

**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**

**Long-Term Care Operations Division  
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des opérations relatives aux  
soins de longue durée  
Inspection des FSLD**

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St Suite 420  
OTTAWA ON K1S 3J4  
Telephone: 613 569-5602  
Facsimile: 613 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
OTTAWA ON K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

**Copie du rapport public**

---

<b>Date du rapport :</b>	<b>N° d'inspection :</b>	<b>N° de registre :</b>	<b>Type d'inspection :</b>
29 novembre 2021	2021_818502_0004	012027-21, 012875-21, 012887-21, 013463-21	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

---

**Titulaire de permis**

Revera Long Term Care Inc.  
5015, Spectrum Way, bureau 600, Mississauga, ON L4W 0E4

---

**Foyer de soins de longue durée**

Montfort  
705, route de Montréal, Ottawa ON K1K 0M9

---

**Nom de l'inspectrice ou des inspectrices**

JULIENNE NGONLOGA (502), MANON NIGHBOR (755)

---

**Résumé de l'inspection**

---

**Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.**

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 8, 9, 10 et 12 novembre 2021.**

**Cette inspection du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) comportait les éléments suivants :**

- registre n° 013463-21 (IC n° 2886-000015-21) concernant des allégations de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente,**
- registre n° 012875-21 (IC n° 2886-000012-21) concernant des comportements réactifs,**
- registre n° 012887-21 (IC n° 2886-000013-21) et registre n° 012027-21 (IC n° 2886-000011-21) concernant des allégations de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec personnes suivantes : directrice générale ou directeur général, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), spécialiste en prévention et contrôle des infections (PCI), responsable des loisirs, responsable du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI/spécialiste du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), adjointe administrative ou adjoint administratif, et personnes résidentes.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont observé les interactions entre les personnes résidentes et le personnel et l'environnement d'une personne résidente; elles ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des registres d'administration des médicaments, le document intitulé Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS<sup>®</sup>), les horaires du personnel, la politique relative aux mauvais traitements et un dossier pertinent du foyer.**

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*

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles  
Comportements réactifs

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

3 AE  
3 PRV  
0 OC  
0 RD  
0 OTA

**NON-RESPECT DES EXIGENCES**

**Définitions**

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

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

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

**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 concernant ce qui suit :**

**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. (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).**

**Constatations :**

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

Une personne résidente déterminée a une déficience cognitive légère. Les notes d'évolution pour la période déterminée mentionnaient que la personne résidente avait manifesté dans l'unité des comportements précis envers d'autres personnes résidentes ayant une déficience cognitive comme suit :

- à une date déterminée et à plusieurs reprises, la personne résidente avait manifesté des comportements précis envers deux personnes résidentes déterminées. Le personnel avait documenté que la personne résidente continuait de se préoccuper essentiellement de la personne résidente déterminée tout en cherchant son conjoint ou sa conjointe;
- à une autre date déterminée, deux personnes résidentes déterminées avaient manifesté un comportement précis dans une aire de soins déterminée. Le comportement d'une des deux personnes résidentes avait empiré quand un membre du personnel était intervenu.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle aimait avoir des contacts sociaux, mais qu'elle devait être surveillée quand elle était en présence d'autres personnes.

Lors d'entretiens distincts, la ou le responsable du Projet OSTC et la ou le DSI ont déclaré que le jour de l'incident, un membre du personnel était chargé de surveiller les couloirs et de rediriger les personnes résidentes pour veiller à leur sécurité.

Un membre du personnel, qui avait été chargé de la surveillance des couloirs, et de veiller à la sécurité des personnes résidentes, a indiqué avoir informé un autre membre du personnel avant de quitter l'unité. Un autre membre du personnel a indiqué ne pas être au courant que les couloirs étaient sans surveillance, car le membre du personnel affecté à cette tâche ne l'avait pas informé avant de quitter l'unité.

**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**

Les couloirs ont été sans surveillance pendant une durée déterminée, durant cette période, une séquence vidéo de caméra de surveillance montrait un autre membre du personnel qui entrait et sortait de chambres de personnes résidentes, mais qui ne vérifiait pas la chambre de la personne résidente déterminée, ce qui a eu pour conséquence que les personnes résidentes susmentionnées ont adopté un comportement précis dans une aire du foyer déterminée.

Le programme de soins ne fournissait pas une directive claire au personnel affecté à la surveillance de la personne résidente pour veiller à ce qu'un autre membre du personnel fût au courant qu'il partait pour sa pause et pour veiller à ce que la personne résidente déterminée fût surveillée pendant cette période.

Sources : Notes d'enquête du foyer, évaluation de la personne résidente déterminée dans le système RAI-MDS, notes d'évolution, programme de soins, SIC n° 2886-000015-21; entretien avec du personnel, avec la ou le responsable du Projet OSTC et la ou le DSI. [Disposition 6. (1) c)] (502)

2. 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 précisait le programme.

