



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

**Long-Term Care Inspection
Branch**

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

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

Public Copy/Copie du public

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre	Type of Inspection / Genre d'inspection
19 juillet 2016	2016_290551_0013	012181-16, 014155-16	Incident critique

Licensee/Titulaire de permis

TAMINAGI INC.

5, rue Loiselle, CP 2132, Embrun ON K0A 1W1

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

SARFIELD COLONIAL HOME

2861, chemin Colonial, CP 130 Sarsfield ON K0A 3E0

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

MEGAN MACPHAIL (551)

Inspection Summary/Résumé de l'inspection



**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 sous la
Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Cette inspection a été effectuée dans le cadre d'un incident critique.

Elle a eu lieu aux dates suivantes : 20, 21, 22 et 24 juin 2016.

Les registres suivants ont été inspectés : 012181-16 (allégation de mauvais traitements envers une personne résidente infligés par une autre personne résidente) et 014155-16 (concernant la chute d'une personne résidente).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : personnes résidentes, préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), personnel infirmier autorisé, coordonnatrice du RAI, aide-physiothérapeute, pharmacien, directrice des soins, directrice générale, et administratrice.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné des dossiers médicaux des personnes résidentes, examiné les politiques et procédures, observé les interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et entre personnes résidentes.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés durant cette inspection :

Admission et congé

Prévention des chutes

Recours minimal à la contention

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

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

9 AE

5 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA



NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

Legend	Légende
<p>WN – Written Notification VPC – Voluntary Plan of Correction DR – Director Referral CO – Compliance Order WAO – Work and Activity Order</p>	<p>AE – Avis écrit PRV – Plan de redressement volontaire RD – Aiguillage au directeur OC – Ordre de conformité OTA – 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 <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de l'expression « 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 ne s'est pas conformé à l'article 20 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, Politique visant à promouvoir la tolérance zéro.

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 20 (2) Au minimum, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :

- a) prévoit que les mauvais traitements et la négligence ne doivent pas être tolérés; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- b) établit clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- c) prévoit un programme de prévention des mauvais traitements et de la négligence qui est conforme aux règlements; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- d) contient une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- e) comprend une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement et de négligence envers des résidents et y répondre; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- f) énonce les conséquences auxquelles doivent s'attendre les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents; 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- g) est conforme aux exigences que prévoient les règlements relativement aux questions visées aux alinéas a) à f); 2007, chap. 8, par. 20 (2).**
- h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements, 2007, chap. 8, par. 20 (2).**

Findings/Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents :
 - b) établisse clairement ce qui constitue un mauvais traitement et de la négligence;
 - d) contienne une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24;
 - e) comprenne une marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents et d'y répondre;
 - h) traite de toute question supplémentaire que prévoient les règlements.

La politique « Tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence » entrée en vigueur le 24 septembre 2014 a été fournie à l'inspectrice par la directrice des soins.

- i) La politique ne définissait pas clairement ce qui constitue des mauvais traitements et de la négligence, car :

La définition de mauvais traitement d'ordre affectif n'établit pas clairement que, conformément au paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10 :

- a) le mauvais traitement d'ordre affectif est perpétré par une personne autre qu'un résident;
- b) le mauvais traitement d'ordre affectif est perpétré par un résident et suscite la crainte ou la peur chez un autre résident, si le résident responsable des mauvais traitements d'ordre affectif en comprend la nature et les conséquences.

La définition de mauvais traitement d'ordre physique n'établit pas clairement que, conformément au paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10,

1) on entend par mauvais traitement d'ordre physique :

- a) l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident;
- b) l'administration ou la privation de médicaments à une fin inappropriée;
- c) l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

La définition de mauvais traitement d'ordre sexuel n'établit pas clairement que, conformément au paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10 :

- a) le mauvais traitement d'ordre sexuel est un mauvais traitement dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel;
- b) le mauvais traitement d'ordre sexuel est un mauvais traitement dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel.
- Sous réserve du paragraphe 3) aux fins de la définition de « mauvais traitement d'ordre sexuel » au paragraphe 1), le mauvais traitement d'ordre sexuel ne comprend pas b) les attouchements, les comportements ou les remarques de nature sexuelle consensuels entre un résident et un titulaire de permis ou un membre du personnel qui s'affichent dans le cadre d'une relation intime ayant commencé avant que le résident ne soit admis au foyer de soins de longue durée ou avant que le titulaire de permis ou le membre du personnel ne devienne tel.

