



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

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

**Public Copy/
Copie destinée au public**

Report Date(s)/ Date(s) du rapport	Inspection No/ N° de l'inspection	Log #/ N° de registre	Type of Inspection/ Type d'inspection
Dec 19, 2018	2018_655679_0032	002536-18, 005634-18, 006242-18, 011968-18, 013411-18, 031487-18, 031818-18, 031827-18	Critical Incident System

Licensee/Titulaire de permis

Centre de santé St-Joseph de Sudbury
1140 South Bay Road, SUDBURY, ON P3E 0B6

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

Villa St-Gabriel de Sudbury
4690 Municipal Road 15, Chelmsford, ON P0M 1L0

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

MICHELLE BERARDI (679), SHELLEY MURPHY (684)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection



Le but de cette inspection était d'inspecter le Système de rapport obligatoire d'incidents critiques.

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : du 26 au 30 novembre 2018.

Les rapports suivants ont été inspectés lors de cette inspection du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques :

- trois rapport soumis au directeur pour des épidémies à l'intérieur du foyer ;
- un rapport soumis au directeur pour comportement illégal entre deux résidents ;
- deux rapports soumis au directeur pour des allégations de mauvais traitement envers les résidents ;
- deux rapports soumis au directeur pour les chutes de résidents.

Une inspection des plaintes (2018_655679_0031) et une inspection de suivi (2018_655679_0030) ont été effectuées en même temps que cette inspection.

L'inspecteur 736 était présent tout au long de l'inspection.

Au cours de l'inspection, le ou les inspecteurs ont discuté avec l'administrateur, le directeur des soins (DDS), le directeur adjoint des soins (DADS), le coordonnateur des admissions, le soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (SOIC), les infirmiers/infirmières auxiliaires autorisé(e)s (IAA), les infirmiers/infirmières autorisé(e)s (IA), les assistants de soins personnels (ASP), les résidents et leurs familles.

Les inspecteurs ont également effectué une visite quotidienne des zones de soins des résidents, ont observé la fourniture de soins et de services aux résidents, ont observé les interactions entre le personnel et les résidents, ont examiné les dossiers de soins de santé pertinents, les notes d'enquête internes, les dossiers de formation du personnel, les dossiers de plainte, ainsi que les politiques et procédures pertinentes.

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

**Prévention des chutes
Prévention et contrôle des infections
Comportements réactifs**

Au cours de cette inspection, des non-conformités ont été émises.

**2 AE
4 PVR
0 OC**



0 RD
0 OTA

NON-COMPLIANCE / NON - RESPECT DES EXIGENCES

<p>Legend</p> <p>WN - Written Notification VPC - Voluntary Plan of Correction DR - Director Referral CO - Compliance Order WAO - Work and Activity Order</p>	<p>Légende</p> <p>WN - Avis écrit VPC - Plan de redressement volontaire DR - Aiguillage au directeur CO - Ordre de conformité WAO - Ordres : travaux et activités</p>
<p>Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).</p> <p>The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.</p>	<p>Le non-respect des exigences de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD) a été constaté. (une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD.</p> <p>Ce qui suit constitue un avis écrit de non- respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.</p>

AE n° 1 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la LFSLD, 2007 S.O. 2007, c. 8, art. 6. Plan de soins

Ne s'est pas conformé à ce qui suit :

art. 6 (9) Le titulaire de permis doit s'assurer que les éléments suivants sont documentés :

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

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'obligation de documentation des éléments suivants : la fourniture des soins énoncés dans le programme de soins.

L'inspecteur 684 a examiné un rapport d'incident critique (IC) soumis au directeur concernant une chute pour le résident 003. Le rapport d'IC a révélé que le résident 003 était tombé et qu'il avait été blessé.

L'inspecteur 684 a examiné un dossier de soins de santé pour le résident 003 portant sur un mois précis, pour un certain nombre d'interventions de prévention des chutes, et a noté l'absence de documentation pour un nombre spécifié de quarts de travail indiquant si les interventions avaient été fournies. Un examen supplémentaire du dossier de soins de santé spécifié pour le résident 003 portant sur un mois différent a permis de déterminer la documentation manquante sur un nombre spécifié de quarts de travail pour une intervention de prévention des chutes.

