particulier pour la personne résidente 008. La/le DADS a déclaré que si une personne résidente capable de prendre ses propres décisions refusait le régime alimentaire prescrit, on l'instruisait des risques, on lui donnait de l'information, et si elle continuait de refuser le régime alimentaire de texture prescrite, on lui donnait le choix de la texture. La/le diététiste

agréé(e) continuait d'intervenir et la famille aussi. Quand une personne résidente n'était plus capable de prendre ses propres décisions, et que la/le MS ne se conformait pas au régime alimentaire de la texture recommandée, on les instruisait « sur place », et on leur disait qu'il fallait se conformer à la texture du régime alimentaire prescrit. La/le DADS a déclaré que la/le MS ne pouvait pas outrepasser les ordres du médecin. Si la/le MS persistait à donner à la personne résidente des gâteries qui n'étaient pas de la texture particulière, on émettrait un ordre d'interdiction d'entrer et on l'empêcherait de pénétrer dans le foyer. La/le DADS a déclaré en outre que, bien que la/le MS pût refuser un certain type de médicament pour la personne résidente, les choix d'aliments étaient différents, et le foyer possédait des documents pour corroborer ce point.

L'inspectrice 627 a interrogé l'administrateur qui a déclaré qu'en 2015 une/un PSSP et une assistante/un assistant du service d'alimentation avaient fait état de leurs préoccupations concernant le fait que la famille avait demandé un régime alimentaire ordinaire pour la personne résidente. Ces membres du personnel avaient aussi signalé que la/le MS continuait de donner des gâteries à la personne résidente après que la/le DADS et la/le DDS lui avaient parlé des risques de le faire. Cela s'était produit de nombreuses fois, et l'administrateur a dit : « J'ai dû parler moi-même à la/au MS ». « Je lui ai dit qu'il/elle ne pouvait pas passer outre à la/le diététiste agréé(e), l'orthophoniste et au médecin. Si la/le MS persistait à donner de la nourriture qui n'était pas de la texture prescrite, on émettrait un ordre d'interdiction d'entrer et on l'empêcherait de pénétrer dans le foyer ». La décision était fondée sur le rôle de la/du MS et sur le fait que la personne résidente était incapable de prendre ses propres décisions. L'administrateur a déclaré qu'il avait pris une position voulant que la/le MS ne pût pas enfreindre les ordres, en particulier parce qu'il/elle agissait dans les locaux du foyer, c'était là le problème; la/le MS pouvait donner à manger à la personne résidente tout ce qu'elle voulait quand elle n'était pas dans le foyer. Quand l'inspectrice 627 a demandé comment on respectait les droits de la personne résidente et le souhait de la/du MS d'offrir des gâteries à la personne résidente, l'administrateur a déclaré que « la/le MS pouvait apporter tout type de nourriture si la personne résidente n'aimait pas le goût de la nourriture; toutefois elle devait être de la texture prescrite ». [Paragraphe 6 (5)]

3. 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, tel que le précise le programme.

Lors d'un entretien de la famille avec l'inspectrice 627, la/le MS de la personne résidente 008 a déclaré s'inquiéter de ce que certains soins n'étaient pas fournis à la personne résidente. Également, la/le MS a déclaré que l'on mettait souvent la personne résidente au lit trop tôt, bien que son programme de soins indiquât qu'elle préférait se mettre au lit plus tard. La/le MS a déclaré que le personnel lui avait dit que la personne résidente devait être au lit avant que le personnel prenne sa pause pour le dîner, ce qui était avant le moment où la personne résidente préférait se mettre au lit, si le personnel avait besoin de l'aide d'un collègue de travail.



**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**

Le 6 juillet 2017 à 13 h 45, l'inspectrice 627 a observé la personne résidente 008 au lit. Elle avait de la nourriture séchée sur le menton et aux coins de la bouche.

Le 10 juillet 2017 à 10 heures, l'inspectrice 627 a observé la personne résidente 008 dans sa chambre. Elle ne portait pas sa prothèse dentaire supérieure. On remarquait une brosse à dents électrique sèche sur sa table de nuit.

Le 10 juillet 2017 à 18 h 30, l'inspectrice 627 a remarqué que la personne résidente était au lit avant son heure de coucher préférée.

Le 11 juillet 2017 à 9 h 10, l'inspectrice a observé la personne résidente dans la salle à manger. Elle ne portait pas ses lunettes.

L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente 008 en vigueur au moment de l'inspection, et a remarqué que certaines interventions concernant des soins et des activités quotidiennes spécifiques n'étaient pas conformes à ce que l'on observait.

Le 10 juillet 2017, à 10 heures, lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, la/le PSSP 104 a déclaré que la personne résidente avait reçu les soins du matin, toutefois, on ne lui avait pas mis ses prothèses dentaires et elle n'avait pas eu de soins de la bouche. La/le PSSP a déclaré qu'ils manquaient de personnel et ne pas avoir eu le temps de faire les soins de la bouche.

Le 10 juillet 2017 à 18 h 40, lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, la/le PSSP 110 a déclaré que l'on avait mis la personne résidente au lit entre 18 h 15 et 18 h 25. La/le PSSP a affirmé que la personne résidente avait eu besoin d'aide pour certaines activités quotidiennes et qu'on l'avait ensuite transférée dans son lit. Il/elle a déclaré en outre que généralement quand on transfère une personne résidente dans son lit après le dîner, le personnel ne la lève pas de nouveau. Il/elle a confirmé que le programme de soins indiquait que la personne résidente avait une heure de coucher préférée. Quand l'inspectrice a indiqué que la personne résidente restait éveillée au lit, la/le PSSP a déclaré que la personne résidente ne communiquait plus, et que par conséquent on devait « deviner » ses besoins.

