



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie destinée au public

Date(s) du rapport
29 et 30 juin 2017

Numéro d'inspection
2017_618211_0010

N° de registre
023042-16, 026648-16,
027379-16, 032156-16,
009125-17

Type d'inspection
Système de rapport
d'incidents critiques

Titulaire de permis
VILLE D'OTTAWA

Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée, 200, chemin Island Lodge
OTTAWA ON K1N 5M2

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN

275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6

Nom de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs

JOELLE TAILLEFER (211)

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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

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

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 31 mai, et 1^{er}, 2, 5, 6, 7, 8, 12 et 14 juin 2017.

Au cours de cette inspection les registres suivants ont été inspectés :

Registre n° 009125-17 : Incident critique : allégations de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Registre n° 023042, registre n° 026648-16, registre n° 032156-16 : incident qui s'est produit et a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à un hôpital.

Registre n° 027379-16 : incident critique relatif à un transfert inadéquat.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur ou les inspectrices/inspecteurs ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice/administrateur, responsable du programme des soins aux personnes résidentes, responsable du programme des soins personnels, coordonnatrice/coordonnateur du RAI-MDS, coordonnatrice/coordonnateur de la dotation en personnel, infirmières/infirmiers autorisés (IA), infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), aide-ménagère et personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur ou les inspectrices/inspecteurs ont fait une tournée des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et des marches à suivre pertinentes de la ou du titulaire de permis, les habitudes et le calendrier de travail du personnel. Ils et elles ont observé des chambres de personnes résidentes, la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, ainsi que les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

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

Prévention des chutes

Hospitalisation et changement d'état de santé

Recours minimal à la contention

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

Foyer sûr et sécuritaire

Soins de la peau et des plaies

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

4 AE

4 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).



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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).

Par. 6 (8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu de son programme de soins et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat. 2007, chap. 8, par. 6 (8).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Cette constatation concerne le registre n° 027379-16 – rapport d'incident critique, daté d'une date déterminée et soumis au directeur le lendemain, indiquant que la personne résidente n° 003 avait subi une blessure déterminée avec altération de l'intégrité épidermique à un endroit déterminé du corps pendant un transfert lors d'une date déterminée. Le lendemain, un membre du personnel identifié avait découvert à deux autres endroits du corps de la personne résidente n° 003 une blessure avec altération de l'intégrité épidermique.

La personne résidente n° 003 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet d'un diagnostic de déficience cognitive et d'autres problèmes de santé.

Le 6 juin 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué un pictogramme affiché sur le mur au-dessus du lit de la personne résidente, qui indiquait d'utiliser un certain équipement pour les transferts. L'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a remarqué sur le même mur une feuille avec une photographie de l'équipement de transfert identifié et le mode d'emploi.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

À une date déterminée, pendant la soirée, les notes d'évolution des soins de santé de la personne résidente indiquaient qu'elle avait subi une blessure avec altération de l'intégrité épidermique à un endroit déterminé du corps pendant le transfert. Les notes indiquaient que la personne résidente était agitée pendant le transfert, et qu'un endroit déterminé de son corps avait été coincé dans un certain endroit d'un fauteuil particulier.

Le programme de soins écrit de la personne résidente n° 003 indiquait, à une date déterminée, à la rubrique diagnostic des soins infirmiers, que celle-ci a certains comportements lors d'interventions déterminées.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a examiné une certaine note écrite par l'IAA n° 132 à la/au responsable du programme des soins aux personnes résidentes et envoyée à une date déterminée; elle indiquait que l'on avait immédiatement commencé une enquête le soir de l'incident, après que la personne résidente avait subi une blessure à un endroit déterminé du corps pendant le transfert. La note indiquait que les deux PSSP identifié(e)s, qui avaient été interrogé(e)s individuellement, avaient déclaré avoir trouvé la personne résidente assise dans le fauteuil identifié dans sa chambre. Les PSSP ont commencé à préparer la personne résidente pour le transfert en plaçant un dispositif de transfert déterminé derrière la personne résidente pendant qu'elle était assise dans le fauteuil identifié. Alors que les PSSP mettaient le dispositif de transfert, la personne résidente a commencé d'être agitée, en remuant certains membres et l'autre partie du corps. La personne résidente frappait une partie déterminée de son corps contre le fauteuil identifié. Ensuite, les PSSP ont attaché le dispositif de transfert à l'équipement de transfert identifié et mis ensemble les deux membres identifiés de la personne résidente. Cependant, les membres identifiés de la personne résidente continuaient de remuer pendant son transfert dans le lit, et les PSSP ont remarqué la blessure avec altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente à l'endroit déterminé du corps. La note mentionnait que les deux PSSP avaient indiqué qu'à un certain moment le membre identifié de la personne résidente étaient coincé dans un endroit du fauteuil identifié, et les PSSP pensaient que la blessure avec altération de l'intégrité épidermique avait pu se produire à ce moment-là. La note indiquait que les PSSP n^{os}138 et 141 avaient reçu un enseignement relativement au transfert de la personne résidente. L'enseignement comportait ce qui suit :

- assurer la sécurité de la personne résidente pendant les soins,
- différer les soins de la personne résidente jusqu'à ce qu'elle soit calme et pas agitée,



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

- lire le mode d'emploi affiché dans la chambre de la personne résidente.

