



**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***

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

**Division des foyers de 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 public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
15 novembre 2017	2017_621547_0014	004828-17, 005567-17	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

CVH (n° 4) GP Inc. en qualité d'associé commandité de CVH (n° 4) LP
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge Care Homes Inc.
CAMBRIDGE ON N3H 5L8

Foyer de soins de longue durée

MANOIR MAROCHEL
949, ROUTE DE MONTRÉAL, OTTAWA ON K1K 0S6

Nom de l'inspectrice

LISA KLUKE (547)

Résumé de l'inspection



Cette inspection a été menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 19, 20, 21, 22, 25, 26 et 29 septembre, et 3 octobre 2017.

Cette inspection concernait deux incidents critiques soumis par le foyer relativement à :

- 1. un incident de cas allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'une personne résidente**
- 2. un incident de cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.**

Au cours de cette inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membres de familles, préposé(e)s aux services de soutien à la personne (PSSP), membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), membres du personnel infirmier autorisé (IA), coordonnatrice/coordonnateur du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI du foyer, chef de bureau, commis à la dotation en personnel, aide-physiothérapeute, gestionnaire de la nutrition, diététiste agréé(e), infirmière/infirmier d'intervention dans le domaine de la psychiatrie gériatrique, infirmière-conseil/infirmier-conseil en SLD d'Extendicare Assist, et administrateur.

En outre, au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, les habitudes de travail du personnel; elle a observé des chambres de personnes résidentes et des aires communes des personnes résidentes, examiné des politiques relatives aux mauvais traitements et à la négligence, aux plaintes, à la continence, ainsi que certains rapports relatifs à l'enseignement. L'inspectrice a observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes.

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



**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***

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. 23. Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

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

Par. 23. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :**
- (i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,**
 - (ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,**
 - (iii) tout autre acte que prévoient les règlements; 2007, chap. 8, par. 23 (1).**
- b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident; et 2007, chap. 8, par. 23 (1).**
- c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures appropriées soient prises en réponse à chaque incident de cas allégué de mauvais traitement ou de négligence d'une personne résidente de la part du personnel.

À une certaine date, la personne résidente 012 et sa mandataire spéciale/son mandataire spécial (MS) ont signalé un incident de cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part du personnel qui s'était produit au foyer. La personne résidente 012 a signalé à la directrice/au directeur des soins (DDS) un problème survenu lors du quart de travail précédent relativement au fait qu'un membre des services de soutien à la personne (PSSP) n'avait pas répondu aux besoins de la personne résidente en matière de continence comme celle-ci l'avait demandé.

Les dossiers médicaux de la personne résidente 012 mentionnaient qu'elle était alerte, orientée et en mesure de donner des directives pour ses propres soins. Le rapport d'incident critique envoyé au directeur à une certaine date indiquait que l'enquête avait débuté immédiatement. Le foyer avait modifié ce rapport d'incident critique 11 jours plus tard pour indiquer que la/le PSSP 122 n'avait pas rappelé le foyer, et que l'on ne pouvait pas prouver l'allégation de mauvais traitement. Le foyer indiquait que l'on prodiguerait de l'enseignement au personnel sur les droits des personnes résidentes avec des détails concernant la négligence, la nécessité de parler des mauvais traitements et la façon d'en faire rapport.

La personne résidente 012 a indiqué à l'inspectrice 547 à une certaine date sept mois plus tard qu'elle se souvenait clairement de cet incident et qu'elle avait eu le sentiment d'avoir été négligée par un/une PSSP durant le quart de travail en question. La personne résidente 012 a indiqué en outre qu'elle ne savait pas quelle/quel PSSP intervenait auprès d'elle lors de ce quart de travail spécifié, et que ce membre du personnel des services de soutien à la personne n'avait plus travaillé au foyer après cet incident et pouvait supposer que l'enquête était terminée.

Le 3 octobre 2017, l'infirmière-conseil/l'infirmier-conseil d'Extendicare Assist (ICEA) a indiqué à l'inspectrice 547 ne pas pouvoir trouver de documents des dossiers de l'enquête concernant cet incident. L'ICEA a indiqué que le rapport d'incident critique mentionnait que l'enquête du foyer ne permettait pas de conclure à de la négligence. L'ICEA a indiqué avoir examiné les dossiers d'enseignement de la/du PSSP 122 qui mentionnaient que ce membre du personnel avait reçu un enseignement sur la prévention des mauvais traitements et le déséquilibre des pouvoirs à une certaine date, un mois après cet incident, et également sur les normes de conduite des employés deux mois après cet incident. [Alinéa 23 (1) b)]

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 des mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident de cas allégué de mauvais traitement ou de négligence envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel. 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, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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 comportements déclencheurs identifiés pour la personne résidente 010 qui affichait des comportements réactifs envers la personne résidente 011 aient fait l'objet de stratégies élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Cette inspection a été effectuée à la suite de l'examen d'un incident critique dont le foyer avait fait rapport à une certaine date relativement à un incident de cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente qui s'était produit à cette date spécifiée. La/le PSSP 114 avait observé la personne résidente 010 qui frappait la personne résidente 011 sur une certaine partie du corps lui causant une altération de l'intégrité épidermique.



L'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 010 et a remarqué qu'elle avait été admise au foyer en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, notamment une déficience cognitive.