Le 11 juillet 2017 à 10h 20, lors d'un entretien avec l'inspectrice, la/le PSSP 107 a déclaré avoir fourni des soins à la personne résidente et lui avoir nettoyé la bouche avec un écouvillon Toothette, mais a indiqué avoir oublié d'offrir du soutien pour les autres activités quotidiennes.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice, la/le DDS a déclaré que l'on aurait dû offrir des soins conformément au programme de soins. Il n'était pas acceptable de mettre une personne résidente au lit pour faciliter la tâche au personnel. Il/elle a confirmé que les soins n'avaient pas été fournis à la personne résidente conformément à son programme de soins. [Paragraphe 6 (7)]

4. D'après sa plus récente évaluation du minimum de données standardisées [Minimum Data Set (MDS)], la personne résidente 002 avait une nouvelle fracture, et avait également fait une chute au cours des 30 derniers jours.

Un rapport d'incident critique avait aussi été soumis au directeur en juin 2017 concernant l'état de santé de la personne résidente 002. Selon le rapport d'incident critique, la personne résidente 002 était entrée dans la chambre de la personne résidente 019 et avait été poussée, la personne résidente 002 était tombée et s'était blessée.

L'inspectrice 543 a examiné le dossier médical de la personne résidente 002, en particulier les notes d'évolution concernant la chute qui avait eu lieu en juin 2017. Cette note d'évolution mentionnait que l'on avait trouvé la personne résidente dans le corridor, devant la chambre d'une autre personne résidente. Une autre note d'évolution datée de quelques jours plus tard, indiquait que la personne résidente avait fait une autre chute à cause de laquelle on l'avait trouvée gisant sur le sol de sa chambre. Cette note d'évolution indiquait que l'on n'avait pas mis en œuvre d'interventions en cas de chute.

L'inspectrice 543 a examiné l'évaluation de la personne résidente 002 par la conférence d'équipe qui avait eu lieu en juin 2017. Cette évaluation mentionnait des interventions spécifiques concernant les chutes.

L'inspectrice 543 a examiné le programme de soins le plus récent de cette personne résidente, qui mentionnait qu'elle présentait un risque de se blesser en faisant des chutes. Le programme de soins de la personne résidente mentionnait des interventions spécifiques concernant les chutes.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a observé la personne résidente 002 assise sur une chaise dans la salle à manger avec un appareil fonctionnel.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a observé la personne résidente 002 qui se reposait dans son lit, l'intervention de prévention des chutes n'avait pas été correctement mise en œuvre.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IAA 114, qui a confirmé qu'étant donné que la personne résidente 002 était tombée et avait subi une blessure, elle aurait dû avoir en place les interventions de prévention des chutes quand elle était tombée de nouveau quelques jours plus tard.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 137 qui a déclaré que la personne résidente aurait dû avoir des interventions de prévention des chutes mises en œuvre en tout temps, même quand elle était au lit.



**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**

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 120 (qui s'occupe d'habitude de cette personne résidente) et qui a confirmé que, depuis la chute, on avait mis en œuvre des interventions particulières de prévention des chutes en tout temps.

Le 13 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 138 qui a confirmé que la personne résidente 002 nécessitait des interventions particulières mises en œuvre en tout temps.

Le 13 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IA 139 qui a confirmé que la personne résidente 002 était revenue de l'hôpital en juin 2017. L'IA 139 a confirmé que la personne résidente n'avait pas les interventions de prévention des chutes mises en œuvre au moment de la chute. [Paragraphe 6 (7)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

D'après sa plus récente évaluation du minimum de données standardisées [Minimum Data Set (MDS)], la personne résidente 007 avait eu une nouvelle fracture au cours des 180 derniers jours.

L'inspectrice 543 a examiné le dossier médical de la personne résidente, en particulier les notes d'évolution de mai 2017 qui mentionnaient qu'une radiographie avait détecté une blessure particulière.

L'inspectrice a examiné le plus récent programme de soins de la personne résidente, particulièrement concernant sa blessure; il indiquait que le personnel devait s'assurer de mettre un appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a remarqué que la personne résidente 007 n'avait pas d'appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 103, qui a confirmé que la personne résidente 007 nécessitait toujours un appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 114 qui a déclaré que la personne résidente n'avait plus besoin d'appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IA 118 au sujet de la personne résidente qui nécessitait un appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure. L'IA a déclaré que la personne résidente n'avait plus besoin de l'appareil fonctionnel, et qu'il n'était utilisé qu'à titre d'intervention en soins infirmiers.



L'inspectrice a informé l'IA que le programme de soins de cette personne résidente indiquait de s'assurer que l'appareil fonctionnel était en place. L'IA a confirmé que le programme de soins aurait dû être mis à jour. [Alinéa 6 (10) b)]

6. D'après sa plus récente évaluation du minimum de données standardisées [MDS], la personne résidente 002 avait une nouvelle fracture, et avait aussi fait une chute au cours des 30 derniers jours.

Un rapport d'incident critique avait été soumis au directeur en juin 2017. Selon le rapport d'incident critique, la personne résidente 002 était entrée dans la chambre d'une autre personne résidente et avait été poussée, était tombée et s'était blessée.