La définition de mauvais traitements d'ordre verbal n'établit pas clairement que, conformément au paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10 :

- a) le mauvais traitement d'ordre verbal est perpétré par une personne autre qu'un résident;
- b) le mauvais traitement d'ordre verbal est perpétré par un résident, qui amène un autre résident à craindre pour sa sécurité, si le résident qui en est responsable en comprend la nature et les conséquences.

- ii) La politique ne comporte pas d'explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24.

Conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 24 (1), quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

La politique traite seulement de faire rapport des mauvais traitements et de la négligence.

- iii) La politique ne comportait pas de marche à suivre pour enquêter sur les cas allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitements ou de négligence envers les résidents et d'y répondre, conformément aux paragraphes 97 (1), (2) et (3) du Règlement de l'Ontario 79/10 :

Conformément au paragraphe 97 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10 le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident.

(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.

La politique indique que les constatations de l'enquête préliminaire doivent être immédiatement transmises à l'administratrice pour décider d'aviser le plus proche parent dans les 12 heures.

- iv) La politique ne traitait d'aucun autre point comme peut le prévoir le règlement.

Conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 76 (2), le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous : la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Il convient de remarquer qu'au paragraphe (1) « quiconque » est défini comme étant « tout le personnel ».

La politique du foyer indiquait que « tous les employés, bénévoles, personnes résidentes et personnes titulaires d'une procuration de ces dernières feront l'objet d'une orientation relative à la politique visant à promouvoir la tolérance zéro dans le mois suivant leur embauche ou leur admission. »

Un PRV a été émis le 6 avril 2016, en application du paragraphe 20 (2) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8 (2016_284545_0005). L'administratrice a indiqué qu'elle travaille à la révision de la politique pour veiller à ce qu'elle soit conforme à la Loi. [par. 20 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) 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 politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents satisfait aux exigences de la loi. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 33 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Appareils d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement.

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 33 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (1) ne soit utilisé pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins de ce dernier. 2007, chap. 8, par. 33 (3).

Par. 33 (4) L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle aux termes du paragraphe (1) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

- 1. Des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis, d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie. . 2007, chap. 8, par. 33 (4).**
- 2. L'utilisation de l'appareil est raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental du résident et de ses antécédents, et l'appareil est le moins restrictif parmi les appareils raisonnables de ce genre qui permettraient d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie. . 2007, chap. 8, par. 33 (4).**
- 3. L'utilisation de l'appareil a été approuvée par l'une des personnes suivantes :**
 - i. un médecin,**
 - ii. une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé,**

- iii. une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé,
- iv. un membre de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario,
- v. un membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario,
- vi. toute autre personne que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 33 (4).

- 4. Le résident a consenti à l'utilisation de l'appareil ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement y a consenti. 2007, chap. 8, par. 33 (4).
- 5. Le programme de soins prévoit tout ce qui est exigé aux termes du paragraphe (5). 2007, chap. 8, par. 33 (4).

Findings/Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au par. 33 (1) ne soit utilisé pour aider une personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans son programme de soins.

Conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 33 (1), le présent paragraphe s'applique à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle, si celui-ci a pour effet de limiter ou d'empêcher la liberté de mouvement de la personne résidente, et que la personne résidente n'a pas la capacité physique ou cognitive de se dégager.

La personne résidente n° 001 a été admise au foyer à une date spécifiée. Plusieurs heures après son admission, on a trouvé que la personne résidente avait fait une chute et on l'avait emmenée à l'hôpital.