Le 6 juin 2017, au cours d'une entrevue, l'IA n° 104 a indiqué que la personne résidente devenait nerveuse pendant le transfert et qu'il fallait lui expliquer la procédure pendant son transfert pour prévenir un mouvement brusque ou bien pour l'empêcher de tenir la main d'un membre du personnel ou de tenir l'équipement de transfert identifié.

Le 6 juin 2017, lors d'une entrevue, l'IA n° 132 a déclaré que la/le PSSP n° 141 avait dit ne pas avoir lu les instructions sur le mur qui concernaient les précautions à prendre pendant le transfert de la personne résidente.

Le 7 juin 2017, lors d'une entrevue, la/le PSSP n° 138 a indiqué que la personne résidente était agitée et bougeait pendant que l'on mettait l'équipement de transfert sur son fauteuil et pendant son transfert pour la mettre dans le lit. La/le PSSP n° 141 a indiqué avoir mis les membres de la personne résidente ensemble, mais que celle-ci les décroisait à maintes reprises. La/le PSSP n° 141 a reconnu ne pas avoir tenu les membres identifiés de la personne résidente pendant toute la durée du transfert, et avoir remarqué alors la blessure à l'endroit déterminé du corps de la personne résidente. La/le PSSP n° 141 a déclaré que la personne résidente ne frappait pas son autre endroit du corps identifié quand le dispositif de transfert était en place, ni pendant le transfert.

Le 7 juin 2017, au cours d'une entrevue, la/le PSSP n° 141 a indiqué que la personne résidente n° 003 était très agitée pendant le transfert. La/le PSSP n° 141 a indiqué que l'humeur de la personne résidente variait, et que l'on aurait dû attendre jusqu'à ce qu'elle soit calme pour la transférer. La/le PSSP n° 141 a déclaré avoir essayé de tenir les endroits du corps identifiés de la personne résidente, mais qu'elle était tellement agitée et qu'elle bougeait ses membres identifiés dans tous les sens de sorte que la/le PSSP était incapable de tenir ensemble les deux membres identifiés de la personne résidente.

Le 7 juin 2017, lors d'une entrevue, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'on avait effectué une enquête qui indiquait que les PSSP avaient transféré la personne résidente de manière non sécuritaire avec l'équipement de transfert identifié. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a déclaré que l'enquête avait validé le fait que la personne résidente n° 003 refusait que l'on change ses vêtements quand elle était assise



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

dans le fauteuil identifié, et qu'elle affichait des comportements de résistance aux soins pendant le transfert. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que la personne résidente était déjà agitée, agressive, et frappait un certain endroit de son corps quand elle était assise dans le fauteuil, et que le personnel n'aurait pas dû procéder au transfert pendant que la personne résidente était encore agitée à ce moment-là. Les PSSP auraient dû aviser l'infirmière ou l'infirmier que la personne résidente était trop agitée pour faire l'objet d'un transfert. Les deux PSSP n'ont pas suivi les instructions de l'écriteau affiché sur le mur de la chambre de la personne résidente concernant son transfert, tel que prescrit. Les instructions de l'écriteau indiquaient de tenir les deux membres identifiés de la personne résidente pendant le transfert effectué avec l'équipement identifié afin d'éviter une blessure.

La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente n° 003 lui soient fournis tel que le précise le programme. [Paragraphe 6 (7)]

2. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente soient tenus au courant du contenu de son programme de soins et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat.

Cette constatation concerne le registre n° 009125-17, rapport d'incident critique rédigé à une date déterminée et soumis au directeur le même jour, qui mentionnait un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente n° 004 à l'égard de la personne résidente n° 006. Le rapport indiquait qu'un membre du personnel identifié avait trouvé la personne résidente n° 004 qui tenait d'une main la personne résidente n° 006 et avait l'autre main dans certains vêtements de la personne résidente n° 006 alors qu'elles se trouvaient dans la chambre de la personne résidente n° 004 à une date déterminée.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a examiné les notes d'évolution concernant les soins de santé de la personne résidente n° 004; elles indiquaient qu'elle avait été admise au foyer à une date déterminée à un étage particulier et qu'on l'avait transférée à un autre étage à une date ultérieure.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente n° 004 révélait ce qui suit à la rubrique du diagnostic de soins infirmiers : Communication – comportement sexuel inadéquat déterminé, interventions particulières.