L'inspectrice 543 a examiné le plus récent programme de soins de la personne résidente 002, qui mentionnait que le personnel mettrait en œuvre des interventions particulières concernant les chutes. Ce programme de soins indiquait également que le personnel veillerait à ce que l'environnement de la personne résidente soit sûr pendant qu'elle est sujette à l'errance.

Les 11, 13 et 14 juillet 2017, l'inspectrice 543 a observé la personne résidente 002 dans divers endroits du foyer. Pendant la totalité des trois jours, on remarquait que la personne résidente était assise sur une chaise.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 543, les PSSP 114 et 137 ont indiqué que la personne résidente n'était plus capable de se déplacer, et qu'elle utilisait un appareil fonctionnel depuis la chute de juin 2017.

Le 13 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IA 139, qui a confirmé que la personne résidente 002 n'était plus capable de se déplacer. L'inspectrice a indiqué que le programme de soins de la personne résidente mentionnait que celle-ci pouvait errer librement dans l'endroit du foyer où elle se trouvait. L'IA 139 a déclaré que la personne résidente n'était plus capable de se déplacer et que l'on aurait dû mettre à jour le programme de soins. [Alinéa 6 (10) b)]

7. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en février 2016. D'après ce rapport, on avait trouvé la personne résidente 014 gisant sur le sol, incapable de dire au personnel ce qui s'était passé. Elle se plaignait d'une douleur et avait une blessure. Le rapport d'incident critique indiquait également que la personne résidente avait des antécédents de chutes. On avait envoyé la personne résidente à



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

l'hôpital aux fins d'évaluation et elle était revenue au foyer en faisant l'objet de soins palliatifs. La personne résidente 014 était morte.

L'inspectrice 543 a examiné le dossier médical de la personne résidente 014. Ses notes d'évolution indiquaient que la personne résidente était tombée un certain nombre de fois entre octobre 2015 et février 2016.

L'inspectrice 543 a examiné le programme de soins de cette personne résidente en place au moment considéré; il indiquait que la personne résidente 014 présentait un risque de faire des chutes et mentionnait des interventions précises. Aucune nouvelle intervention n'avait été mise en œuvre pour cette personne résidente concernant les chutes qui avaient eu lieu entre janvier et février 2016.

L'inspectrice 543 a examiné deux évaluations de la personne résidente 014 sur l'échelle de chutes Morse remplie en janvier 2016; elles déterminaient qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes.

L'inspectrice 543 a examiné la politique du foyer intitulée « Falls Prevention and Management Program » (programme de prévention et de gestion des chutes) révisée le 4 mai 2017. Cette politique indiquait que le personnel autorisé entreprendrait un examen effectué par l'équipe interprofessionnelle si une personne résidente subissait deux chutes ou plus en 72 heures, ou trois chutes ou plus en trois mois. La politique indiquait que l'équipe interprofessionnelle effectuerait un examen pour déterminer la ou les causes possibles des chutes, et élaborerait des stratégies supplémentaires d'une part pour prévenir une récurrence si les chutes se produisaient de façon répétée, et d'autre part pour répondre aux besoins particuliers de la personne résidente en révisant le programme de soins.

Le certificat de décès de la personne résidente 014 indiquait que la cause du décès était la conséquence d'une blessure provenant d'une chute.

Le 14 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IA 118 concernant le programme de soins de la personne résidente 014, en indiquant que l'on n'avait pas mis en œuvre de nouvelles interventions après les chutes de la personne résidente qui s'étaient produites en janvier et février 2016. L'IA a répondu que c'était probablement dû au fait que cette personne résidente était capable de prendre ses propres décisions et ne suivrait pas les instructions. [Alinéa 6 (10) c)]

Autres mesures requises :

Les OC n^{os} 002 et 003 seront signifiés au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

(A1) L'ordre suivant a été modifié : OC n° 002.

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 assurer que le programme de soins de la personne résidente 008 fournit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente; et que la/le MS de la personne résidente 008 ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente, et que les personnes résidentes soient réévaluées et leur programme de soins réexaminé et révisé tous les six mois au moins, et à tout autre moment lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : 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, le titulaire de permis n'a pas respecté 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 adoptée et respectée la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en avril 2016, alléguant qu'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente avait eu lieu entre la personne résidente 010 et la personne résidente 011. On a allégué que la personne résidente 011 avait parlé à la personne résidente 010 et lui avait fait des attouchements d'une manière inappropriée à des fins sexuelles.

L'inspectrice 627 a examiné le rapport d'incident critique qui indiquait que l'incident s'était produit en avril 2016. Le rapport mentionnait que l'IA 118 et l'IAA 101 avaient été témoins de l'incident de cas



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*

allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel dont on avait fait rapport au directeur seulement presque 30 heures plus tard.