D'après le dossier médical de la personne résidente n° 001, elle utilisait un fauteuil roulant de transport lors de son retour de l'hôpital, et on lui avait fourni un fauteuil roulant inclinable (appartenant au foyer) pour avoir une position et un confort meilleurs.

Lors de l'inspection, on a remarqué que la personne résidente n° 001 était assise dans le fauteuil roulant et avait une ceinture de sécurité bouclée sur le devant avec un plateau de table déployé.

Le 24 juin 2016, l'infirmière auxiliaire autorisée n° 109 a demandé à la personne résidente n° 001 d'enlever le plateau de table, puis la ceinture de sécurité. La personne résidente n° 001 n'avait pas la capacité physique ou cognitive d'enlever la ceinture de sécurité ni le plateau de table.

On a examiné le dossier médical de la personne résidente, et il n'indique pas que l'on avait mis en place la ceinture de sécurité et le plateau de table, ni le motif de leur installation.

L'infirmière autorisée n° 102 a affirmé que la personne résidente n° 001 était nerveuse à la pensée de tomber et qu'elle se sentait en sécurité quand la ceinture de sécurité et le plateau de table étaient en place. L'infirmière autorisée a affirmé que la personne résidente ne pouvait enlever ni l'un ni l'autre. La directrice des soins a déclaré que la personne résidente utilisait la ceinture de sécurité, mais pas le plateau de table, en tout temps quand elle était assise dans le fauteuil roulant. La directrice des soins a affirmé que la ceinture de sécurité visait à empêcher la personne résidente de glisser vers l'avant.

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 001 n'indique pas qu'elle utilise une ceinture de sécurité qui se ferme sur le devant et un plateau de table quand elle est assise dans le fauteuil roulant. [par. 33 (3)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle ait été approuvée par une personne habilitée à le faire.

La personne résidente n° 001 utilisait l'un des fauteuils roulants du foyer depuis son retour de l'hôpital.

Lors de l'inspection, on a remarqué que la personne résidente n° 001 était assise dans le fauteuil roulant avec une ceinture de sécurité bouclée sur le devant et un plateau de table déployé.

Un examen du dossier médical de la personne résidente indiquait que l'utilisation d'une ceinture de sécurité n'avait pas été approuvée par quiconque comme on le précise dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 33 (3). [alinéa 33 (4) 3]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente ait consenti à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle.

La personne résidente n° 001 utilisait l'un des fauteuils roulants du foyer depuis son retour de l'hôpital.

Lors de l'inspection, on a remarqué que la personne résidente n° 001 était assise dans le fauteuil roulant avec une ceinture de sécurité bouclée sur le devant et un plateau de table déployé.

Un examen du dossier médical de la personne résidente indiquait que l'utilisation d'une ceinture de sécurité n'avait pas été approuvée par le mandataire spécial de la personne résidente n° 001. [alinéa 33 (4) 4]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) 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 l'utilisation de tout appareil d'aide personnelle figure dans le programme de soins de la personne résidente n° 001, est approuvé et que l'on y consent. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.



**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 53 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Comportements réactifs**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux 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).**

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies aient été élaborées et mises en œuvre pour réagir au comportement de la personne résidente qui affiche des comportements réactifs, dans la mesure du possible.

La personne résidente n° 002 a été admise au foyer à une date spécifiée. Environ trois semaines plus tard, elle a été envoyée à l'hôpital et a par la suite reçu son congé du foyer de soins.

La personne résidente n° 002 a affiché des comportements réactifs de façon quotidienne, y compris : errer, déplacer des meubles, frapper des personnes résidentes, uriner sur le plancher, s'allonger sur les lits d'autres personnes résidentes, chercher à sortir, refuser les soins et opposer une résistance à leur administration.

Le champion du Projet OSTC du foyer de soins a effectué une évaluation initiale de la personne résidente dix jours après son admission au foyer, et il a élaboré des stratégies pour réagir aux comportements réactifs de la personne résidente n° 002. Un examen du dossier médical de la personne résidente indique que les stratégies du champion du Projet OSTC n'avaient pas été mises en œuvre, et notamment :

- i La stratégie du champion du Projet OSTC pour réagir aux comportements agressifs de la personne résidente n° 002 consistait à évaluer les selles de la personne résidente relativement à la constipation.