Un examen d'une consultation de psychiatrie gériatrique datée de dix jours après l'incident, mentionnait des recommandations particulières pour la personne résidente n° 004.

Lors d'une entrevue à une date déterminée, la/le PSSP n° 125 a indiqué que la personne résidente n° 004 n'affichait jamais des comportements sexuels, et a dit ne pas être au courant que cette personne résidente avait manifesté des comportements sexuels de nature verbale et physique quand elle était dans une autre unité. Qui plus est, la/le PSSP n° 125 a indiqué travailler à temps plein à l'étage identifié, et ne pas être au courant que la personne résidente n° 004 avait affiché des comportements sexuels depuis son admission au foyer.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 211 et la/le PSSP n° 125 sont allé(e)s chercher à une date déterminée le programme de soins de la personne résidente dans l'unité identifiée. La/le PSSP n° 125 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 211 que le programme de soins modifié (Kardex) de la personne résidente n'était pas disponible dans le classeur intitulé *Assigned Sheet* (fiche assignée) pour vérifier les soins particuliers de la personne résidente. Quand l'inspecteur/l'inspectrice n° 211 a demandé à la/au PSSP n° 125 s'il/elle était en mesure de visualiser la plus longue version du programme de soins écrit de la personne résidente, la/le PSSP a déclaré ne pas être capable d'entrer dans l'ordinateur pour voir le Kardex de la personne résidente ou le programme de soins écrit.

Au cours d'une entrevue à une date déterminée, l'IA n° 124 a montré à l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 que le programme de soins écrit de la personne résidente n° 004 était disponible dans l'ordinateur, et que l'on devrait laisser à l'intention des PSSP une copie papier du programme de soins modifié (Kardex) dans un classeur intitulé *Assigned Sheet Group* (fiches assignées au groupe). L'IA n° 124 a confirmé que le Kardex n'était pas disponible dans le classeur pour que les PSSP le consultent.

Lors d'une entrevue, la coordonnatrice/le coordonnateur du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI (coordonnatrice/coordonnateur du RAI-MDS) a indiqué que la copie papier du programme de soins écrit de la personne résidente n° 004 ne se trouvait pas dans le classeur de



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

l'unité intitulé *Residents' Care Plan Binder* (classeur des programme de soins des personnes résidentes) et que la copie papier modifiée du programme de soins écrit (Kardex) n'était pas disponible dans les autres classeurs intitulés *Assigned Sheet Group* (fiches assignées au groupe). La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI-MDS a indiqué que le personnel avait probablement oublié d'apporter de l'ancienne unité de soins les copies papier du programme de soins écrit et le Kardex de la personne résidente. La coordonnatrice/le coordonnateur du RAI-MDS a reconnu qu'il y avait une rupture de communication à divers niveaux relativement aux cas allégués de comportements sexuels passés de la personne résidente, et que l'on aurait dû informer la/le PSSP.

La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente soient tenus au courant du contenu du programme de soins de la personne résidente n° 004, et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat. [Paragraphe 6 (8)]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer :

- que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme,***
- que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente soient tenus au courant du contenu de son programme de soins, et à ce que l'accès à celui-ci soit facile et immédiat. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

AE n° 2 : Le ou la titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 31 de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8. Contention au moyen d'appareils mécaniques

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 31 (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention. 2007, chap. 8, par. 31 (2).

Faits saillants :

1. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la contention d'une personne résidente au moyen d'un appareil mécanique ne puisse être prévue dans son programme de soins que si un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* qualifie de moyen de contention tous les appareils utilisés par le foyer pour restreindre la liberté de mouvement ou l'accès normal à son corps. Une personne résidente peut être maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique si sa contention est prévue dans son programme de soins. L'utilisation d'un appareil mécanique dont une personne résidente a la capacité physique et cognitive de se dégager ne constitue pas une mesure visant à la maîtriser.

Cette constatation concerne le registre n° 023042-16.

Le rapport d'incident critique (CIS) indiquait que la personne résidente n° 001 avait subi à une date déterminée une blessure à deux endroits du corps après qu'un membre identifié du personnel des services de soutien à la personne l'avait vue tomber de son fauteuil roulant. On avait envoyé la personne résidente à l'hôpital, et diagnostiqué qu'elle avait une blessure à un autre endroit du corps deux jours après l'incident. Le rapport d'incident critique indiquait que le personnel avait oublié de mettre en place deux appareils mécaniques sur le fauteuil de la personne résidente.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

Un examen du dossier médical de la personne résidente n° 001 indiquait qu'elle avait été admise au foyer à une date déterminée et que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une déficience cognitive et plusieurs autres problèmes de santé.