Un examen de la politique du foyer intitulée « Zero tolerance for Abuse and Neglect » (tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence) mise à jour en septembre 2016, décrivait les mauvais traitements d'ordre sexuel comme étant des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle non consensuelles ou une exploitation sexuelle dont une personne résidente est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel. La politique indiquait de plus que tout employé ou bénévole qui était témoin ou prenait connaissance d'un cas de mauvais traitement, ou bien en soupçonnait l'existence, devait en informer immédiatement la/le DDS, l'administrateur ou bien sa représentante ou son représentant (p. ex., l'IA responsable en dehors des heures normales) qui veillerait à ce que l'on entreprît une enquête approfondie et confidentielle.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice, l'IA 118 a déclaré que la personne résidente 011 avait souvent manifesté des comportements réactifs d'ordre sexuel envers le personnel. Au moment de l'incident, on n'avait pas considéré qu'il s'agissait de mauvais traitements. L'IA a déclaré que la politique du foyer définissait les mauvais traitements d'ordre sexuel comme étant des attouchements non consensuels ou des remarques de nature sexuelle, et que l'on aurait dû immédiatement faire rapport de l'incident à la/au DDS ou à la/au DADS.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice, la/le DDS a déclaré que le membre du personnel n'avait pas immédiatement considéré l'incident comme des mauvais traitements. Quand la/le DDS avait eu connaissance de l'incident, il/elle avait pris des dispositions pour en faire rapport immédiatement et pour enquêter à son sujet. La/le DDS a confirmé que le membre du personnel n'avait pas immédiatement fait rapport de l'incident. [Paragraphe 20 (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 assurer que la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Par. 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 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. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 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), 195 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fasse immédiatement rapport au directeur d'un incident allégué de mauvais traitement.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en juin 2017 concernant un cas allégué de mauvais traitement d'un membre du personnel à l'égard de personnes résidentes. Selon le rapport d'incident critique, la/le PSSP 124 avait fourni des soins inappropriés, ce qui a causé un risque de préjudice aux personnes résidentes 006 et 017 lors d'un certain jour de juin 2017.

L'inspectrice 642 a examiné les notes d'évolution des personnes résidentes 006 et 017, qui indiquaient qu'en juin 2017, l'administrateur avait déterminé que deux incidents de soins inappropriés, qui avaient causé un risque de préjudice aux personnes résidentes, pouvaient s'être produits un certain jour de juin 2017, et que les incidents faisaient l'objet d'une enquête.



**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***

L'inspectrice a examiné les notes de l'enquête interne du foyer et une lettre soumise à la/au DADS concernant l'incident de cas allégués de mauvais traitement. La lettre indiquait que la/le PSSP 124 avait parlé à la personne résidente 006 de manière impolie et non professionnelle. La lettre mentionnait que la personne résidente 006 avait indiqué à plusieurs reprises que la/le PSSP 124 avait un comportement inapproprié. Cette lettre décrivait également un incident au cours duquel la/le PSSP 124 avait employé un langage inapproprié envers la personne résidente 017.

L'inspectrice 642 a examiné la politique du foyer intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect » (tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence), mise à jour le 29 septembre 2016. À l'annexe C - LFSLD - Rapports obligatoires - obligation de faire rapport au directeur dans certains cas, par. 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. »

L'inspectrice 642 a interrogé la/le PSSP 124 le 7 juillet 2017, qui a déclaré que l'incident allégué de mauvais traitement relativement à des soins inappropriés pour les personnes résidentes 006 et 017 s'était produit un jour de juin 2017.

L'inspectrice a interrogé la/le DADS le 10 juillet 2017, qui a déclaré qu'on lui avait fait rapport de l'incident allégué de soins inappropriés en juin 2017 et qu'elle/il en avait fait rapport au directeur le lendemain seulement. [Paragraphe 24 (1)]



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*

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 assurer que l'on fasse immédiatement rapport au directeur de tout incident concernant un cas allégué de mauvais traitement. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 76 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Formation

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté 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 tout le personnel 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 énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

1. Le dépistage et la prévention des mauvais traitements.
6. Les autres domaines que prévoient les règlements.



**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**

1. Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en février 2016. D'après ce rapport, on avait trouvé la personne résidente 014 gisant sur le sol, incapable de dire au personnel ce qui s'était passé. Elle se plaignait d'une douleur et avait une blessure. Le rapport d'incident critique indiquait également que la personne résidente avait des antécédents de chutes. On avait envoyé la personne résidente à l'hôpital aux fins d'évaluation et elle était revenue au foyer en faisant l'objet de soins palliatifs. La personne résidente était morte.

L'inspectrice 543 a examiné les documents d'enseignement et de formation fournis concernant le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer; ils indiquaient que 35 pour cent du personnel qui fournissait des soins directs aux personnes résidentes n'avaient pas suivi de formation pour l'année 2016.

L'inspectrice 543 a interrogé la/le DDS au sujet de la formation fournie en lien avec le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. La/le DDS a confirmé que la formation pour 2016 n'avait pas été suivie par tous les membres du personnel qui fournissaient des soins directs aux personnes résidentes.

2. Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en avril 2016, alléguant qu'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel s'était produit entre les personnes résidentes 010 et 011. On avait allégué que la personne résidente 011 avait parlé à la personne résidente 010 et lui avait fait des attouchements d'une manière inappropriée à des fins sexuelles.

L'inspectrice 627 a examiné les documents d'enseignement et de formation fournis relativement à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence; ils indiquaient que 9,7 pour cent du personnel n'avaient pas suivi la formation.

L'inspectrice 627 a interrogé la/le DDS qui a confirmé que la formation annuelle relativement à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence n'avait pas été suivie par tout le personnel. [Paragraphe 76 (7)]



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*

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 assurer que tout le personnel 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 énoncés dans les dispositions identifiées, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements, relativement au dépistage et à la prévention des mauvais traitements et aux autres domaines que prévoient les règlements. Ce plan de redressement doit être mis en oeuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Services d'hébergement

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

Par. 15. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
- c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

Le 7 juillet 2017, lors d'un entretien avec la famille, un membre de la famille de la personne résidente 008 a informé l'inspectrice 627 de ses inquiétudes concernant la propreté de la chambre de la personne résidente. Le membre de la famille a déclaré qu'en juin 2017, il avait informé la/le PSSP 110 qu'il y avait des salissures sur le mur de la chambre de la personne résidente. Le membre de la famille a montré à l'inspectrice 627 une photographie des salissures sur le mur. Le membre de la famille s'est adressé au personnel de nettoyage, car les salissures restaient sur le mur, et a demandé à ce qu'elles soient nettoyées. Le personnel de nettoyage a procédé au lavage du mur avec le balai à franges utilisé pour le plancher. Le membre de la famille a fait remarquer à l'inspectrice que les salissures étaient restées sur le mur après que le personnel de nettoyage les eût essuyées avec un balai à franges.



