



**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**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
12 juin 2015	2015_225126_0020	O-001160-14, 001524-15, 001665-15, 001221-14, 001248-14, 000410-14	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

CITY OF OTTAWA
Long Term Care Branch 275 Perrier Avenue OTTAWA ON K1L 5C6

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN
275 PERRIER STREET VANIER ON K1L 5C6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LINDA HARKINS (126)

Résumé de l'inspection



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

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

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

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

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

Cette inspection s'est tenue les 3, 4, 5, 8, 9 et 10 juin 2015.

Au cours de l'inspection, six incidents graves ont été examinés.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administratrice, les deux chefs des soins aux résidents (soins infirmiers, services de soutien personnel), plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP) et plusieurs résidents.

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

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

3 AE
2 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS

Définitions

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

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

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

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

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

- 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;**
 - b) les objectifs que visent les soins;**
 - 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).**

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 au résident 05 et au résident 06.

Un jour de février 2015, le résident 05 a affiché des comportements sexuels ciblant le résident 06. Le foyer en a informé le médecin, a rempli un formulaire d'aiguillage vers l'équipe psychogériatrique et mis en œuvre une surveillance individuelle du résident 05. Les médicaments du résident 05 ont été réévalués et modifiés selon les besoins de façon continue pendant plusieurs mois. Une conférence familiale a été tenue avec les familles des deux résidents concernés. Il a été expliqué et convenu avec les deux familles qu'il était acceptable que les résidents 05 et 06 aient ensemble des rapports

« affectueux ». Lors d'un entretien, l'IA 102 a défini « rapports affectueux » comme le fait de marcher ensemble, de se tenir par la main ou de s'embrasser sur la joue et défini les comportements sexuels comme étant, par exemple, le fait de toucher les seins et de toucher les parties génitales. Si des comportements sexuels étaient affichés, ils ne seraient pas acceptés et les deux résidents seraient séparés.

Plusieurs employés de l'unité ont été interrogés durant l'inspection et n'ont pas pu donner une définition claire de ce qui constitue des « rapports affectueux » ni de ce qui est acceptable ou ne l'est pas. L'IA 102 a indiqué que tous les membres du personnel auraient dû savoir car cela leur a été expliqué au moment du rapport.

L'IAA 100 et l'IA 102 n'ont pas trouvé le programme de soins écrit établissant des directives claires à l'intention du personnel sur ce qui constitue des rapports affectueux et les types de comportements qui seraient acceptables ou non.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident 07 et celui du résident 08 établissent des directives claires à l'intention du personnel.

Un jour d'octobre 2015, le résident 08 a giflé le résident 07 au visage, ce qui a causé à ce dernier une rougeur à l'œil gauche. Les notes d'évolution des deux résidents ont été examinées sur une période d'environ quatre mois. Il y est noté qu'il y a eu cinq incidents entre ces résidents et que, deux fois sur cinq, une lésion a été causée à un résident. Le programme de soins pour cette période a été examiné et il n'y a pas de programme de soins écrit indiquant que les résidents 07 et 08 risquaient d'afficher des comportements réactifs lorsqu'ils se trouvaient à proximité l'un de l'autre. [alinéa 6 (1) c)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins écrit établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs aux résidents 05, 06, 07 et 08. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

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 respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence.

Le titulaire de permis a en place une politique intitulée *Acknowledgement & understanding of prevention of Abuse Policy* (n° 750.65). Aux termes de cette politique, tel qu'indiqué à la rubrique « Operational Procedure », le personnel doit :

1. Signaler immédiatement à l'infirmière responsable tout soupçon ou toute allégation de mauvais traitement à l'égard d'un résident. Définition de « mauvais traitement » aux termes de la LFSLD et de l'annexe A.
4. Signaler l'allégation immédiatement à l'administratrice et au chef des soins aux résidents.
7. L'administratrice ou son représentant doit immédiatement informer :
 - le Service de police d'Ottawa si on pense que l'incident constitue une infraction criminelle;
 - le ministère de la Santé et des Soins de longue durée – se reporter à l'arbre décisionnel.
8. Le chef des soins aux résidents ou son représentant rempliront un rapport d'incident grave.

1) Un soir d'octobre 2014, le résident 01 a affiché des comportements sexuels ciblant le résident 02. Cet incident a été signalé au chef des soins aux résidents, l'employé 110, deux jours plus tard.

Le 4 juin 2014, l'inspectrice 126 a interrogé l'employée 110, chef des soins aux résidents, au sujet de cet incident. Cette dernière a indiqué que le rapport d'incident grave avait été présenté dès qu'elle avait été informée. Elle a examiné ses courriels pour voir si quelque chose avait été envoyé au ministère mais n'a trouvé aucun avis au ministère concernant cet incident particulier.