Selon le dossier d'administration des médicaments, on avait administré à la personne résidente n° 002 un médicament précis à trois reprises lorsque la personne résidente était restée trois jours sans aller à la selle d'après la feuille de soins quotidiens.



La feuille de soins quotidiens indique qu'à deux reprises, la personne résidente n° 002 en était au troisième jour sans aller à la selle, et que, selon le dossier d'administration des médicaments, on n'avait pas suivi le protocole de facilitation des selles/les directives médicales.

D'après le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente, on lui avait donné un médicament précis pour aller à la selle lors d'une journée précise. La réaction de la personne résidente à l'intervention n'est pas documentée. La personne résidente n° 002 n'avait pas eu de selle documentée. Au quatrième jour sans que la personne résidente soit allée à la selle, il n'y a pas de mention dans les notes d'évolution ni dans le dossier d'administration des médicaments pour indiquer que la personne résidente n° 002 avait fait l'objet d'une intervention en la matière. C'est seulement plusieurs jours plus tard que l'infirmière autorisée n° 115 a indiqué dans le dossier qu'il semblait que la personne résidente en était au huitième jour sans aller à la selle, et que le préposé aux services de soutien à la personne a indiqué qu'il avait trouvé, trois jours auparavant dans les toilettes de la personne résidente, la preuve qu'elle était allée à la selle. La personne résidente n° 002 avait fait l'objet d'une intervention effectuée ce jour-là par une infirmière.

ii) La stratégie du champion du Projet OSTC pour réagir aux comportements réactifs de la personne résidente n° 002 consistait à recueillir et analyser l'urine de la personne résidente pour exclure une infection des voies urinaires.

On n'a trouvé aucun document dans le dossier médical de la personne résidente pour indiquer que cette stratégie avait été mise en œuvre, et que l'on recueillait et analysait l'urine conformément à la recommandation du champion du Projet OSTC.

Lors d'une évaluation de suivi, le champion du Projet OSTC avait de nouveau mentionné de continuer de faire un suivi de la constipation et de l'éventualité d'une infection des voies urinaires.

iii) La stratégie du champion du Projet OSTC pour réagir aux comportements réactifs de la personne résidente n° 002 consistait à effectuer une cartographie comportementale.

Selon le dossier médical de la personne résidente, la cartographie comportementale n'avait pas été effectuée de façon uniforme. Pendant une période de quatre jours, on n'avait pas effectué la cartographie pendant la moitié du temps, et selon les mentions figurant dans les notes d'évolution, la personne résidente n° 002 affichait des comportements réactifs, notamment lors d'un jour précis où la personne résidente avait nécessité l'administration d'un médicament à prendre au besoin (p.r.n.), suivi par une dose unique d'un médicament précis. Lors d'une évaluation de suivi à une date précise, le champion du Projet OSTC avait indiqué de continuer la surveillance du comportement, et d'après les fiches de cartographie comportementale, cette stratégie n'avait été mise en œuvre que quatre jours plus tard.

iv) Lors d'une évaluation de suivi, la stratégie du champion du Projet OSTC pour réagir aux comportements réactifs de la personne résidente n° 002 consistait à envisager un aiguillage vers le programme psychiatrique de l'Hôpital Royal Ottawa.



La directrice des soins a déclaré que le médecin désirait stabiliser la personne résidente et voulait reprendre l'administration d'un médicament qui avait été interrompue avant d'adresser la personne résidente n° 002 à un psychogériatre.

Un examen de l'évaluation gérontopsychiatrique effectuée avant l'admission de la personne résidente au foyer de soins indiquait que l'on avait cessé d'administrer un médicament précis. Sept jours après l'admission de la personne résidente, on avait prescrit de nouveau le médicament précis, dont on avait cessé l'administration sept jours plus tard.