**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**

Le 7 juillet 2017, l'inspectrice 627 a remarqué qu'il y avait des salissures sur le mur, 2,5 à 5 centimètres au-dessus d'une plinthe. Les deux salissures avaient environ 2,5 à 4 centimètres de diamètre.

Le 11 juillet 2017, à 15 h 30, lors d'un entretien avec la/le PSSP 120 dans la chambre de la personne résidente 002, l'inspectrice 543 a remarqué de la saleté sur le plancher à côté du lit de la personne résidente. La/le PSSP l'a également remarquée, et l'a nettoyée avec un linge. La saleté avait séché sur le plancher, et la/le PSSP 120 a eu de la difficulté à l'essuyer.

Le 7 juillet 2017, lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, le membre du personnel des services d'entretien ménager 106 a déclaré que quand une préposée ou un préposé aux soins personnels signalait qu'il y avait des salissures sur le mur ou sur le plancher, le membre du personnel 106 utilisait son balai à franges pour nettoyer, car il y avait du désinfectant dans l'eau. Le membre du personnel a déclaré à l'inspectrice avoir nettoyé les salissures sur le mur quand la famille les lui avait signalées. Il/elle a déclaré en outre qu'il/elle nettoiera immédiatement la saleté restante.

L'inspectrice 627 a interrogé la/le responsable des services environnementaux qui a déclaré que pour nettoyer la saleté sur les murs et le plancher on suivait une politique particulière en matière de nettoyage, révisée le 21 juillet 2016. Pendant la journée, le nettoyage incombait au personnel des services d'entretien ménager, et pendant les postes du soir et de nuit, les PSSP assuraient le nettoyage. La/le responsable a déclaré qu'il n'était pas acceptable d'attendre le lendemain pour nettoyer la saleté sur les murs et les planchers. L'agent nettoyant utilisé pour laver le plancher était un désinfectant général d'usage quotidien qui ne devrait pas être utilisé pour nettoyer de la saleté. La/le responsable a déclaré en outre que la saleté sur le mur n'aurait pas dû être nettoyée avec le balai à franges.

L'inspectrice 627 a interrogé la/le DDS qui a déclaré que s'il y avait des salissures visibles dans une chambre de personne résidente, elles devraient être immédiatement nettoyées par le personnel des services d'entretien ménager pendant le jour, et par les PSSP le soir. [Alinéa 15 2 a)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 97 du Règl. de l'Ont. 79/10.

Notification : incidents

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

Par. 97. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :

- a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**
- b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la/le MS de la personne résidente et toute autre personne que précise la personne résidente soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en avril 2016 alléguant qu'un incident de mauvais traitement d'ordre sexuel s'était produit entre les personnes résidentes 010 et 011. On a allégué que la personne résidente 011 avait parlé à la personne résidente 010 et lui avait fait des atouchements d'une manière inappropriée à des fins sexuelles.

L'inspectrice 627 a examiné le rapport d'incident critique qui indiquait que l'incident s'était produit un certain jour d'avril 2016. Le rapport d'incident critique indiquait que l'IA 118 et l'IAA 101 avaient été témoins d'un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 010 indiquait que l'on avait avisé la conjointe ou le conjoint de la personne résidente de l'incident lors d'une réunion avec la/le DDS et la travailleuse sociale/le travailleur social, 27 heures après l'incident.

Un examen de la politique du foyer intitulée « tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence », mise à jour le 29 septembre 2016, indiquait que « la ou le mandataire spécial (MS), s'il y en a un, ou toute autre personne que précise la personne résidente doivent être avisés dans les 12 heures suivant le moment où l'on prend connaissance de l'incident de mauvais traitements ou de négligence.



**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***

Lors d'un entretien avec l'inspectrice, l'IA 118 a déclaré ne pas avoir considéré l'incident comme des mauvais traitements. L'IA a déclaré que la politique du foyer définissait les mauvais traitements d'ordre sexuel comme étant des attouchements non consentus ou des remarques de nature sexuelle, et qu'il/elle aurait dû faire rapport de l'incident à la/au DDS ou à la/au DADS immédiatement.

Lors d'une entrevue avec l'inspectrice, la/le DDS a déclaré que l'incident avait été signalé à la/au MS seulement un jour d'avril 2016, quand la/le DDS avait eu connaissance de l'incident, soit plus de 24 heures plus tard. [Alinéa 97 (1) b)]

Date de délivrance : 7 novembre 2017 (A1)

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.