Un examen du programme actuel de soins écrit de la personne résidente mentionnait des interventions particulières à la rubrique du diagnostic de soins infirmiers.

Le 1^{er} juin 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a observé la personne résidente n° 001 assise dans un type particulier de fauteuil avec deux appareils mécaniques en place sur le fauteuil. Le 2 juin 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a observé la personne résidente dans la salle à manger, assise dans le fauteuil avec deux appareils mécaniques en place sur le fauteuil.

Le 1^{er} juin 2017, l'IAA n° 115 a indiqué lors d'une entrevue que l'on considère que les deux appareils mécaniques déterminés sont une mesure de contention parce que la personne résidente est incapable de les enlever puisqu'elle n'en a pas la force physique. L'IAA n° 115 a indiqué que le recours aux appareils mécaniques de la personne résidente remontait au moins à une date déterminée. L'IAA n° 115 a indiqué être incapable de localiser un ordre de contention de la personne résidente n° 001 avant sa chute à la date déterminée, et que le seul ordre de contention documenté était daté d'environ six semaines plus tard. L'IAA n° 115 a déclaré que l'un des appareils mécaniques servait également à empêcher la personne résidente de glisser du fauteuil particulier, et que l'autre sert à l'empêcher de mettre ses membres hors du fauteuil. L'IAA n° 115 a reconnu n'avoir remarqué que l'un des appareils mécanique avait été approuvé par le médecin que six semaines après la chute de la personne résidente. L'IAA n° 115 a révélé que l'utilisation de ce type particulier de fauteuil et des deux appareils mécaniques déterminés figure dans la section *Repositioning Nursing Diagnosis* (diagnostic de soins infirmiers en matière de changement de position) et à la rubrique *ADLs Nursing Diagnosis* (diagnostic de soins infirmiers relativement aux AVQ).

Le 1^{er} juin 2017, lors d'une entrevue, la/le PSSP n° 116 a indiqué que les mesures de contention pour la personne résidente visent à l'empêcher de tomber quand elle est assise dans le fauteuil, car elle peut bouger dans ce type particulier de fauteuil. La/le PSSP a indiqué que les deux appareils mécaniques



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

identifiés sont considérés comme des moyens de contention, car la personne résidente est incapable de les enlever tous les deux.

Le 2 juin 2017, lors d'une entrevue, la/le PSSP n° 118 a indiqué que l'on a toujours recours aux deux appareils mécaniques identifiés quand la personne résidente est assise dans le fauteuil.

Le formulaire intitulé *Medical Directive Prescription – Contentions* (directive médicale en matière de prescription - moyens de contention) signé par le médecin à une date déterminée, indiquait d'utiliser un des appareils mécaniques quand la personne résidente était assise dans le fauteuil.

Un examen du document intitulé révision trimestrielle des ordres de médecin sur une période de quatorze mois environ n'indique pas que l'on avait ordonné le moyen de contention de la personne résidente ni qu'on en avait renouvelé l'ordre.

Le 2 juin 2017, lors d'une entrevue, la/le responsable du programme de soins aux personnes résidentes a indiqué que les deux appareils mécaniques de la personne résidente sont considérés comme des moyens de contention.

La/le responsable du programme de soins personnels a indiqué que le document de la révision trimestrielle des ordres du médecin ne mentionnait pas un ordre de recours à un moyen de contention pour la personne résidente n° 001. Un des moyens de contention de la personne résidente n'avait pas été ordonné par un médecin ni par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure pendant quatorze mois environ, et l'autre type de moyen de contention n'avait pas été ordonné.

La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'un des appareils mécaniques de la personne résidente n° 001 fût ordonné par un médecin ou bien par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure, et n'a pas veillé au fait que l'autre moyen de contention de la personne résidente n'avait pas été ordonné pendant quatorze mois environ. [Disposition 31 (2)4]



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la contention d'une personne résidente au moyen d'un appareil mécanique ne puisse être prévue dans son programme de soins que si un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 3 : Le ou la titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 50 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Soins de la peau et des plaies**

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 50 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

(iii) est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation est mise en œuvre,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).

Faits saillants :



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Cette constatation concerne le registre n° 027379-16 – rapport d'incident critique soumis à une date déterminée, indiquant que la personne résidente n° 003 avait subi une blessure déterminée avec altération de l'intégrité épidermique à un endroit particulier du corps pendant un transfert lors d'une date déterminée.