Au cours d'un entretien avec l'assistant de soins aux patients 116, ils ont informé l'inspecteur 684 qu'il y avait un certain nombre d'interventions de prévention des chutes pour le résident 003. L'inspecteur 684 a demandé à l'assistant de soins aux patients 116 s'il avait documenté ces interventions et, le cas échéant, où celles-ci avaient été documentées. L'assistant de soins aux patients 116 a déclaré que les informations se trouvent dans le programme de soins et que les interventions sont documentées dans des dossiers de point de service.

L'inspecteur 684 a également interrogé l'IAA 105 qui a déclaré qu'il ne devrait pas y avoir d'espaces vides dans les dossiers de point de service.

L'inspecteur 684 a examiné la politique intitulée « Documentation » révisée le 1er juin 2018, qui indiquait que la documentation prouvait que les exigences en matière de soins avaient été respectées et que les interventions des membres de l'équipe avaient été effectuées. La politique indiquait en outre que le personnel infirmier devait documenter les points de service le plus tôt possible après l'événement.

L'inspecteur 684 s'est entretenu avec le DDS au sujet des dossiers de point de service du résident 003 et a confirmé qu'il ne devrait pas y avoir d'espaces vides dans les dossiers de point de service. [art. 6. (9) 1.]

2. L'inspecteur 684 a effectué un suivi de l'ordonnance de conformité 001 de l'inspection 2018_657681_0006 qui exigeait un examen du programme de soins du résident 010.

L'inspecteur 684 a examiné le dossier de soins de santé spécifié du résident 010 au cours d'un nombre spécifié de mois et a constaté l'absence de documentation sur plusieurs quarts de travail indiquant si les interventions avaient été effectuées.

Au cours d'un entretien avec l'assistant de soins aux patients 104, l'inspecteur 684 a été informé que si un résident avait eu des interventions de prévention des chutes, celles-ci seraient documentées dans le point de

service. L'inspecteur

684 a demandé à l'assistant de soins aux patients 104 s'il pourrait y avoir un moment où la documentation du point de service pourrait ne pas être complétée, ce à quoi ils ont répondu qu'il ne devrait pas y avoir d'espaces vides dans le point de service, et que s'il y avait des espaces vides, la personne n'avait pas inscrit les informations.

L'inspecteur 684 a également interrogé l'IAA 105 qui a déclaré, après avoir examiné le dossier de santé spécifié, qu'il n'aurait pas dû laisser d'espaces vides dans les dossiers de point de service.

L'inspecteur 684 s'est entretenu avec le DSS au sujet des dossiers de point de service du résident 010 et a confirmé qu'il ne devrait pas y avoir d'espaces vides dans les dossiers de point de service. [art. 6. (9) 1.]

Actions requises supplémentaires :

PRV - en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, S.O. 2007, c. 8, art. 152 (2), il est demandé au titulaire de permis de préparer un plan de correction écrit visant à assurer la conformité, en veillant à ce les soins décrits soient fournis dans le programme de soins lié aux interventions de prévention des chutes pour les résidents et qu'ils soient documentés et mis en place volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le règlement de l'Ontario 79/10, art. 26. Plan de soins

Ne s'est pas conformé à ce qui suit :

art. 26. (3) Un programme de soins doit être basé, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire des éléments suivants concernant le résident :

10. Problèmes de santé, incluant les allergies, les douleurs, les risques de chute et les autres besoins spéciaux. Règ. O. 79/10, art. 26 (3).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins repose au minimum sur une évaluation interdisciplinaire des aspects suivants concernant le résident : les problèmes de santé incluant les allergies, les douleurs, les risques de chute et les autres besoins spéciaux.

L'inspecteur 684 a examiné un rapport de l'IC qui a été soumis au directeur concernant une chute d'un résident. Le rapport indiquait qu'au moment de la chute, aucune mesure de prévention des chutes n'était en place.