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

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

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

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 – Modification

**Nom des inspectrices ou
inspecteurs (n°) :** TIFFANY BOUCHER (543) (A1)

N° de l'inspection : 2017_668543_0004 (A1)

N° de registre : 003891-17 (A1)

Type d'inspection : Inspection de la qualité des services aux résidents

Date du rapport : 7 novembre 2017; (A1)

Titulaire de permis : CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY
1140, chemin South Bay, SUDBURY, ON P3E-0B6

Foyer de SLD : VILLA ST-GABRIEL DE SUDBURY
4690, chemin municipal 15, Chelmsford, ON P0M 1L0

Nom de l'administrateur : Ray Ingriselli

Aux termes du présent document, le CENTRE DE SANTÉ ST-JOSEPH DE SUDBURY est tenu de se conformer aux ordres suivants aux dates indiquées ci-dessous :



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

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

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

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

N° de l'ordre : 001 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes du :

paragraphe 8 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, 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).

Ordre :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs prenne l'initiative de la tenue d'exams d'équipe interprofessionnelle ou de conférences d'équipe selon ce qui figure dans le « programme de prévention et de gestion des chutes » du foyer, et doit veiller à fournir tout autre soin aux personnes résidentes selon ce que prévoit la politique.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système établis ou par ailleurs mis en place fussent respectés.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en février 2016. D'après ce rapport, on avait trouvé la personne résidente 014 gisant sur le sol et incapable de dire au personnel ce qui s'était passé. Elle se plaignait d'une douleur et avait une blessure. Le rapport d'incident critique indiquait également que la personne résidente avait des antécédents de chutes. On avait envoyé la personne résidente à l'hôpital aux fins d'évaluation et elle était revenue au foyer en faisant l'objet de soins palliatifs. La personne résidente 014 était morte.

L'inspectrice 543 a examiné la politique du foyer intitulée « Falls Prevention and Management Program » (programme de prévention et de gestion des chutes) révisée le 4 mai 2017. Cette politique indiquait que le personnel autorisé entreprendrait un examen effectué par l'équipe interprofessionnelle si une personne résidente subissait deux chutes ou plus en 72 heures, ou trois chutes ou plus en trois mois.

L'inspectrice 543 a examiné le dossier médical de la personne résidente 014 et remarqué qu'elle était tombée à certaines dates en janvier et février 2017, ayant fait trois chutes ou plus en moins de trois mois. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver qu'il y avait eu un examen de l'équipe interprofessionnelle ou la tenue d'une conférence d'équipe pour se pencher sur les chutes de cette personne résidente.

L'inspectrice 543 a interrogé l'IA 118 au sujet des examens de l'équipe interprofessionnelle ou des conférences d'équipe qui auraient dû avoir lieu après des chutes de personnes résidentes. L'IA a confirmé que la politique intitulée « programme de prévention et de gestion des chutes », qui mentionnait la fréquence des chutes subies par une personne résidente qui déclencherait la tenue d'un examen de l'équipe interprofessionnelle ou d'une conférence d'équipe, était exacte. L'IA et l'inspectrice ont examiné ensemble le dossier médical de la personne résidente 014 (programme de soins, notes d'évolution et évaluations); il indiquait qu'il n'y avait eu aucun examen de l'équipe interprofessionnelle et que l'on n'avait pas tenu de conférences d'équipe concernant cette personne résidente pour les chutes qui avaient eu lieu à certaines dates de janvier et février 2017.

Le 14 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la directrice/le directeur des soins (DDS) concernant les examens de l'équipe interprofessionnelle et les conférences d'équipe qui devaient avoir lieu après les chutes de personnes résidentes. L'inspectrice a indiqué qu'elle avait lu, dans la politique du foyer relative aux chutes, qu'il était nécessaire de faire ces examens si une personne résidente était tombée deux fois (ou plus) en 72 heures ou trois fois (ou plus) en trois mois. La/le DDS a confirmé que c'était exact, et que cela devrait avoir lieu pour chaque personne résidente qui subissait de nombreuses chutes. L'inspectrice a indiqué à la/au DDS que, pour la personne résidente 014, on n'avait pas fait d'examens pour les chutes qui avaient eu lieu à certaines dates de janvier et février 2017. La/le DDS a confirmé qu'aucun examen de l'équipe interprofessionnelle et aucune conférence d'équipe n'avaient eu lieu. [Alinéas 8 (1) a), 8. (1) b)]

La décision d'émettre un ordre de conformité était fondée sur le préjudice réel causé à la santé et à la sécurité des personnes résidentes, le foyer continue d'avoir des cas de non-conformité relativement à ce domaine de la loi. Des antécédents de non-conformité ont été détectés lors des inspections suivantes, et on a laissé des plans de redressement volontaire pour les inspections suivantes : 2015_264609_0059, 2015_380593_0015 et 2014_332575_0014. (543)

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

30 novembre 2017 (A1)



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

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*

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

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*

Ordre no : 002 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes du :

paragraphe 6 (7) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*, 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).

Ordre :

Le titulaire de permis doit :

- a) élaborer et mettre en œuvre un processus pour veiller à ce que, pour les personnes résidentes 002 et 008, les soins prévus dans le programme de soins leur soient fournis tel que le précise le programme.
- b) élaborer et mettre en œuvre un processus pour veiller à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes du foyer examine les programmes de soins des personnes résidentes et soit tenu au courant des programmes de soins des personnes résidentes les plus à jour lorsque des changements se produisent.

Motifs :

1. 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, tel que le précise le programme.

Lors d'un entretien de la famille avec l'inspectrice 627, la/le MS de la personne résidente 008 a déclaré s'inquiéter de ce que certains soins n'étaient pas fournis à la personne résidente. Également, la/le MS a déclaré que l'on mettait souvent la personne résidente au lit trop tôt, bien que son programme de soins indiquât qu'elle préférerait se mettre au lit plus tard. La/le MS a déclaré que le personnel lui avait dit que la personne résidente devait être au lit avant que le personnel prenne sa pause pour le dîner, ce qui était avant le moment où la personne résidente préférerait se mettre au lit, si le personnel avait besoin de l'aide d'un collègue de travail.