Une personne résidente déterminée avait une déficience cognitive grave et elle manifestait certains comportements socialement inadéquats.

Le programme de soins actuel de la personne résidente demandait au personnel de surveiller étroitement la personne résidente en raison de ses comportements susmentionnés.

Lors d'entretiens distincts, la ou le responsable du Projet OSTC et la ou le DSI ont déclaré que le jour de l'incident susmentionné, un membre du personnel était chargé de surveiller les couloirs et de rediriger les personnes résidentes pour veiller à leur sécurité.

Un membre du personnel, qui avait été chargé de la surveillance des couloirs, et de veiller à la sécurité des personnes résidentes, a indiqué avoir informé un autre membre du personnel avant de quitter l'unité. À son retour à l'unité, le membre du personnel n'a pas vu la personne résidente qui errait dans l'unité selon son habitude. Il s'est renseigné auprès d'un autre membre du personnel, et ils ne savaient pas où se trouvait la personne résidente jusqu'à ce qu'on la trouve dans une chambre déterminée. Un membre du personnel déterminé a indiqué ne pas être au courant que les couloirs étaient sans surveillance, car le membre du personnel affecté à cette tâche ne l'avait pas informé avant de quitter l'unité.

En laissant le couloir sans surveillance, la personne résidente susmentionnée n'était pas étroitement surveillée et n'était donc pas protégée contre le comportement susmentionné d'une autre personne résidente.

Sources : Évaluation de la personne résidente déterminée par le système RAI-MDS, notes d'évolution, programme de soins, SIC n° 2886-000015-21, entretien avec du personnel, avec la ou le responsable du Projet OSTC et la ou le DSI.  
[Paragraphe 6. 7] (502)

***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 le programme de soins écrit établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente, et à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 53. Comportements réactifs**

**En particulier concernant ce qui suit :**

**Par. 53. (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :**

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**
- c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 53 (4).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les réactions des personnes résidentes aux interventions en matière de comportements réactifs fussent documentées dans la fiche de collecte de données du Système d'observation de la démence du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO-DOS<sup>®</sup>).

Les notes d'évolution pour une période déterminée mentionnaient qu'une personne résidente déterminée manifestait constamment des comportements précis dans des aires de soins déterminées. La personne résidente était totalement incapable de comprendre un ordre. Elle devait être étroitement surveillée et l'on avait établi une fiche de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup> pour la surveillance. Les fiches de collecte de données comportent trois étapes à effectuer dans le cadre de la surveillance.

Lors d'un examen de deux fiches de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup> pour la personne résidente, on remarquait qu'elles ne mentionnaient pas la date de début ou la date de fin de la surveillance. L'étape 1 et l'étape 3 étaient laissées en blanc. L'étape 2 des trois étapes identifiées sur la fiche de collecte de données était incomplète lors de plusieurs postes de jour, du soir ou de nuit pendant la période susmentionnée.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 755, la ou le responsable du Projet OSTC a confirmé que l'on aurait dû documenter les réactions de la personne résidente aux interventions lors de chaque poste de travail et analyser les données hebdomadaires recueillies.

**Sources :**

Notes d'évolution de la personne résidente et fiche de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup>; entretien avec la ou le responsable du Projet OSTC.

[Disposition 53. (4) c)] (502)

2. Un examen des notes d'évolution indiquait qu'à une date déterminée et à deux reprises distinctes, une personne résidente déterminée avait manifesté un comportement précis envers deux personnes résidentes déterminées. À une autre date déterminée, la personne résidente avait manifesté un comportement précis envers une troisième personne résidente déterminée.

Le personnel devait surveiller la personne résidente déterminée et la rediriger vers sa chambre quand elle commençait à manifester les comportements susmentionnés. On avait commencé une fiche de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup> après chaque incident susmentionné.

**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**

Un examen de la fiche de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup> pour la personne résidente, commencée pour les périodes déterminées, montrait que l'étape 2 des trois étapes identifiées sur la fiche de collecte de données était incomplète lors de plusieurs postes de jour, du soir et de nuit pendant la période susmentionnée. Un examen plus approfondi montrait que la ou le responsable du Projet OSTC avait indiqué avant de la signer que la fiche de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup> était incomplète.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 755, la ou le responsable du Projet OSTC a confirmé que l'on aurait dû documenter les réactions de la personne résidente aux interventions lors de chaque poste de travail et analyser les données hebdomadaires recueillies.

**Sources :**

Notes d'évolution de la personne résidente et fiche de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup>. Entretien avec la ou le responsable du Projet OSTC.

[Disposition 53. (4) c)] (502)

3. Deux personnes résidentes déterminées avaient une déficience cognitive, et l'une d'elles avait des antécédents de comportements précis.

À une date déterminée, on avait signalé qu'une personne résidente déterminée manifestait des comportements précis envers une autre personne résidente déterminée. On avait mis en place une fiche de collecte de données et des interventions de surveillance individuelle (1:1) pour les comportements réactifs de la personne résidente déterminée. Les notes d'évolution relatives au comportement ont été examinées pour la période déterminée.