Le 4 juin 2014, l'inspectrice 126 a interrogé l'administratrice, qui a indiqué que normalement le personnel infirmier responsable doit appeler l'administratrice ou son représentant en dehors des heures de travail s'il y a un incident potentiel ou réel de mauvais traitement. L'administratrice a indiqué que lorsque la direction reçoit l'appel, elle doit informer l'Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage. L'administratrice a indiqué qu'elle savait que l'incident survenu un jour d'octobre 2014 n'avait pas été immédiatement signalé au ministère.

Contrairement à la politique du foyer, l'incident potentiel ou réel de mauvais traitement n'a pas été immédiatement signalé à l'administratrice ou à son représentant.

2) À deux dates distinctes de février 2015, le résident 05 a affiché des comportements sexuels ciblant le résident 06. Les deux incidents ont été examinés avec l'employée 110, chef des services aux résidents, trois jours après le dernier incident et un rapport d'incident grave a alors été préparé.

Contrairement à la politique du foyer, l'incident potentiel ou réel de mauvais traitement n'a pas été immédiatement signalé à l'administratrice ou à son représentant.

3) Un jour d'octobre 2014, un incident de mauvais traitement d'ordre physique est survenu entre le résident 07 et le résident 08. L'IA 103 a envoyé un courriel au directeur des soins et à l'administratrice pour les informer de cet incident de mauvais traitement. La politique du foyer exige que le personnel informe immédiatement l'administratrice ou son représentant de toute allégation de mauvais traitement.

Le 9 juin 2015, l'inspectrice 126 a interrogé l'employée 110, chef des soins aux résidents au sujet de l'incident d'octobre 2014. L'employée 110 a examiné le courriel reçu au sujet de cet incident et a indiqué qu'il avait été envoyé à elle-même et à l'administratrice mais n'avait pas été envoyé au ministère (Équipe centrale de réception, d'évaluation et de triage). Le rapport d'incident grave a été envoyé au ministère le lendemain.

Contrairement à la politique du foyer, l'incident potentiel ou réel de mauvais traitement n'a pas été immédiatement signalé à l'administratrice ou à son représentant.

4) Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque le résident 11 s'est plaint des soins reçus du PSSP de soir en avril 2014, à ce que le personnel infirmier signale immédiatement l'incident potentiel ou réel de mauvais traitement ou de négligence à la chef des soins aux résidents. La politique en vigueur exige que tout membre du personnel signale immédiatement à l'infirmière responsable tout incident soupçonné ou allégué de mauvais traitement.

L'examen de la documentation du résident 11 liée à l'incident de mauvais traitement potentiel d'ordre physique a révélé que, dans un courriel daté d'un jour d'avril 2014 et envoyé à l'employée 111, chef des soins aux résidents, par l'IA 112, l'IAA 108 avait informé l'employée 112 que le résident 11 s'était plaint du PSSP la semaine précédente et que l'IAA 109 avait confirmé que le résident s'était plaint à plusieurs reprises. Certains membres du personnel infirmier étaient au courant des préoccupations du résident 11 mais n'ont pas immédiatement informé l'infirmière responsable et n'ont pas fait de suivi concernant les préoccupations de ce résident. Les préoccupations du résident 11 ont été soulignées à l'administratrice par un membre de la famille un jour d'avril 2014. Il est noté que le PSSP qui a été dénoncé par le résident 11 n'a pas travaillé pendant cinq jours après les incidents en question et a été suspendu pour une période de huit jours supplémentaires en avril 2014. [par. 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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel comprend l'exigence inscrite dans la politique concernant la déclaration obligatoire. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 40.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque résident du foyer soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences.

Le 6 juin 2015, l'inspectrice 126 a vu les résidents 10, 12, 13, 14 et 15 en pyjama à 16 h 30.

Le 9 juin 2015, l'inspectrice 126 a vu les résidents 7, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18 et 19 qui étaient en pyjama à 17 h 25 et en train de dîner dans la salle à manger. L'inspectrice 126 a discuté de ces observations avec l'IA 103, qui a indiqué qu'elle ne savait pas exactement pourquoi ces résidents étaient en pyjama à cette heure. L'employé 103 a suggéré de demander au PSSP 105. Le PSSP 105 a indiqué que le résident 16 était en pyjama parce qu'il était mouillé et qu'il était difficile de l'habiller et que le résident 12 venait de prendre un bain. Le PSSP 106 s'est avancée et a expliqué que plusieurs de ces résidents lui avaient été confiés et qu'étant donné qu'elle travaille de 16 h à 20 h, elle mettait les résidents en pyjama avant le dîner car elle n'a pas assez de temps pour le faire après le dîner.



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*

Les programmes de soins écrits des résidents observés le 9 juin 2015 ont été examinés et aucune documentation n'y indiquait que ces résidents préféraient être en pyjama avant ou durant le dîner. [art. 40.]

Date de délivrance : 25 juin 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.