Le 6 juillet 2017 à 13 h 45, l'inspectrice 627 a observé la personne résidente 008 au lit. Elle avait de la nourriture séchée sur le menton et aux coins de la bouche.

Le 10 juillet 2017 à 10 heures, l'inspectrice 627 a observé la personne résidente 008 dans sa chambre. Elle ne portait pas sa prothèse dentaire supérieure. On remarquait une brosse à dents électrique sèche sur sa table de nuit.

Le 10 juillet 2017 à 18 h 30, l'inspectrice 627 a remarqué que la personne résidente était au lit avant son heure de coucher préférée.

Le 11 juillet 2017 à 9 h 10, l'inspectrice a observé la personne résidente dans la salle à manger. Elle ne portait pas ses lunettes.

L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente 008 en vigueur au moment de l'inspection, et a remarqué que certaines interventions concernant des soins et des activités quotidiennes spécifiques n'étaient pas conformes à ce que l'on observait.

Le 10 juillet 2017, à 10 heures, lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, la/le PSSP 104 a déclaré que la personne résidente avait reçu les soins du matin, toutefois, on ne lui avait pas mis ses prothèses dentaires et elle n'avait pas eu de soins de la bouche. La/le PSSP a déclaré qu'ils manquaient de personnel et ne pas avoir eu le temps de faire les soins de la bouche.

Le 10 juillet 2017 à 18 h 40, lors d'un entretien avec l'inspectrice 627, la/le PSSP 110 a déclaré que l'on avait mis la personne résidente au lit entre 18 h 15 et 18 h 25. La/le PSSP a affirmé que la personne résidente avait eu besoin d'aide pour certaines activités quotidiennes et qu'on l'avait ensuite transférée dans son lit. Il/elle a déclaré en outre que généralement quand on transfère une personne résidente dans son lit après le dîner, le personnel ne la lève pas de nouveau. Il/elle a confirmé que le programme de soins indiquait que la personne résidente avait une heure de coucher préférée. Quand l'inspectrice a indiqué que la personne résidente restait éveillée au lit, la/le PSSP a déclaré que la personne résidente ne communiquait plus, et que par conséquent on devait « deviner » ses besoins.

Le 11 juillet 2017 à 10h 20, lors d'un entretien avec l'inspectrice, la/le PSSP 107 a déclaré avoir fourni des soins à la personne résidente et lui avoir nettoyé la bouche avec un écouvillon Toothette, mais a indiqué avoir oublié d'offrir du soutien pour les autres activités quotidiennes.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice, la/le DDS a déclaré que l'on aurait dû offrir des soins conformément au programme de soins. Il n'était pas acceptable de mettre une personne résidente au lit pour faciliter la tâche au personnel. Il/elle a confirmé que les soins n'avaient pas été fournis à la personne résidente conformément à son programme de soins.

[Paragraphe 6 (7)]

2. D'après sa plus récente évaluation du minimum de données standardisées [Minimum Data Set (MDS)], la personne résidente 002 avait une nouvelle fracture, et avait également fait une chute au cours des 30 derniers jours.

Un rapport d'incident critique avait aussi été soumis au directeur en juin 2017 concernant l'état de santé de la personne résidente 002. Selon le rapport d'incident critique, la personne résidente 002 était entrée dans la chambre de la personne résidente 019 et avait été poussée, la personne résidente 002 était tombée et s'était blessée.

L'inspectrice 543 a examiné le dossier médical de la personne résidente 002, en particulier les notes d'évolution concernant la chute qui avait eu lieu en juin 2017. Cette note d'évolution mentionnait que l'on avait trouvé la personne résidente dans le corridor, devant la chambre d'une autre personne résidente. Une autre note d'évolution datée de quelques jours plus tard, indiquait que la personne résidente avait fait une autre chute à cause de laquelle on l'avait trouvée gisant sur le sol de sa chambre. Cette note d'évolution indiquait que l'on n'avait pas mis en œuvre d'interventions en cas de chute.

L'inspectrice 543 a examiné l'évaluation de la personne résidente 002 par la conférence d'équipe qui avait eu lieu en juin 2017. Cette évaluation mentionnait des interventions spécifiques concernant les chutes.

L'inspectrice 543 a examiné le programme de soins le plus récent de cette personne résidente, qui mentionnait qu'elle présentait un risque de se blesser en faisant des chutes. Le programme de soins de la personne résidente mentionnait des interventions spécifiques concernant les chutes.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a observé la personne résidente 002 assise sur une chaise dans la salle à manger avec un appareil fonctionnel.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a observé la personne résidente 002 qui se reposait dans son lit, l'intervention de prévention des chutes n'avait pas été correctement mise en œuvre.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IAA 114, qui a confirmé qu'étant donné que la personne résidente 002 était tombée et avait subi une blessure, elle aurait dû avoir en place les interventions de prévention des chutes quand elle était tombée de nouveau quelques jours plus tard.



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

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

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

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

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 137 qui a déclaré que la personne résidente aurait dû avoir des interventions de prévention des chutes mises en œuvre en tout temps, même quand elle était au lit.

Le 11 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 120 (qui s'occupe d'habitude de cette personne résidente) et qui a confirmé que, depuis la chute, on avait mis en œuvre des interventions particulières de prévention des chutes en tout temps.

