

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

**Rapport d'inspection en vertu de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée****District du Nord**159 Cedar St, bureau 403 Sudbury  
(Ontario) P3E 6A5 Téléphone : 800 663-6965  
northdistrict.mlrc@ontario.ca**Rapport public original****Date de publication du rapport :** 23 janvier 2023**Numéro de l'inspection :** 2023-1467-0003**Type d'inspection :**

Plainte

Système de rapport obligatoire d'incidents critiques

**Titulaire de permis :** St. Joseph's Health Centre of Sudbury**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Gabriel's Villa of Sudbury, Chelmsford**Inspecteur principal**

Tracy Muchmaker (690)

**Signature numérique de l'inspecteur**Tracy L  
MuchmakerSigné numériquement par  
Tracy L Muchmaker  
Date : 2023.02.02 12:36:05  
-05'00'**Inspecteur(s) supplémentaire(s)**

Steven Naccarato (744)

Justin McAuliffe (000698) était présent lors de cette inspection.

**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**L'inspection a eu lieu à la (aux) date(s) suivante(s) :  
9-13 janvier 2023.

Le ou les registres suivants ont été inspectés :

- Deux registres, liés à des allégations de violence physique entre personnes résidentes;
- Un registre, lié à un comportement réactif d'une personne résidente;
- Deux registres, liés à des chutes ayant entraîné des blessures;
- Un registre, qui était une plainte liée à la gestion de la prévention des chutes;
- Un registre, qui était une plainte liée à la gestion des comportements réactifs.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés au cours de cette inspection :Prévention et contrôle des infections  
Comportements réactifs  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Avis relativement aux incidents

#### Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021

Non-respect de : l'al. 104 (1) a) Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la ou le mandataire spécial(e) d'une personne résidente soit immédiatement informé(e) d'une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.

Il y a eu un incident impliquant deux personnes résidentes, au cours duquel elles ont toutes deux subi des blessures mineures, et un incident critique (IC) a été soumis pour une allégation d'abus entre personnes résidentes. La ou le mandataire spécial(e) de la personne résidente n'a été informé(e) de l'incident que le lendemain.

Une infirmière ou infirmier autorisé (IA) et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont tous deux déclaré que si un incident avait entraîné une blessure et qu'un IC avait été soumis, la ou le DSI aurait dû être informé(e) au moment de l'incident.

Le fait de ne pas informer immédiatement la ou le mandataire spécial(e) d'une allégation de violence physique entre personnes résidentes présentait un faible risque pour la personne résidente.

Sources : un rapport d'IC, des entrevues avec un(e) IA et la ou le DSI.  
[690]

### AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

#### Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021

Non-respect de : l'al. 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une porte menant à une zone réservée aux non-résidents reste verrouillée lorsqu'elle n'est pas surveillée par le personnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

**Rapport d'inspection en vertu de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**District du Nord**

159 Cedar St, bureau 403 Sudbury  
(Ontario) P3E 6A5 Téléphone : 800 663-6965  
northdistrict.mlrc@ontario.ca

**Justification et résumé**

À une date déterminée, un ordre de travail a été soumis au personnel d'entretien concernant une porte menant à une zone réservée aux non-résidents qui ne pouvait pas être verrouillée.

Le personnel d'entretien n'a trouvé aucun problème avec la serrure de la porte et l'ordre de travail a été fermé le jour suivant.

Un incident s'est produit à une date identifiée impliquant une personne résidente, lié au fait que la porte n'était pas verrouillée. Un autre ordre de travail concernant la même porte a été créé le même jour parce que la porte ne pouvait pas être verrouillée; cependant, le problème concernant la serrure de la porte n'a été résolu que trois jours plus tard.

L'administratrice ou l'administrateur a déclaré que les portes des zones réservées aux non-résidents devaient toujours être verrouillées, en raison des dangers potentiels pour les personnes résidentes qui se trouvent à l'intérieur des pièces. Cette personne a également déclaré que la serrure de la porte aurait dû être réparée immédiatement, avec des mesures en place pour assurer la sécurité des personnes résidentes jusqu'à ce que le problème soit résolu.