La personne résidente n° 002 n'avait pas été adressée à un service de psychogériatrie. [alinéa 53 (4) b)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé, pour chaque personne résidente qui affiche des comportements réactifs, à ce que l'on prenne des mesures pour répondre aux besoins de la personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions de la personne résidente, et à ce que les interventions soient documentées.

La personne résidente n° 002 a été admise au foyer à une date spécifiée. Environ trois semaines plus tard, elle a été envoyée à l'hôpital, et elle a ensuite reçu son congé du foyer de soins.

D'après un examen du dossier médical de la personne résidente, elle affichait des comportements réactifs sur une base quotidienne.

Les réactions de la personne résidente aux interventions n'étaient pas documentées de façon uniforme, et notamment :

i) Dans une mention figurant dans une note d'évolution faite par la directrice des soins lors d'un jour précis, on décrivait que la personne résidente n° 002 affichait des comportements réactifs. Ce jour-là, la personne résidente avait nécessité l'administration d'un médicament à prendre au besoin (p.r.n.), suivi par une dose unique d'un médicament précis, et l'on avait prescrit une dose plus élevée d'un médicament à compter de ce soir-là.

D'après la fiche de commande de médicaments du médecin, la commande téléphonique a été reçue à 13h40. On avait signé à 16 heures que le médicament précis que l'on prescrivait d'administrer à un dosage plus élevé avait été administré. On n'avait rédigé aucune note de suivi pour documenter la réaction de la personne résidente à la dose unique d'un médicament précis et à l'augmentation du dosage d'un médicament précis.

Vers la fin de son quart de travail, l'infirmière autorisée n° 113 a rédigé une note d'évolution indiquant que la personne résidente avait affiché des comportements réactifs et qu'elle n'en avait pas été informée.

ii) Le dossier d'administration des médicaments indique que la personne résidente n° 002 avait reçu une dose p.r.n. d'un médicament précis à une date précise pendant la nuit. La réaction de la personne résidente à l'intervention n'est pas documentée, sauf trois heures plus tard, quand on décrivait la personne résidente comme agitée et opposant une résistance aux soins.



iii) Selon le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente, on lui avait donné une dose p.r.n. d'un médicament précis à une date précise en fin de soirée. La réaction de la personne résidente à cette intervention n'est pas documentée.

iv) Selon le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente, on lui avait donné un médicament précis pour aller à la selle lors d'un jour précis. La réaction de la personne résidente à cette intervention n'est pas documentée. La personne résidente n° 002 n'a pas eu de selle documentée. Au quatrième jour sans aller à la selle, il n'y a pas de mention dans les notes d'évolution ni dans le dossier d'administration des médicaments pour indiquer que la personne résidente n° 002 avait fait l'objet d'une intervention en la matière. C'est seulement plusieurs jours plus tard que l'infirmière autorisée n° 115 a mentionné dans le dossier que la personne résidente en était au huitième jour sans aller à la selle, et que le préposé aux services de soutien à la personne a indiqué qu'il avait trouvé, trois jours auparavant dans les toilettes de la personne résidente, la preuve qu'elle était allée à la selle. La personne résidente n° 002 avait fait l'objet d'une intervention effectuée pour ce faire par une infirmière le jour en question.
[alinéa 53 (4) c)]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) 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, pour chaque personne résidente qui affiche des comportements réactifs, que l'on élabore et met en œuvre des stratégies pour réagir à ces comportements. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 109 du Règl. de l'Ont. 79/10. Politique visant le recours minimal à la contention, etc.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la politique écrite du foyer prévue à l'article 29 de la Loi traite de ce qui suit :