Le 13 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 138 qui a confirmé que la personne résidente 002 nécessitait des interventions particulières mises en œuvre en tout temps.

Le 13 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IA 139 qui a confirmé que la personne résidente 002 était revenue de l'hôpital en juin 2017. L'IA 139 a confirmé que la personne résidente n'avait pas les interventions de prévention des chutes mises en œuvre au moment de la chute. [Paragraphe 6 (7)]

La décision d'émettre un ordre de conformité était fondée sur le potentiel de préjudice réel causé à la santé et à la sécurité des personnes résidentes 002 et 008. On a déterminé que l'étendue de la non-conformité était une tendance et le foyer continue d'avoir des cas de non-conformité relativement à ce domaine de la loi. Des antécédents de non-conformité ont été précédemment détectés lors des inspections suivantes : 2016_320612_0007 - un PRV, 2015_282543_0023 - un PVR, et 2015_380593_0015 - un avis écrit.

(543)

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

30 novembre 2017 (A1)



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

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

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

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

Ordre no : 003 **Type d'ordre :** Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes du :

paragraphe 6 (10) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé;
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).

Ordre :

Le titulaire de permis doit :

- a) veiller à ce que toutes les personnes résidentes soient réévaluées et à ce que leur programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins des personnes résidentes en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.
- b) élaborer et mettre en œuvre un système de surveillance pour veiller à ce que, lorsque les besoins des personnes résidentes évoluent, les personnes résidentes soient réévaluées, leurs programmes de soins révisés, et à ce que le personnel soit tenu au courant des changements et fournissent les soins à la personne résidente selon ce qui figure dans le programme de soins.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

D'après sa plus récente évaluation du minimum de données standardisées [Minimum Data Set (MDS)], la personne résidente 007 avait eu une nouvelle fracture au cours des 180 derniers jours.

L'inspectrice 543 a examiné le dossier médical de la personne résidente, en particulier les notes d'évolution de mai 2017 qui mentionnaient qu'une radiographie avait détecté une blessure particulière.

L'inspectrice a examiné le plus récent programme de soins de la personne résidente, particulièrement concernant sa blessure; il indiquait que le personnel devait s'assurer de mettre un appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a remarqué que la personne résidente 007 n'avait pas d'appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 103, qui a confirmé que la personne résidente 007 nécessitait toujours un appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé la/le PSSP 114 qui a déclaré que la personne résidente n'avait plus besoin d'appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure.

Le 12 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IA 118 au sujet de la personne résidente qui nécessitait un appareil fonctionnel à l'endroit de la blessure. L'IA a déclaré que la personne résidente n'avait plus besoin de l'appareil fonctionnel, et qu'il n'était utilisé qu'à titre d'intervention en soins infirmiers. L'inspectrice a informé l'IA que le programme de soins de cette personne résidente indiquait de s'assurer que l'appareil fonctionnel était en place. L'IA a confirmé que le programme de soins aurait dû être mis à jour. [Alinéa 6 (10) b)]

2. D'après sa plus récente évaluation du minimum de données standardisées [MDS], la personne résidente 002 avait une nouvelle fracture, et avait aussi fait une chute au cours des 30 derniers jours.

Un rapport d'incident critique avait été soumis au directeur en juin 2017. Selon le rapport d'incident critique, la personne résidente 002 était entrée dans la chambre d'une autre personne résidente et avait été poussée, était tombée et s'était blessée.

L'inspectrice 543 a examiné le plus récent programme de soins de la personne résidente 002, qui mentionnait que le personnel mettrait en œuvre des interventions particulières concernant les chutes. Ce programme de soins indiquait également que le personnel veillerait à ce que l'environnement de la personne résidente soit sûr pendant qu'elle est sujette à l'errance.



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

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*

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

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*

Les 11, 13 et 14 juillet 2017, l'inspectrice 543 a observé la personne résidente 002 dans divers endroits du foyer. Pendant la totalité des trois jours, on remarquait que la personne résidente était assise sur une chaise.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 543, les PSSP 114 et 137 ont indiqué que la personne résidente n'était plus capable de se déplacer, et qu'elle utilisait un appareil fonctionnel depuis la chute de juin 2017.

Le 13 juillet 2017, l'inspectrice 543 a interrogé l'IA 139, qui a confirmé que la personne résidente 002 n'était plus capable de se déplacer. L'inspectrice a indiqué que le programme de soins de la personne résidente mentionnait que celle-ci pouvait errer librement dans l'endroit du foyer où elle se trouvait. L'IA 139 a déclaré que la personne résidente n'était plus capable de se déplacer et que l'on aurait dû mettre à jour le programme de soins.
[Alinéa 6 (10) b)]

La décision d'émettre un ordre de conformité était fondée sur le potentiel de préjudice réel causé à la santé et à la sécurité des personnes résidentes 002 et 007. On a déterminé que l'étendue de la non-conformité était une tendance et que le foyer continue d'avoir des cas de non-conformité relativement à ce domaine de la loi. Des antécédents de non-conformité précédents ont été détectés lors des inspections suivantes : 2016_320612_0007 - un PRV, 2015_380593_0015 - un AE, et 20014_282543_0029 - un PVR.

(543)

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

30 novembre 2017



Ministry of Health and
Long-Term Care

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

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENDRE AVIS :

Le 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, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

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.



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

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*

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

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*

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 registrateur(e)
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 2T5

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



**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***

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.

Date de délivrance : 24 octobre 2017

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Tiffany Boucher

Bureau régional de services : Bureau régional de services de Sudbury