La personne résidente 010 avait fait l'objet d'une évaluation du minimum de données standardisées (MDS) à une certaine date, deux mois avant cet incident; cette évaluation indiquait que la personne résidente ressentait une colère persistante envers autrui et elle-même, et qu'il y avait eu des plaintes et des manifestations de vives préoccupations de façon répétitive jusqu'à cinq fois au cours de la dernière semaine avant cette évaluation. Dans cette évaluation, on mentionnait que l'état de l'humeur de la personne résidente s'était détérioré par rapport à l'évaluation précédente effectuée 90 jours auparavant. On avait déterminé que les symptômes du comportement de la personne résidente consistaient en violence verbale, comportements socialement inacceptables ou perturbateurs, et résistance aux soins, qui n'étaient pas faciles à modifier. Le résumé du protocole d'évaluation de la personne résidente mentionnait un élément déclencheur requis pour le programme de soins, en ce sens que la personne résidente 010 était très mécontente de la personne résidente de l'autre côté du couloir en face de sa chambre. La personne résidente 011 occupait la chambre de l'autre côté du couloir en face de la personne résidente 010.

À une certaine date, on avait tenu une conférence de l'équipe interdisciplinaire, qui incluait la coordonnatrice/le coordonnateur des IAA et du MDS, et l'IA 100. L'évaluation des soins infirmiers découlant de cette réunion indiquait que la personne résidente 010 manifestait de la résistance aux soins et avait des comportements socialement inacceptables. Le résumé de cette conférence mentionnait que l'on avait examiné le programme de soins de la personne résidente 010 et qu'on devait le mettre à jour tel que requis pour tenir compte des discussions.

Le 26 septembre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec la coordonnatrice/le coordonnateur des IAA et du MDS du foyer au sujet de la réunion qui avait eu lieu à une certaine date huit mois auparavant, et il/elle a indiqué que toutes les notes des protocoles d'évaluation des personnes résidentes sont examinées lors de la réunion de l'équipe interdisciplinaire, et que le programme de soins de la personne résidente était censé avoir été mis à jour à ce moment-là. Après examen du programme de soins de la personne résidente 010 en place durant cet incident, mis à jour à une certaine date, on remarquait que les éléments déclencheurs des comportements réactifs qui avaient été identifiés lors de la conférence de l'équipe interdisciplinaire ne figuraient pas dans le programme de soins de la personne résidente tel que requis. Dans le programme de soins de la personne résidente 010, les comportements déclencheurs qui avaient été identifiés n'avaient pas fait l'objet de stratégies élaborées ou mises en œuvre pour y réagir. [Alinéa 53 (4) b)]

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 les comportements déclencheurs de la personne résidente 010 qui sont identifiés fassent l'objet de stratégies élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible. 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. 97. Notification : incidents

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

Par. 97. (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient informés des résultats de l'enquête que le paragraphe 23 (1) de la Loi exige de mener, et ce, dès la fin de l'enquête. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 012 et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial (MS) soient informés des résultats de l'enquête sur le cas allégué de mauvais traitement ou de négligence dès la fin de l'enquête.

À une certaine date, la personne résidente 012 et sa/son MS ont signalé un incident de cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui s'était produit au foyer. La personne résidente 012 a signalé à la directrice/au directeur des soins (DDS) à cette date spécifiée le problème survenu lors du quart de travail précédent, à savoir que le membre du personnel des services de soutien à la personne n'avait pas répondu aux besoins de la personne résidente relativement aux fonctions de continence comme celle-ci l'avait demandé.

Les dossiers médicaux de la personne résidente 012 mentionnaient qu'elle était alerte, orientée et en mesure de donner des directives pour ses propres soins. Le rapport d'incident critique envoyé au directeur à cette date spécifiée indiquait que l'enquête avait débuté immédiatement. Ce rapport indiquait que la personne résidente 012 et sa/son MS étaient satisfaits que cet incident fasse l'objet d'une enquête. Le foyer avait modifié le rapport d'incident critique pour indiquer que l'on prodiguerait de l'enseignement au personnel relativement aux droits des personnes résidentes avec des détails concernant la négligence et l'obligation de faire rapport des mauvais traitements.

La personne résidente 012 a indiqué à l'inspectrice 547 à une certaine date qu'elle se souvenait clairement de cet incident, mais qu'elle ne savait pas quelle/quel PSSP intervenait auprès d'elle cette nuit-là, car la personne résidente ne connaissait pas les noms de tous les membres du personnel à ce moment-là. La personne résidente 012 a indiqué en outre qu'elle n'avait pas vu ce membre du personnel des services de soutien à la personne, et qu'elle supposait qu'il/elle ne travaillait plus au foyer après cet incident.

Le 3 octobre 2017, l'infirmière-conseil/l'infirmier-conseil d'Extendicare Assist (ICEA) a indiqué à l'inspectrice 547 ne pas pouvoir trouver de documents des dossiers de l'enquête concernant cet incident. L'ICEA a dit que le rapport d'incident critique indiquait que l'enquête du foyer ne permettait pas de conclure à de la négligence. L'ICEA a été en mesure de confirmer que la/le PSSP 122 continuait de travailler au foyer à ce moment-là. L'ICEA a indiqué n'avoir pas pu trouver de document relativement à toute réponse faite à la personne résidente ou à sa/son MS concernant les résultats de l'enquête sur le cas allégué de mauvais traitement ou de négligence tel que requis. [Paragraphe 97 (2)]

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 la personne résidente 012 et sa/son MS sont informés des résultats de l'enquête concernant l'incident identifié de cas allégué de négligence de la personne résidente de la part d'un membre du personnel. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.



**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***

Émis le 28 novembre 2017

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.