- a) l'utilisation d'appareils mécaniques; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- b) les obligations et responsabilités du personnel, notamment :**
 - (i) qui est autorisé à avoir recours à un appareil mécanique pour maîtriser un résident ou de dégager un résident d'un tel appareil,**
 - (ii) pour ce qui est de veiller à ce que tout le personnel concerné soit au courant en tout temps lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- c) la contention pour s'acquitter du devoir de common law visé au paragraphe 36 (1) de la Loi lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'une personne ne subisse ou ne cause à autrui un préjudice physique grave; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- d) les types d'appareils mécaniques qu'il est permis d'utiliser; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- e) la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils mécaniques, prévue à l'article 31 de la Loi, et d'appareils d'aide personnelle, prévue à l'article 33 de la Loi; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- f) les solutions de rechange à l'utilisation d'appareils mécaniques, notamment la façon de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre de telles solutions grâce à une méthode interdisciplinaire; Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**
- g) le mode d'évaluation de l'utilisation de la contention qui se fait au foyer afin de minimiser le recours à la contention et de veiller à ce que toute contention qui s'avère nécessaire soit faite conformément à la Loi et au présent règlement. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 109.**

Findings/Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer en application de l'article 29 de la Loi traite de la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation d'appareils d'aide personnelle, conformément à l'article 33 de la Loi.**

La politique du foyer intitulée Moyens de contention, dont la date d'entrée en vigueur est janvier 2010, a été examinée.

À la rubrique planification de l'utilisation de moyens de contention, la politique précise ce qui suit :

- 2. S'il est nécessaire de recourir à la contention, on obtiendra le consentement de la famille ou une procuration à l'aide du formulaire intitulé information sur les moyens de contention – consentement ou refus.**
- 5. On obtiendra une ordonnance de médecin avant la première utilisation des moyens de contention.**



La politique mentionne seulement l'utilisation de moyens de contention et il n'est pas question de l'utilisation d'appareils d'aide personnelle. [par. 109 e)]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) 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 la politique écrite du foyer en application de l'article 29 de la Loi traite de la façon d'obtenir et de documenter le consentement à l'utilisation des appareils d'aide personnelle tel que prévu à l'article 33 de la Loi. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 131 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Administration des médicaments**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 131 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).

Findings/Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à les prescrire.

Lors d'une journée spécifiée, la personne résidente n° 002 a été admise au foyer, et on lui avait prescrit trois médicaments à lui administrer à 8 heures et à 16 heures. Le jour de l'admission à 16 heures, ces médicaments sont mentionnés dans le dossier d'administration des médicaments comme étant « N », ce qui est le code utilisé pour non administré.

Selon un pharmacien de Classic Care Pharmacy, la pharmacie a reçu les ordonnances de médicaments le jour de l'admission à 14 h 27, et les médicaments ont été livrés au foyer vers 18 heures.

Une mention dans les notes d'évolution le jour de l'admission indiquait que la personne résidente n° 002 manifestait des comportements réactifs après le souper, et qu'elle avait frappé une autre personne résidente et une personne préposée aux services de soutien à la personne.

La directrice des soins a indiqué qu'il n'y avait pas de document pour confirmer que la personne résidente n° 002 avait reçu les médicaments prescrits à 16 heures le jour de l'admission.



Sept jours après l'admission de la personne résidente, le médecin avait changé le dosage d'un médicament précis. Les heures d'administration du médicament n'étaient pas précisées dans l'ordonnance et, d'après le dossier d'administration des médicaments, les heures prescrites étaient 8 heures et 16 heures.

Selon un pharmacien de la Classic Care Pharmacy, l'ordonnance avait été exécutée le même jour à 16 h 31.

Lors d'un jour précis, la personne résidente n° 002 avait reçu le médicament précis à 8 heures, comme prescrit. L'ordonnance avait été modifiée avec une nouvelle dose à 16 h 31, et le médicament avait été livré à 18 heures environ.

À la date précise à 16 heures, le médicament précis est mentionné dans le dossier d'administration des médicaments comme étant « N », ce qui est le code utilisé pour non-administré, et il n'y a pas de signature indiquant que le médicament spécifié a été administré à 16 heures comme cela était prescrit. Selon le dossier d'administration des médicaments, la personne résidente n° 002 n'avait pas reçu le médicament tel que prescrit jusqu'à 8 heures le lendemain.

Après le souper ce soir-là, on décrivait la personne résidente n° 002 comme étant très occupée, ne réagissant pas à la réorientation et résistant aux soins.