L'inspecteur 684 a examiné le programme de soins du résident qui était en place au moment de la chute et a noté qu'il n'y avait aucun programme de soins, objectifs ou interventions lié aux chutes du résident 004.

L'inspecteur 684 a examiné les notes d'évolution et a découvert que le résident 004 avait subi un certain nombre de chutes. La note d'évolution indiquait qu'après la première chute, le récit du résident sur la façon dont la chute avait eu lieu indiquait une raison précise.

Au cours d'une entrevue, l'IA 103 a déclaré qu'un programme de soins pour les chutes devrait être mis en place lors de l'admission, si le résident présentait un risque de modéré à élevé, mais qu'il/elle pensait qu'il était obligatoire de l'indiquer dans le programme de soins pour toutes les personnes concernées par l'échelle de risque des chutes Morse.

L'inspecteur 684 a examiné le programme de prévention et de gestion des chutes (date de publication : le 1er juin 2009). Dans l'article sur la procédure, il était écrit « Basé sur le niveau de risque de faible, moyen, élevé à très élevé, un programme de soins pour la prévention des chutes est lancé/mis à jour ».

Au cours d'une entrevue avec le DDS et l'inspecteur 684 concernant la prévention des chutes, ils ont déclaré qu'ils créeraient un programme de soins pour la prévention des chutes pour un résident qui souffre d'un problème de santé spécifique et qui aurait dû être réévalué. Le DDS a confirmé que le résident 004 aurait dû bénéficier d'un programme de soins pour la prévention des chutes, ce qui n'a pas été fait. [art. 26. (3) 10.]

Actions requises supplémentaires :

PRV - en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, S.O. 2007, c. 8, art. 152 (2), il est demandé au titulaire de permis de préparer un plan de correction écrit visant à assurer la conformité, en veillant à ce les soins décrits soient fournis dans le programme de soins lié aux interventions de prévention des chutes pour les résidents et qu'ils soient documentés et mis en place volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le règlement de l'Ontario 79/10, art. 107. Rapports sur les incidents critiques

Ne s'est pas conformé à ce qui suit :

art. 107. (1) Tout titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit s'assurer que le directeur est immédiatement informé, de manière aussi détaillée que possible dans les circonstances, de chacun des incidents suivants dans le foyer, et de lui faire parvenir ensuite le rapport requis en vertu du paragraphe (4) :

5. Épidémie d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une maladie transmissible au sens de la Loi sur la protection et la promotion de la santé. Règ. O. 79/10, art. 107 (1).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé, de manière aussi détaillée que possible dans les circonstances, de l'incident suivant dans le foyer : l'apparition d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une maladie transmissible au sens de la Loi sur la protection et la promotion de la santé.

A) Le 11 juin 2018, un rapport d'IC sur le déclenchement d'une maladie à déclaration obligatoire ou transmissible a été soumis au directeur. Le rapport d'IC indiquait que l'épidémie s'est déclarée le 9 juin 2018, deux jours avant la soumission du rapport d'IC.

L'inspecteur 679 a examiné le rapport d'IC interne du foyer concernant cette éclosion et a découvert un document de Santé publique Sudbury et districts (PHSD) qui indiquait qu'en raison de symptômes signalés affectant les résidents de la maison, une éclosion s'était déclarée le 9 juin 2018.

B) Le 1er juin 2018, un rapport d'IC sur le déclenchement d'une maladie à déclaration obligatoire ou transmissible a été soumis au directeur. Le rapport d'IC indiquait que l'épidémie s'est déclarée le 30 mai 2018, deux jours avant la soumission du rapport d'IC.

L'inspecteur 679 a examiné le rapport d'IC interne du foyer concernant cette éclosion et a découvert un document du PHSD indiquant que, en fonction des symptômes signalés affectant les résidents du foyer, une éclosion s'est déclarée le 29 mai 2018.

C) Le 26 octobre 2018, un rapport d'IC sur le déclenchement d'une maladie à déclaration obligatoire ou transmissible a été soumis au directeur. Le rapport d'IC indiquait que l'épidémie s'est déclarée le 24 octobre 2018, deux jours avant la soumission du rapport d'IC.