La personne résidente n° 003 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet d'un diagnostic de déficience cognitive et d'autres problèmes de santé.

Les notes d'évolution de la personne résidente à la date déterminée, pendant le poste du soir, indiquaient qu'elle avait subi une blessure avec altération de l'intégrité épidermique à un endroit déterminé du corps pendant le transfert, que la personne résidente était agitée pendant le transfert, et que l'on avait trouvé l'endroit déterminé de son corps coincé à un endroit du fauteuil déterminé. On avait nettoyé la blessure avec altération de l'intégrité épidermique et mis un certain pansement.

Lors du poste qui a suivi l'incident, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait bien dormi pendant la nuit et que le pansement était toujours en place à l'endroit déterminé de son corps. Pendant le poste de jour, les notes d'évolution indiquaient qu'une/un PSSP avait signalé avoir trouvé que la personne résidente avait une blessure à un autre endroit du corps. L'IAA n° 142 avait documenté que l'évaluation physique avait identifié une blessure derrière l'autre endroit du corps avec un petit œdème et une rougeur, la blessure de la partie déterminée du corps trouvée le jour de l'incident n'était pas couverte par un pansement, et il y avait une contusion verte et bleuâtre à un autre endroit du corps. L'IA n° 104 avait documenté que l'évaluation physique de la personne résidente indiquait qu'il y avait de multiples ecchymoses anciennes à deux autres endroits déterminés du corps, une ecchymose récente à un autre endroit du corps, et une forme identifiée de l'altération de l'intégrité épidermique de la partie déterminée du corps que l'on avait trouvée le jour de l'incident. Également, les notes de l'IA n° 104 indiquaient que l'évaluation physique avait déterminé qu'une ouverture d'une



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

certaine taille à un autre endroit déterminé du corps de la personne résidente avait une légère rougeur et du sang séché.

Trois jours plus tard pendant le poste du soir, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que la zone entourant la blessure avec altération de l'intégrité épidermique, trouvée le jour de l'incident à un endroit déterminé du corps de la personne résidente, était rouge et chaude.

Le lendemain, l'IAA n° 142 avait documenté dans les notes d'évolution que la blessure avec altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente à l'endroit déterminé du corps était toujours rouge et chaude et que le médecin avait ordonné un antibiotique.

Quatre jours plus tard, les notes d'évolution des soins de santé de la personne résidente indiquaient que sa blessure avec altération de l'intégrité épidermique à l'endroit déterminé du corps, ainsi qu'une blessure à l'autre endroit de son corps et une ecchymose à un autre endroit du corps guérissaient bien.

Onze jours plus tard, les notes d'évolution des soins de santé indiquaient que l'endroit du corps déterminé de la personne résidente avait été réévalué et qu'il y avait une cicatrice.

Six jours plus tard, les notes d'évolution des soins de santé indiquaient que l'on avait enlevé une croûte sur l'endroit déterminé du corps de la personne et qu'il saignait légèrement. On avait nettoyé l'endroit avec une solution saline normale et mis deux pansements déterminés pour empêcher la personne résidente d'enlever la croûte.

Un examen des notes du médecin à une date déterminée (six jours après l'incident) indiquait ce qui suit : la personne résidente avait subi une blessure avec altération de l'intégrité épidermique à l'endroit déterminé du corps, on avait commencé l'administration d'antibiotique, on avait remarqué une infection particulière à l'endroit du corps susmentionné, l'endroit était sec, sans œdème aujourd'hui, et il fallait continuer l'antibiotique.

Les 6 et 7 juin 2017, lors d'une entrevue, l'IA n° 132 a indiqué avoir été informé(e) de l'incident par l'IAA n° 139 à la date déterminée pendant le poste du soir, à savoir qu'un endroit du corps de la personne résidente n° 003 avait subi une blessure pendant le transfert du fauteuil identifié à son lit.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

L'IA n° 132 a indiqué que le membre du personnel identifié lui avait dit que l'endroit déterminé du corps de la personne résidente était resté coincé entre deux endroits du fauteuil identifié. L'IA n° 132 a déclaré n'avoir vu qu'une blessure. L'IA n° 132 a indiqué ne pas avoir effectué une évaluation complète du corps de la personne résidente parce que le membre du personnel n'avait pas mentionné de blessure ni d'incident à d'autres endroits du corps de la personne résidente. L'IA n° 132 a indiqué qu'il n'y avait aucun indice de saignement ou d'autre blessure au corps de la personne résidente. L'IA a déclaré que l'endroit déterminé du corps de la personne résidente comportant une blessure avec altération de l'intégrité épidermique saignait, et avoir couvert la plaie avec un pansement particulier. L'IA n° 132 a indiqué que lorsqu'une personne résidente avait une altération de l'intégrité épidermique on devait remplir une fiche d'évaluation, et qu'elle ne se souvenait pas si la fiche d'évaluation intitulée « Wound Assessment Tool » (outil d'évaluation des plaies) avait été utilisée et remplie.