La directrice des soins a indiqué qu'il n'y avait pas de document pour confirmer que la personne résidente n° 002 avait reçu, le jour précis, le médicament précis à 16 heures comme cela était prescrit. [par. 131 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – aux termes du paragraphe 152 (2) 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 les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 23 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8. Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 23 (2) Le titulaire de permis fait rapport au directeur sur les résultats de chaque enquête menée aux termes de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise aux termes de l'alinéa (1) b). 2007, chap. 8, par. 23 (2).



Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire rapport au directeur sur les résultats de l'enquête sur les mauvais traitements.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à une date précise en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*; il décrivait en détail deux incidents qui s'étaient produits entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003, et avec la personne résidente n° 004.

D'après les rapports d'incident internes du foyer, l'incident entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003 s'était produit à une date précise après le souper, et l'incident entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 004 avait eu lieu le lendemain après-midi.

D'après le dossier médical de la personne résidente n° 002, à la suite de l'incident entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 004, on avait appelé les ambulanciers paramédicaux et la police, et l'on avait envoyé la personne résidente à l'hôpital. La personne résidente avait reçu son congé du foyer de soins.

Au 28 juin 2016, on n'avait pas modifié le rapport d'incident critique pour faire rapport au directeur des résultats de l'enquête du foyer. [par. 23 (2)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).
2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).

5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2)

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit s'est produit ou peut se produire, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à une date précise; il décrivait en détail deux incidents qui s'étaient produits entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003 et avec la personne résidente n° 004. D'après ce rapport, on avait trouvé la personne résidente n° 002 dans la chambre de la personne résidente n° 004 et elle avait couvert la tête de la personne résidente n° 004 avec des couvertures; on avait trouvé la personne résidente n° 002 couchée dans le lit de la personne résidente n° 003 et la personne résidente n° 003 en train de hurler.

La directrice des soins a déclaré qu'elle avait des motifs raisonnables de soupçonner que des mauvais traitements avaient eu lieu lors des deux incidents, et qu'elle avait soumis un rapport d'incident critique.

D'après le rapport d'incident interne du foyer, la préposée aux services de soutien à la personne n° 116 avait été avertie de l'incident entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003 quand elle avait entendu hurler la personne résidente n° 003, et la préposée aux services de soutien à la personne n° 116 avait signalé l'incident à l'infirmière autorisée n° 113.

Dans les notes d'évolution rédigée à titre d'inscription tardive, l'infirmière autorisée n° 113 indiquait qu'elle avait été témoin de l'incident quand la personne résidente n° 002 avait couvert la tête de la personne résidente n° 004 avec une couverture.

L'infirmière autorisée n° 113 était responsable du foyer quand l'incident s'est produit. Les incidents de mauvais traitements soupçonnés qui ont eu lieu entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003, et entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 004 n'ont pas été immédiatement signalés au directeur; ils n'ont été signalés que deux et trois jours plus tard, respectivement. [par. 24 (1)]



AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 97 du Règlement de l'Ontario 79/10. Notification : incidents

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 97 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il en a un, et toute autre personne que précise le résident :

- a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;**
- b) soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 97 (1).**

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis du foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente et toute autre personne que précise la personne résidente soient avisés dans les 12 heures suivant le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers la personne résidente.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur; il indiquait que l'on avait trouvé la personne résidente n° 002 couchée dans le lit de la personne résidente n° 003 et la personne résidente n° 003 hurlait.

La directrice des soins a déclaré qu'elle avait des motifs raisonnables de soupçonner que des mauvais traitements avaient eu lieu et qu'elle avait soumis un rapport d'incident critique.

Le rapport d'incident interne du foyer indiquait que l'incident entre la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 003 avait eu lieu à une date spécifique dans l'après-midi.