- Aux dates déterminées, on avait documenté que le BSO-DOS<sup>®</sup> et les interventions de surveillance individuelle étaient en place. On n'a trouvé dans les notes d'évolution relatives au comportement aucune autre documentation concernant le BSO-DOS<sup>®</sup>. Le BSO-DOS<sup>®</sup> n'est plus en place, et la directrice générale ou le directeur général a déclaré que la surveillance individuelle se poursuivra.

- Lors d'un entretien, la ou le responsable du Projet OSTC a confirmé que les trois fiches de collecte de données que l'on avait précédemment commencées étaient incomplètes. La fiche de collecte de données était un formulaire recto verso, l'étape n° 1 et l'étape n° 3 sont d'un côté, et l'étape n° 2 de l'autre côté. Les fiches de collecte de données commencées à une autre période étaient seulement des copies recto, et elles ne comprenaient que l'étape n° 2. Sur les trois fiches de collecte de données, les étapes n° 1 et n° 3 étaient laissées en blanc.

L'étape deux de la documentation du BSO-DOS<sup>®</sup> manquait dans les fiches de collecte de données suivantes lors de plusieurs postes de jour, du soir et de nuit pour la période susmentionnée. La ou le responsable du Projet OSTC a confirmé que les fiches de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup> décrites ci-dessus étaient incomplètes.

Sources :

Entretien avec la ou le responsable du Projet OSTC. Dossiers de santé clinique pertinents de la personne résidente. Document intitulé BSO-DOS Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario - Système d'observation de la démence. Guide de l'utilisateur. (Guide sur la façon de remplir la fiche de collecte de données du BSO-DOS<sup>®</sup>) [Disposition 53. (4) c)] (755)

***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 le respect de l'exigence selon laquelle on veille à ce que les mesures prises pour répondre aux besoins de la personne résidente qui a des comportements réactifs comportent notamment de la documentation sur les réactions de celle-ci aux interventions. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections**

**En particulier concernant ce qui suit :**

**Par. 229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participât à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections en ce qui concerne le programme d'hygiène des mains, conformément au programme d'hygiène des mains de l'Ontario fondé sur des données probantes, « Programme Lavez-vous les mains (LVLM) ».

**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**

Lors d'un service des repas déterminé dans une salle à manger précise, l'inspectrice n'a pas observé des membres du personnel déterminés qui aidaient des personnes résidentes déterminées à se laver les mains avant le repas, car les mains des personnes résidentes n'étaient pas lavées avant qu'elles entrent dans la salle à manger pour le petit déjeuner. L'inspectrice a observé d'autres personnes résidentes qui quittaient la salle à manger sans se laver les mains.

Un des membres du personnel n'était pas au courant de la marche à suivre. Le personnel a indiqué que les personnes résidentes recevaient les soins du matin avant de venir à la salle à manger.

Ainsi, il y avait un risque éventuel que les personnes résidentes fussent touchées par une contamination croisée si leurs mains n'étaient pas nettoyées.

Sources : Observations directes des personnes résidentes et du personnel. Examen du programme d'hygiène des mains conformément au programme d'hygiène des mains de l'Ontario fondé sur des données probantes « Programme Lavez-vous les mains (LVLM) », et entretiens avec du personnel. [Paragraphe 229. 4] (502)

2. À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a observé une personne résidente déterminée et d'autres personnes résidentes qui quittaient la salle à manger d'une aire de soins précise, après leur repas, sans se laver ou se désinfecter les mains. Le personnel de la salle à manger était occupé à servir et à nourrir d'autres personnes résidentes et il n'a pas assisté les personnes résidentes pour se laver les mains après leur repas, ou il ne leur a pas rappelé de le faire.

Une personne résidente déterminée a dit que le personnel aidait toujours les personnes résidentes à se désinfecter les mains avec le flacon de désinfectant pour les mains à base d'alcool avant les repas, mais pas après. Une autre personne résidente déterminée a indiqué que le personnel oublie parfois de désinfecter les mains des personnes résidentes après les repas.

Ainsi, il y avait un risque éventuel que les personnes résidentes fussent touchées par une contamination croisée si leurs mains n'étaient pas nettoyées.

Sources :

Observations des inspectrices et entretiens avec des personnes résidentes déterminées. Programme d'hygiène des mains en conformité avec le programme d'hygiène des mains de l'Ontario fondé sur des données probantes « Programme Lavez-vous les mains (LVLM) ». [par. 229. 4] (755)

***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 participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections en ce qui concerne le programme d'hygiène des mains, conformément au programme d'hygiène des mains de l'Ontario fondé sur des données probantes « Programme Lavez-vous les mains (LVLM) ». Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**Émis le 29 novembre 2021.**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**

**Rapport original signé par l'inspectrice.**