Les 6 et 7 juin 2017, au cours d'une entrevue, l'IA n° 104 a indiqué avoir reçu un appel de l'IAA n° 142 le lendemain pendant le poste du matin au sujet des blessures de la personne résidente n° 003.

L'IA n° 104 a dit que l'IAA n° 142 lui avait indiqué que les blessures de la personne résidente avaient pu se produire la veille au soir pendant un transfert avec un équipement particulier, à la date déterminée. L'IA n° 104 a déclaré avoir fait une évaluation complète du corps de la personne résidente et observé ce qui suit :

- une mesure précise de la blessure avec altération de l'intégrité épidermique de l'endroit déterminé du corps de la personne résidente,
- une mesure précise d'une blessure d'une autre partie du corps comportant du sang séché.

L'IA n° 104 a indiqué qu'elle avait mis, à la date déterminée, un pansement sur l'endroit déterminé du corps de la personne résidente qui avait une altération de l'intégrité épidermique.

L'IA n° 104 a indiqué que lorsqu'une personne résidente subit une blessure, l'infirmière ou l'infirmier devrait entreprendre une évaluation et remplir le « Wound Assessment Tool » (outil d'évaluation des plaies), mais que l'utilisation de cet outil n'est pas requise quand une personne résidente subit cette blessure particulière avec altération de l'intégrité épidermique. Néanmoins, quand une personne résidente subit ce type de blessure avec altération de l'intégrité épidermique, l'infirmière ou l'infirmier devrait documenter les faits dans les notes d'évolution et commencer un diagnostic de soins infirmiers dans le programme de soins écrit de la personne résidente. L'IA n° 104 a montré à l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 que l'on avait entrepris cinq jours plus tard un diagnostic de soins



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

infirmiers pour une plaie en lien avec la blessure identifiée de la personne résidente avec altération de l'intégrité épidermique.

Le 8 juin 2017, lors d'une entrevue, l'IAA n° 139 a indiqué qu'il faut utiliser une fiche intitulée « Wound Assessment Tool » (outil d'évaluation des plaies) quand une personne résidente a subi ce type de lésion épidermique, ce type de blessure ou toute autre altération de l'intégrité épidermique.

L'IAA n° 139 a indiqué ne pas avoir rempli la fiche en question étant donné que l'IA n° 132 avait commencé l'évaluation de l'endroit déterminé du corps de la personne résidente et son traitement.

Le 7 juin 2017, lors d'une entrevue, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'on aurait dû commencer à remplir la fiche intitulée « Wound Assessment Tool » (outil d'évaluation des plaies) le jour de l'incident, quand l'infirmière ou l'infirmier avait évalué la blessure avec altération de l'intégrité épidermique à l'endroit déterminé du corps de la personne résidente, et que l'on aurait dû réévaluer l'endroit et documenter les faits dans l'outil susmentionné toutes les semaines.

La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 003 qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique à trois endroits déterminés du corps se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. [Alinéa 50 (2)b)(i)]

Autres mesures requises :



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 4 : Le ou la titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 55 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Comportements et altercations**

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents;

b) le personnel chargé des soins directs est informé au début de chaque poste au sujet de chaque résident dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue parce que ceux-ci peuvent lui faire courir un danger ou en faire courir un à d'autres. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 55.

Faits saillants :

1. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'une personne résidente, notamment de ses comportements réactifs, et pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents;



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

b) tout le personnel chargé des soins directs soit informé au début de chaque poste au sujet de chaque personne résidente dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue, parce que ceux-ci peuvent lui faire courir un danger ou en faire courir un à d'autres.

Cette constatation concerne le registre n° 009125-17, rapport d'incident critique daté et soumis au directeur le même jour déterminé, qui mentionnait un cas allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel de la personne résidente n° 004 à l'égard de la personne résidente n° 006. Le rapport indiquait qu'un membre du personnel identifié avait trouvé la personne résidente n° 004 qui tenait la personne résidente n° 006 d'une main et avait l'autre main dans certains vêtements de la personne résidente n° 006 alors qu'elles se trouvaient dans la chambre de la personne résidente n° 004.

Selon l'alinéa 2 (1)b) du Règlement de l'Ontario 79/10, pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, « mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend :

a) soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel,

b) soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel.

La personne résidente n° 004 a été admise au foyer à une date déterminée en ayant fait l'objet d'un diagnostic de déficience cognitive et d'autres problèmes de santé. Lors de son admission, elle avait été admise à un étage déterminé.

La personne résidente n° 006 a été admise au foyer à une date déterminée, et ses dossiers médicaux indiquaient qu'elle avait une déficience cognitive et d'autres problèmes de santé.

L'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a examiné les notes d'évolution de l'admission de la personne résidente n° 004 à une date déterminée qui indiquaient que les membres de la famille avait mentionné que la personne résidente n'avait jamais affiché des comportements réactifs. Les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que la personne résidente ne nouait pas de relations avec les autres personnes résidentes, et ne manifestait pas d'agitation ni de comportements réactifs. On avait



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

déterminé que la personne résidente avait des difficultés de mémoire qui se caractérisaient par deux déficiences particulières.

Les notes d'évolution des soins infirmiers à une date déterminée indiquaient que la personne résidente préférait se retirer des activités et rester allongée dans son lit.

Quatre semaines plus tard, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que des personnes identifiées avaient signalé à une ou un IA identifié que la personne résidente avait manifesté des comportements sexuels de nature verbale et physique envers elles.

Le lendemain, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que la personne résidente avait manifesté envers le personnel des comportements sexuels de nature verbale inadéquats, et que l'on avait avisé les PSSP de faire preuve de prudence.

Dix jours plus tard, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient qu'un médecin avait vu la personne résidente pour évaluer l'état de sa santé physique et mentale. Le médecin n'avait pas trouvé de problèmes à ce moment-là.

Quatorze jours plus tard, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que l'IA n° 104 avait demandé que la personne résidente n° 004 soit incluse dans la liste du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), et elle était sur la liste d'attente pour être transférée à une autre unité.

Six jours plus tard, les notes d'évolution des personnes résidentes n° 004 et n° 006 rédigées par l'IA n° 124 indiquaient que la personne résidente n° 004 avait manifesté un comportement sexuel inapproprié envers la personne résidente n° 006. Un membre du personnel identifié avait entendu crier dans une chambre de personne résidente et avait trouvé la personne résidente n° 004 debout derrière la personne résidente n° 006. La personne résidente n° 004 tenait la personne résidente n° 006 d'une main et avait l'autre main dans certains vêtements de la personne résidente n° 006. La personne résidente n° 004 avait cessé de tenir la personne résidente n° 006 quand le membre du personnel identifié était entré dans sa chambre et lui avait demandé de cesser de tenir la personne résidente n° 006. La personne résidente n° 006 avait quitté la chambre. Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente n° 004 avait dit à l'IA n° 124 que la personne résidente n° 006 venait toujours dans sa chambre. On avait



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

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

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

**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***

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

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

informé la personne résidente n° 004 que cette agression envers une personne résidente était inacceptable, et elle avait répliqué que cela ne se reproduirait plus.

Deux jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente n° 006 rédigées par l'IA n° 124 indiquaient, dans une inscription tardive, que l'on n'avait pas effectué d'évaluation physique de la personne résidente n° 006 le jour de l'incident en dépit de plusieurs tentatives, car la personne résidente refusait qu'on l'emmène à sa chambre pour avoir une évaluation physique complète, toutefois, on indiquait que les deux endroits déterminés du corps de la personne résidente étaient intacts.

Le même jour susmentionné, les notes d'évolution de la personne résidente n° 004 rédigées par l'IA n° 124 indiquaient qu'on l'avait adressée à l'équipe psychogériatrique concernant ses comportements allégués d'ordre sexuel.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente n° 004 révélait ce qui suit à la rubrique du diagnostic de soins infirmiers : Communication – comportement sexuel inapproprié – daté de deux jours après l'incident, interventions particulières déterminées.

Neuf jours après l'incident allégué de comportement sexuel, les notes d'évolution de la personne résidente n° 004 rédigées par l'IA n° 104 indiquaient que l'on avait transféré la personne résidente à une autre unité, et les notes précisait que la personne résidente se déplaçait de façon autonome avec un appareil déterminé, et qu'elle nouait des contacts avec d'autres personnes de l'unité.

Un examen de la consultation de psychiatrie gériatrique datée de dix jours après l'incident de comportement sexuel allégué, mentionnait des recommandations particulières pour la personne résidente n° 004 :

Un examen d'un ordre du médecin à une date déterminée indiquait de diminuer la dose d'un médicament déterminé pour la personne résidente n° 004.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

Un examen du dossier d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente n° 004 pour un mois déterminé indiquait que l'on avait diminué la dose du médicament déterminé un certain jour.

La diminution de la dose du médicament identifié de la personne résidente n° 004 constituait la seule preuve documentée figurant dans son dossier médical qui indiquait que la/le titulaire de permis avait suivi les indications de la consultation de psychiatrie gériatrique concernant la diminution de la dose du médicament identifié de la personne résidente.

Le 13 juin 2017, lors d'une entrevue, l'aide-ménagère a indiqué avoir entendu le jour de l'incident allégué de comportement sexuel déterminé, un fort hurlement provenant de la chambre de la personne résidente n° 004. En entrant dans la chambre, l'aide-ménagère avait remarqué la personne résidente n° 004 qui tenait la personne résidente n° 006 et avait la main à l'intérieur de certains vêtements de la personne résidente n° 006. La personne résidente n° 006 était entièrement habillée, et l'aide-ménagère n'avait pas été en mesure d'établir si la personne résidente n° 004 faisait des attouchements à un endroit identifié du corps de la personne résidente n° 006. L'aide-ménagère a déclaré avoir remarqué que la personne résidente n° 006 se débattait pour se dégager de l'emprise des bras de la personne résidente n° 004, mais que quand il/elle avait dit à la personne résidente n° 004 de lâcher la personne résidente n° 006, la personne résidente n° 004 avait immédiatement cessé de la tenir. L'aide-ménagère a indiqué avoir immédiatement informé l'infirmière ou l'infirmier responsable de l'unité.

Les 6 et 12 juin 2017, lors d'une entrevue, l'IA n° 124 a déclaré avoir parlé à la personne résidente n° 004 concernant son comportement sexuel inapproprié envers la personne résidente n° 006. L'IA n° 124 a indiqué que la personne résidente n° 004 avait répliqué qu'elle ne manifestera jamais plus ce comportement. L'IA n° 124 a déclaré que la personne résidente n° 006 n'avait pas manifesté de bouleversement émotionnel relativement à l'incident, et qu'elle avait refusé l'examen physique. L'IA n° 124 a indiqué ne pas être au courant que la personne résidente n° 004 avait manifesté un comportement sexuel inapproprié lors de deux dates précédentes.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

Le 12 juin 2017, lors d'une entrevue, la/le responsable du programme des soins personnels a indiqué être au courant que la personne résidente n° 004 avait manifesté envers le personnel un comportement sexuel de nature verbale avant l'incident allégué de comportement sexuel. La/le responsable du programme des soins personnels a indiqué que, lorsque la personne résidente n° 004 avait manifesté des comportements sexuel de nature verbale envers le personnel, les interventions n'étaient pas nécessaires à ce moment-là puisque la personne résidente n'avait pas manifesté de comportements sexuels de nature physique envers des personnes résidentes.

Le 14 juin 2017, lors d'une entrevue, la/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué ne pas être au courant du précédent incident de comportements sexuels de nature physique et verbale de la personne résidente n° 004 envers des personnes identifiées à une date déterminée. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a reconnu être au courant des comportements sexuels de nature verbale de la personne résidente n° 004 envers des membres du personnel à une date déterminée, mais n'avoir été informé(e) de cet incident seulement une à deux semaines plus tard. La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a indiqué que les comportements sexuels de nature physique et verbale de la personne résidente n° 004 auraient dû être intégrés dans son programme de soins écrit après les deux précédents incidents allégués de comportements sexuels, et que l'on aurait dû mettre en place certaines interventions pour veiller à ce que la personne résidente soit adéquatement surveillée et à ce que le personnel dispose de renseignements précis sur la façon de traiter les comportements sexuels allégués de la personne résidente n° 004.

La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que :

- l'on élabore et mette en œuvre des marches à suivre et des interventions après que la personne résidente n° 004 eût manifesté deux comportements sexuels avant l'incident allégué de comportement sexuel envers une personne résidente,
- tout le personnel chargé des soins directs fût informé au début de chaque poste des comportements de la personne résidente n° 004 exigeant une surveillance accrue, parce que ceux-ci peuvent faire courir un danger à la personne résidente ou en faire courir un à d'autres.



**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***

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

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection 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

Également, on a remarqué que les interventions que la consultation de psychiatrie gériatrique recommandait relativement à la personne résidente n° 004 n'avaient pas été complètement mises en œuvre pour minimiser les comportements et aider les personnes résidentes pouvant courir un risque de préjudice. [Article 55]

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, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement pour veiller à ce que :

- a) des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'une personne résidente, notamment de ses comportements réactifs, et pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents;***
- b) tout le personnel chargé des soins directs soit informé au début de chaque poste au sujet de chaque personne résidente dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue, parce que ceux-ci peuvent faire courir un danger à la personne résidente ou en faire courir un à d'autres. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

Émis le 20 juillet 2017.

Signature de l'inspectrice/l'inspecteur ou des inspectrices/inspecteurs

Original du rapport signé par l'inspectrice/l'inspecteur.