Le fait que la porte menant à une zone réservée aux non-résidents n'était pas verrouillée représentait un risque modéré pour la personne résidente.

**Sources** : dossiers de santé électroniques d'une personne résidente; deux ordres de travail; entrevues avec l'administratrice ou l'administrateur et d'autres membres du personnel.

[744]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

**Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021**

Non-respect de : l'al. 29 (3) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comportement réactif spécifié d'une personne résidente soit identifié dans le plan de soins.

Les notes d'évolution d'un résident ont identifié de multiples incidents d'un comportement réactif spécifié envers le personnel et les autres personnes résidentes au cours des trois derniers mois. Le plan de soins électronique du résident dans Point Click Care (PCC) ne comprenait aucun renseignement relatif au comportement réactif spécifié.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

**Rapport d'inspection en vertu de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**District du Nord**

159 Cedar St, bureau 403 Sudbury  
(Ontario) P3E 6A5 Téléphone : 800 663-6965  
northdistrict.mlrc@ontario.ca

Une personne préposée aux soins personnels (PPSP) et un(e) IA ont vérifié que la personne résidente présentait en fait le comportement réactif spécifié. L'IA et la ou le DSI ont déclaré que ces renseignements devaient être inclus dans le plan de soins.

L'absence d'informations sur le plan de soins concernant le comportement réactif spécifié présentait un risque faible pour la personne résidente.

Sources : les notes d'évolution d'une personne résidente; entrevues avec la ou le DSI et d'autres membres du personnel.

[690]

## **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

### **Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021**

Non-respect de : l'al. 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les réponses d'une personne résidente aux interventions pour la gestion des comportements réactifs soient documentées, spécifiquement en remplissant un outil d'évaluation identifié.

Le médecin d'une personne résidente avait ordonné que la documentation soit remplie sur l'outil d'évaluation identifié pendant une certaine période. Un examen de la documentation a montré qu'elle n'avait pas été entièrement remplie.

Une PPSP a indiqué qu'elle n'avait pas rempli la documentation conformément aux instructions de l'outil d'évaluation identifié. Un(e) IA et la ou le DSI ont également confirmé que la documentation n'avait pas été remplie conformément à l'ordre du médecin.

Le fait de ne pas remplir entièrement la documentation pour la personne résidente, comme l'avait ordonné le médecin, présentait un risque modéré pour la personne résidente.

Sources : les ordres du médecin d'une personne résidente; la documentation d'une personne résidente; des entrevues avec une PPSP, un(e) IA et la ou le DSI.

[690]

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

**Rapport d'inspection en vertu de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**District du Nord**

159 Cedar St, bureau 403 Sudbury  
(Ontario) P3E 6A5 Téléphone : 800 663-6965  
northdistrict.mlrc@ontario.ca

## **AVIS ÉCRIT : Règles générales**

### **Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRS LD, 2021**

Non-respect de : l'al. 93 (2) b) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que l'appareil de mobilité d'un résident soit nettoyé et désinfecté lorsqu'il était visiblement sale ou selon le calendrier établi.

Lors des observations de la personne résidente, les inspecteurs ont constaté que l'appareil de mobilité de la personne résidente était très sale. Une PPSP a déclaré qu'elle était au courant de l'état de l'appareil de mobilité, et qu'il en était ainsi depuis un certain temps. Le jour suivant, on a constaté qu'il était dans le même état. La documentation du point de service (PDS) de la personne résidente indiquait que l'appareil de mobilité devait être nettoyé toutes les semaines et n'avait pas été nettoyé la semaine précédente.

Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et la ou le DSI ont déclaré que l'appareil de mobilité aurait dû être nettoyé s'il était visiblement sale, et selon le calendrier établi.

Le fait que l'appareil de mobilité d'une personne résidente ne soit pas nettoyé et désinfecté lorsqu'il était visiblement sale présentait un faible risque pour la personne résidente.

Sources : Observations durant l'inspection; documentation du PDS d'une personne résidente; politique du foyer intitulée « Appareils de mobilité – Nettoyage », datée de septembre 2003; entrevues avec une PPSP, un(e) IAA et la ou le DSI.

[690]