L'inspecteur 679 a examiné le rapport d'IC interne du foyer concernant cette éclosion et a découvert un courriel de l'administrateur du foyer en date du 24 octobre 2018, indiquant que le bureau de santé publique avait déclaré un type spécifique d'épidémie.

Un examen de la politique intitulée « Critical Incident », révisé pour la dernière fois le 13 décembre 2017, a révélé qu'une épidémie de maladies à déclaration obligatoire ou transmissibles devait être signalée immédiatement à l'aide du Système de rapport d'incidents critiques SIC en ligne les jours de semaine et par téléavertisseur après les heures de bureau et lors des jours fériés.

Lors d'un entretien avec le DADS, qui était également le responsable du contrôle de l'infection, ils ont déterminé qu'une écloison serait rapportée au directeur, soit le jour de l'épidémie, ou le lendemain. L'inspecteur 679 a examiné les dates de déclaration d'IC avec le DADS. Le DADS a indiqué qu'il connaissait les exigences en matière de rapport qui stipulaient que les éclosions devaient être immédiatement signalées au directeur. [art. 107. (1) 5.]

Actions requises supplémentaires :

VPC - en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, S.O. 2007, c. 8, art. 152 (2) il est demandé au titulaire de permis de préparer un plan de correction écrit visant à assurer la conformité, en veillant à ce les soins décrits soient fournis dans le programme de soins lié aux interventions de prévention des chutes pour les résidents et qu'il soit documenté et mis en place volontairement.

AE no. 4: Le titulaire de permis n'a pas respecté le règlement de l'Ontario 79/10, art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections

Ne s'est pas conformé à ce qui suit :

art. 229. (5) Le titulaire de permis veille à ce que, à chaque quart de travail, (b) les symptômes soient enregistrés et que des mesures immédiates soient prises si nécessaire. Règ. O. 79/10, art. 229 (5).

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, à chaque quart de travail, les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les résidents soient enregistrés.

Deux rapports d'IC ont été soumis au directeur pour des épidémies de maladies à déclaration obligatoire ou transmissibles dans le foyer. Chaque rapport d'IC indiquait qu'il y avait un nombre spécifié de cas de maladie confirmés au cours de l'éclosion.

A) L'inspecteur 679 a examiné un document intitulé « Line Listing » concernant une épidémie, lequel indiquait qu'un certain nombre de résidents présentaient des symptômes.

L'inspecteur 679 a examiné les notes d'évolution des résidents 007 et 008 et a noté le manque de documentation pour un nombre spécifié de quarts de travail.

B) L'inspecteur 679 a examiné un document intitulé « Line Listing » concernant une épidémie, lequel indiquait qu'un certain nombre de résidents présentaient des symptômes.

L'inspecteur 679 a examiné les notes d'évolution pour le résident 011 et a noté le manque de documentation pour un nombre spécifié de quarts de travail.

Lors d'un entretien avec l'IA 101, ils ont constaté que les symptômes étaient surveillés à chaque quart de travail et qu'ils devraient être documentés dans les notes d'évolution.

Lors d'un entretien avec le DADS, qui était également le responsable du contrôle des infections, ils ont établi que les symptômes étaient surveillés à chaque quart de travail et qu'ils devraient être documentés dans les notes d'évolution. Ensemble, l'inspecteur 679 et le DADS ont examiné les notes de d'évolution. Le DADS a confirmé qu'il n'y avait pas de documentation aux dates spécifiées. [art. 229. (5) (b)]

Actions requises supplémentaires :

VPC - en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, S.O. 2007, c. 8, art. 152 (2), il est demandé au titulaire de permis de préparer un plan de correction écrit visant à assurer la conformité, en veillant à ce les soins décrits soient fournis dans le programme de soins lié aux interventions de prévention des chutes pour les résidents et qu'il soit documenté et mis en place volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la LFSLD, 2007 S.O. 2007, c. 8, art. 3. Charte des droits des résidents.

Ne s'est pas conformé à ce qui suit :

art. 3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit s'assurer que les droits des résidents suivants soient pleinement respectés et encouragés :

21. Chaque résident a le droit de rencontrer en privé son ou sa conjoint(e) ou une autre personne dans une pièce qui respecte sa vie privée. 2007, c. 8, art. 3 (1).

Findings/Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident ait le droit de s'entretenir en privé avec son ou sa conjoint(e) ou une autre personne dans une pièce qui respecte sa vie privée.

Un rapport d'IC a été soumis au directeur pour un incident de comportement illégal. Le rapport d'IC indique que les résidents 001 et 002 ont été vus en train de se rencontrer en privé. Le rapport d'IC a également révélé que des mesures étaient en place pour empêcher les résidents de se rencontrer en privé.

L'inspecteur 679 a examiné les notes d'évolution électroniques et celles-ci indiquaient que les résidents se rencontraient auparavant en privé. Les notes d'évolution détaillées des résidents 001 et 002 démontrent l'intervention d'un membre du personnel lorsque les résidents ont tenté de se rencontrer en privé.

L'inspecteur 679 a examiné le programme de soins électronique du résident 001, qui faisait état d'un objectif spécifique, ainsi que des interventions visant à gérer le résident essayant de rencontrer en privé le résident 002.

L'inspecteur 679 a examiné le programme de soins électronique du résident 002, qui faisait état d'un objectif spécifique, ainsi que des interventions visant à gérer le résident essayant de rencontrer en privé le résident 001.

Lors d'un entretien avec le PSW 110, ils ont indiqué que les résidents seraient mécontents si le personnel s'impliquait ou tentait de les empêcher de se rencontrer en privé. Le PSW 110 a indiqué que des interventions spécifiques étaient mises en place pour empêcher les résidents de se rencontrer en privé.

Lors d'un entretien avec l'IAA 102, ils ont indiqué que les résidents seraient mécontents du fait que le personnel tente de les séparer.

Lors d'un entretien avec l'IAA du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO) 108, ils ont constaté que le foyer avait mis en œuvre des interventions spécifiques pour empêcher les résidents de se rencontrer en privé. L'IAA du STCO 108 a indiqué que les résidents seraient mécontents si des membres du personnel intervenaient lors de rencontres privées.

Un examen de la politique des foyers a révélé que chaque résident/patient avait le droit de rencontrer en privé son conjoint/partenaire ou une autre personne dans une pièce qui respecte sa vie privée.

Lors d'un entretien avec le DDS, ils ont constaté que le foyer avait mis en place des interventions pour gérer les interactions entre les résidents 001 et 002. L'inspecteur a demandé si les résidents étaient mécontents d'être séparés, ce à quoi le DDS a répondu qu'ils étaient en effet mécontents d'être séparés.

AE n° 6 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la LFSLD, 2007 S.O. 2007, c. 8, art. 76. Formation

Ne s'est pas conformé à ce qui suit :



art. 76. (4) Chaque titulaire de permis doit veiller à ce que les personnes qui ont suivi la formation prévue au paragraphe (2) reçoivent à l'occasion ou à des intervalles prévus dans les règlements, une autre formation concernant les domaines mentionnés dans ce paragraphe. 2007, c. 8, art. 76. (4).

Findings/Faits saillants :

1. La titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel reçoive annuellement une nouvelle formation liée à la Charte des droits des résidents.

L'inspecteur 679 a examiné le dossier de formation intitulé « MOH Resident Rights Report » pour 2017, indiquant que quatre membres du personnel n'avaient pas terminé leur formation en droit des résidents pour 2017.

Un examen de la politique intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect », révisée pour la dernière fois le 6 juillet 2018, a révélé que la déclaration des droits des résidents et la politique sur la tolérance zéro en matière d'abus ou de négligence devaient être examinées avec chaque nouvel employé lors de l'orientation et chaque année par la suite.

Lors d'un entretien avec le DDS, ils ont fourni à l'inspecteur le dossier de formation « MOH Resident Rights Report ». Le DDS a confirmé que cette formation devait être suivie chaque année et que quatre membres du personnel ne l'avaient pas terminée. [art. 76. (4)]

Émis en cette journée du 20 décembre 2018

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

Rapport original signé par l'inspecteur.