D'après une mention figurant dans les notes d'évolution, le mandataire spécial de la personne résidente n° 003 avait été avisé de l'incident un jour plus tard pendant le poste du soir, ce qui n'était pas dans les 12 heures. [alinéa 97 (1)b]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 148 du Règlement de l'Ontario 79/10. Exigences : mise en congé d'un résident

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 148 (2) Avant de donner son congé à un résident en vertu du paragraphe 145 (1), le titulaire de permis fait ce qui suit :

- a) il s'assure que des solutions de rechange à la mise en congé ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 148 (2).**
- b) en collaboration avec le coordonnateur des placements compétent et d'autres organismes de services de santé, il prend d'autres arrangements pour fournir l'hébergement, les soins et l'environnement sûr dont le résident a besoin; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 148 (2).**
- c) il veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, ainsi que toute personne que l'un ou l'autre désigne soient tenus au courant, à ce qu'ils aient la possibilité de participer à la planification de la mise en congé et à ce que les désirs du résident soient pris en considération; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 148 (2).**
- d) il remet au résident et à son mandataire spécial, s'il en a un, ainsi qu'à toute personne que l'un ou l'autre désigne un avis écrit donnant une explication détaillée des faits à l'appui de sa décision, tels qu'ils se rapportent à la fois au foyer et à l'état du résident et ses besoins en matière de soins, qui justifie la décision du titulaire de permis de donner son congé au résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 148 (2).**

Findings/Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré avant de donner son congé à une personne résidente en vertu du paragraphe 145 (1) (les besoins en matière de soins de la personne résidente ont changé et il s'ensuit que le foyer ne peut pas offrir un environnement suffisamment sécuritaire pour assurer la sécurité de la personne résidente ou la sécurité des personnes qui côtoient la personne résidente), que l'on avait remis à la personne résidente et à son mandataire spécial, si elle en a un, ainsi qu'à toute personne que l'un ou l'autre désigne, un avis écrit donnant une explication détaillée des faits à l'appui de sa décision, tels qu'ils se rapportent à la fois au foyer et à l'état de la personne résidente et ses besoins en matière de soins, qui justifie la décision du titulaire de permis de donner son congé à la personne résidente.**

La personne résidente n° 002 a été admise au foyer de soins à une date spécifiée. Environ trois semaines plus tard, la personne résidente a été envoyée à l'hôpital et par la suite on lui a donné son congé du foyer.

Durant son admission au foyer, la personne résidente n° 002 a eu de multiples incidents de comportements réactifs.



Le champion du Projet OSTC du foyer de soins a effectué une évaluation de la personne résidente et a dressé une liste de stratégies spécifiques pour réagir aux comportements réactifs de la personne résidente n° 002. Le champion du Projet OSTC a effectué un suivi à deux autres reprises. Selon la directrice des soins, le médecin désirait stabiliser la personne résidente avant de l'adresser à un service de psychogériatrie.

Lors d'une journée précise, on avait trouvé la personne résidente n° 002 couchée dans le lit de la personne résidente n° 003.

Le lendemain, on avait trouvé la personne résidente n° 002 en train de couvrir la tête de la personne résidente n° 004 avec une couverture.

À la suite de cet incident impliquant la personne résidente n° 002 et la personne résidente n° 004, on avait appelé les ambulanciers paramédicaux et la police, et on avait envoyé la personne résidente n° 002 à l'hôpital.

À une date précise, une mention dans les notes d'évolution du dossier de la personne résidente n° 002 indiquait que la directrice des soins avait téléphoné au mandataire spécial de la personne résidente pour discuter du fait que le foyer n'envisageait pas de procéder à la réadmission de la personne résidente. Selon une note d'évolution du même jour, le CASC avait téléphoné à la directrice des soins pour confirmer que la personne résidente n° 002 avait reçu son congé du foyer.

La directrice des soins a affirmé que le foyer ne pouvait pas fournir les soins dont la personne résidente avait besoin.

La directrice des soins a confirmé qu'elle n'avait pas remis à la personne résidente, ni au mandataire spécial de la personne résidente, un avis écrit donnant une explication détaillée des faits à l'appui de sa décision, tels qu'ils se rapportent à la fois au foyer et à l'état de la personne résidente et à ses besoins en matière de soins, qui justifie la décision du titulaire de permis de donner son congé à la personne résidente.

Émis le 19 juillet 2016

Signature de l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspectrice.