



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

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

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

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

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

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

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

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

Copie du public

Date du rapport	N° de l'inspection	N° de registre	Type d'inspection
28 novembre 2017	2017_621547_0016	020148-17, 023639-17, 024254-17, 025569-17	Plainte

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

LISA KLUKE (547)

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 prévu par
la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée***

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une plainte.

Elle a été effectuée les 5, 6, 11, 12 et 13 octobre, et le 10 novembre 2017.

Cette inspection concernait des plaintes écrites et des rapports d'incident critique soumis par le foyer relativement à des soins et à des services pour la personne résidente 001 à quatre reprises distinctes :

N° de registre 020148-17 - plainte écrite faite au foyer relativement à des préoccupations concernant la gestion des soins liés à l'incontinence et des problèmes de contrôle des infections,

N° de registre 024254-17 - plainte écrite faite au foyer relativement à des préoccupations concernant les routines au moment du sommeil et du repos et le fait que le personnel ne suivait pas le programme de soins de la personne résidente,

N° de registre 023639-17 - rapport d'incident critique concernant un cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part du personnel,

N° de registre 025569-17 - incident critique relativement à un cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part du personnel.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membre d'une famille, préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IIA), membres du personnel infirmier autorisé (IA), coordonnatrice/coordonnateur du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI du foyer, chef de bureau, responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR), responsable du programme des soins personnels (RPSP) et administratrice.



En outre, au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec des membres du personnel, a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes et les habitudes de travail du personnel, a observé des chambres et des aires communes de personnes résidentes, examiné des documents relatifs aux enquêtes du foyer concernant les rapports d'incidents critiques pour les registres n° 023639-17 et 025569-17, ainsi que la plainte écrite concernant les registres n° 020148-17 et 024254-17. L'inspectrice a examiné les politiques relatives aux mauvais traitements, aux plaintes et au programme de levage et de transfert des personnes résidentes. L'inspectrice a observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes.

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Dignité, choix et vie privée

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Rapports et plaintes

Comportements réactifs

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

7 AE

3 PRV

1 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 19. Obligation de protéger

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

Par. 19. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes ne souffrent pas de négligence de sa part ou de la part du personnel du foyer.

L'article 5 du Règl. de l'Ont. 79/10 définit la négligence comme étant :

« Le défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »



Registre n° 020148-17

Cette inspection concerne une plainte écrite faite au foyer à une certaine date par la mandataire spéciale/le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 001. Cette plainte mentionnait des préoccupations concernant les soins liés à l'incontinence et la prévention des infections relativement au traitement différé d'une infection des voies urinaires pour la personne résidente. Cette plainte mentionnait également des préoccupations concernant les soins personnels et les services que le personnel infirmier du foyer fournissait à la personne résidente.

La personne résidente 001 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont une déficience cognitive déterminée, de l'anxiété et une maladie articulaire à plusieurs endroits du corps.

Le 5 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 et a remarqué les mentions suivantes dans son programme de soins actuel :

- La personne résidente 001 a eu des comportements réactifs depuis son admission au foyer, dans le sens où elle oppose une résistance aux soins personnels et à l'hygiène par des agressions verbales et physiques, et elle nécessite que deux membres du personnel ou plus l'aident pour tous les soins personnels. Ces soins comprennent ce qui suit : transferts, changement de position, mobilité, élimination et propreté.
- La personne résidente 001 nécessite que les soins d'hygiène lui soient fournis avec l'assistance d'une à deux personnes en fonction de ses comportements réactifs.
- La personne résidente 001 est malentendante de l'oreille gauche et l'on doit lui parler doucement dans l'oreille opposée en utilisant des phrases courtes et simples.
- La personne résidente a été admise au foyer en ayant de l'incontinence fécale et vésicale; elle nécessite d'avoir en tout temps des culottes d'incontinence qui sont changées au besoin par deux membres du personnel ou plus.
- On indiquait également dans l'évaluation initiale de sa peau faite par le foyer que la personne résidente présentait un risque élevé d'avoir des problèmes de détérioration de l'intégrité épidermique compte tenu de sa mobilité réduite, de sa démence et de son incontinence.

Le programme de soins de la personne résidente utilisé au mois de septembre 2017 mentionnait plus de 42 interventions décrites par le personnel infirmier autorisé, des consultations de psychiatrie gériatrique, et le fait que la/le MS de la personne résidente devait aider à gérer les comportements réactifs de celle-ci. En dépit de ces interventions en place, on mentionnait presque quotidiennement, dans les notes d'évolution de la personne résidente, dans ses feuilles de soins et dans le registre de rapport quotidien de

24 heures de l'unité, que la personne résidente n'était pas docile ou que les soins personnels étaient refusés. Le programme de soins de la personne résidente 001 en matière d'audition et de communication indiquait que sa capacité auditive diminuée, combinée à sa perte de mémoire à court terme et à long terme et à une diminution marquée de ses aptitudes à prendre des décisions, avait une incidence sur la résistance de la personne résidente aux soins personnels.

L'un des ordres de la/du médecin de la personne résidente 001 à une certaine date consistait à obtenir un échantillon d'urine, car on soupçonnait une infection des voies urinaires. On n'avait pris aucun échantillon d'urine de la personne résidente. Trois jours plus tard, le personnel infirmier avait découvert que l'on n'avait pas prélevé cet échantillon d'urine. L'échantillon d'urine avait été prélevé, cependant il avait fallu attendre deux autres jours avant qu'il soit envoyé au laboratoire à cause d'un week-end férié. Les résultats de l'échantillon d'urine étaient revenus au foyer deux jours plus tard; ils étaient positifs et dénotaient une infection des voies urinaires. On avait mis la/le médecin au courant des résultats positifs de l'analyse le lendemain, cependant il/elle avait décidé de ne pas traiter la personne résidente en se fondant sur le fait que l'on avait indiqué qu'elle était asymptomatique. Le foyer a été incapable de trouver un document indiquant que l'on avait mis au courant la/le MS de la personne résidente des résultats de ces analyses d'urine ou de l'évaluation de la/du médecin et de la décision de ne pas faire de traitement.

L'inspectrice 547 a examiné la plainte écrite de la/du MS de la personne résidente qui indiquait être arrivé(e) au foyer à une certaine date après le déjeuner et avoir trouvé la personne résidente au lit. On remarquait une odeur nauséabonde d'urine dans la chambre de la personne résidente. La personne résidente était au lit, frissonnante, et elle avait indiqué à la/au MS qu'elle avait froid et mal aux jambes. La/le MS de la personne résidente avait demandé à un membre du personnel infirmier autorisé d'évaluer la personne résidente. Le membre du personnel infirmier s'est souvenu que la personne résidente avait eu un résultat positif à une analyse d'urine et a appelé la/le médecin. On a fait une ordonnance d'antibiotiques, 15 jours après avoir noté les premiers soupçons d'infection des voies urinaires de la personne résidente. Le membre du personnel infirmier est revenu dans la chambre de la personne résidente et a remarqué l'odeur nauséabonde d'urine qui y régnait. Le membre du personnel infirmier autorisé a localisé l'odeur qui provenait du coussin du fauteuil roulant de la personne résidente. En soulevant le coussin, on remarquait qu'il était saturé et laissait couler un liquide jaune, et le membre du personnel infirmier autorisé a indiqué à la/au MS que c'était de l'urine.

L'enquête du foyer concernant cette plainte écrite révélait que la culotte d'incontinence extra absorbante de la personne résidente était encore sèche le matin de cet incident déterminé. Le personnel infirmier n'était pas tenu de changer la culotte d'incontinence de la personne résidente. Le personnel infirmier avait remis la personne résidente au lit après le lunch avec sa culotte d'incontinence et ses vêtements saturés d'urine. Le membre du personnel a indiqué au personnel infirmier autorisé ne pas avoir remarqué d'odeur nauséabonde d'urine après avoir fourni des soins infirmiers à la personne résidente, et que le coussin du siège du fauteuil roulant de la personne résidente n'avait pas été vérifié.

Le 6 octobre 2017, en arrivant à l'unité des soins infirmiers de la personne résidente, les PSSP 101 et 102 ont indiqué à l'inspectrice 547 avant la fin de leur poste de travail que l'on avait changé la culotte d'incontinence de la personne résidente ce matin-là, mais qu'elle avait refusé qu'on la lui change après le déjeuner comme cela était requis. Les PSSP 101 et 102 ont signalé cette situation à l'IA 100 qui a indiqué à l'inspectrice 547 et aux PSSP qu'elle en fera rapport au personnel infirmier du quart de travail du soir. Les PSSP 101 et 102 ont indiqué qu'il s'agit d'un comportement habituel pour cette personne résidente, car elle refuse souvent les soins personnels qui concernent le changement de culotte d'incontinence. La PSSP 103 a indiqué que la personne résidente refuse souvent qu'on lui change sa culotte d'incontinence, et que par conséquent quand elles changent finalement la culotte d'incontinence de la personne résidente, ses vêtements et le coussin du siège sont fréquemment complètement saturés d'urine.

Le 11 octobre 2017, l'IA 100 a indiqué que d'habitude le changement des culottes d'incontinence de la personne résidente 001 se faisait le matin avant le lever. La personne résidente porte pendant la nuit une culotte d'incontinence super absorbante qu'on lui met le soir. On ne la lui change pas du tout pendant la nuit pour ne pas perturber ses habitudes de sommeil. Une fois que la personne résidente est levée et installée dans son fauteuil roulant, le personnel infirmier la surveille pour détecter tout indice d'incontinence, autrement on change la culotte d'incontinence de la personne résidente une deuxième fois après le déjeuner. On ne conduit plus la personne résidente aux toilettes et on la transfère dans son lit pour changer la culotte d'incontinence. On remet alors la personne résidente dans son fauteuil roulant et le personnel du soir vérifie sa culotte d'incontinence pour voir s'il faut la changer avant le dîner. On change alors la culotte d'incontinence au coucher, à un certain moment pour la nuit. L'IA 100 a indiqué que la personne résidente présente un risque élevé de détérioration de l'intégrité épidermique, néanmoins elle oppose régulièrement une résistance aux soins et souvent ses vêtements et sa culotte d'incontinence sont saturés d'urine, car elle refuse d'être changée. L'IA 100 a indiqué en outre que le comportement de la personne résidente concernant le changement des produits pour soins liés à l'incontinence a probablement

contribué à cette infection, car la personne résidente est souvent assise pendant de nombreuses heures dans son fauteuil roulant avec une culotte d'incontinence souillée, ce qui pourrait contribuer à ce qu'elle présente un risque d'infections des voies urinaires.

Par conséquent, on a géré les soins liés à l'incontinence et au confort de la personne résidente seulement 15 jours après l'évaluation des premières craintes d'infection des voies urinaires par le personnel infirmier du foyer.

Registre n° 024254-17

Cette inspection concerne des plaintes écrites faites par la/le MS de la personne résidente 001 à l'administratrice du foyer à une autre date déterminée, au sujet des soins et des services fournis à la personne résidente 001 lors de certains quarts de travail du soir et de nuit. La/le MS faisait état d'inquiétudes concernant le manque de soins et de services fournis à la personne résidente 001 relativement au fait que le personnel infirmier la laissait assise dans son fauteuil roulant jusqu'au milieu du poste de travail de nuit, et qu'ensuite les soins lui étaient fournis par un membre du personnel de sexe masculin. Le programme de soins de la personne résidente indiquait spécifiquement qu'elle devait recevoir des soins seulement d'un membre du personnel infirmier de sexe féminin. La/le MS s'inquiétait en outre de ce que, le lendemain soir, il/elle avait dû appeler le membre du personnel infirmier autorisé pour intervenir concernant les soins fournis à la personne résidente, car il était déjà plus tard que l'heure spécifiée dans la soirée. La personne résidente n'était pas au lit, et la/le MS s'inquiétait de ce qu'elle resterait dans le fauteuil roulant comme la nuit précédente.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution de la personne résidente et les feuilles des soins liés à l'incontinence pour les cas suivants où l'on indiquait que la personne résidente avait refusé que l'on change les produits pour l'incontinence :

a) Les documents indiquaient que l'on avait fourni à la personne résidente des soins liés à l'incontinence lors du quart de travail du soir à un certain moment d'une certaine date. On ne mentionnait aucun soin fourni à la personne résidente pendant le quart de travail de nuit conformément au programme de soins. La personne résidente avait refusé d'avoir des soins personnels pendant toute la journée et toute la soirée du lendemain. Elle n'avait eu aucun soin documenté fourni pendant la nuit conformément au programme de soins, et la feuille des soins liés à l'incontinence documentait que l'on avait changé la culotte d'incontinence de la personne résidente pendant le quart de travail de jour et qu'on lui avait alors fourni des soins liés à l'incontinence. D'après ces documents, la personne résidente n'avait pas reçu de soins personnels pendant environ 36 heures.

b) Les documents indiquaient que l'on avait changé le produit pour l'incontinence de la personne résidente et qu'on lui avait fourni des soins personnels lors du quart de travail du soir d'une certaine date. On ne mentionnait aucun soin fourni à la personne résidente pendant le quart de travail de nuit conformément au programme de soins. La personne résidente avait refusé pendant toute la journée qu'on lui change son produit pour l'incontinence ou qu'on lui fournisse des soins personnels. Elle était restée au lit jusqu'à ce que le personnel la lève dans la soirée pour le dîner, cependant elle avait refusé qu'on lui change son produit pour l'incontinence ou qu'on lui fournisse des soins personnels. La personne résidente avait refusé qu'on la remette au lit à un certain moment de la soirée, comme c'était requis. Les notes d'évolution pour le quart de travail de nuit indiquaient que la personne résidente était restée dans son fauteuil roulant toute la nuit, car elle avait refusé d'être transférée dans son lit. La personne résidente avait été transférée dans son lit et on avait documenté dans les feuilles de soins les soins personnels tels que fournis. D'après cette mention des faits, la personne résidente n'avait pas reçu de soins personnels pendant 35 heures environ.

c) Les documents indiquaient que la personne résidente avait refusé qu'on lui change son produit pour l'incontinence ou qu'on lui prodigue des soins personnels pendant le quart de travail de jour, toutefois le personnel avait été en mesure de lever la personne résidente pour les repas à une certaine date. La personne résidente avait refusé d'être transférée au lit par le personnel du quart de travail du soir ou qu'on lui change son produit pour l'incontinence. Elle était restée habillée pendant plus de 16 heures, dans ses vêtements de jour que l'on n'avait pas changés et dans des produits pour l'incontinence souillés. Le personnel du quart de travail du soir le lendemain avait mentionné que la personne résidente avait maintenant la peau des fesses rougie.

d) Les documents indiquaient que la personne résidente avait refusé qu'on lui change son produit pour l'incontinence pendant toute la soirée et qu'elle était restée dans son fauteuil roulant. Le personnel du quart de travail de nuit avait documenté que la personne résidente était restée dans son fauteuil roulant jusqu'au milieu de la nuit. On lui avait alors fourni des soins après qu'elle fût restée plus de 12 heures dans un produit d'incontinence souillé. La personne résidente était alors restée au lit tout le lendemain et avait refusé des soins personnels jusqu'à avant le quart de travail du soir. D'après ces documents, la personne résidente n'avait pas reçu de soins personnels pendant une autre période de 12 heures environ. À une certaine date à la suite de ces incidents, on avait documenté que la personne résidente 001 avait la peau des fesses rougie.



Registre n° 023639-17

Cette inspection concerne une plainte verbale faite à une certaine date par la/le MS de la personne résidente 001 à l'administratrice; la plainte concernait un incident de cas allégué de négligence de la personne résidente de la part du personnel qui s'était produit le soir et la nuit d'une certaine date. Le foyer avait soumis un rapport d'incident critique d'un cas allégué de négligence selon lequel la personne résidente avait refusé d'aller se coucher à un certain moment un soir et qu'on l'avait laissée dans son fauteuil roulant toute la nuit jusqu'au petit déjeuner le lendemain. La/le MS avait fait état de préoccupations concernant le manque de soins et de services pour la personne résidente 001, car le personnel n'avait pas satisfait aux besoins essentiels en soins personnels pour la continence, l'hygiène, le confort ou les routines au moment du sommeil et du repos de la personne résidente comme on l'exigeait dans son programme de soins.

Les 6, 11, 12 et 13 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001. Les documents indiquaient ce qui suit sur une certaine période de 11 jours :

- Les documents indiquaient que l'on avait fourni des soins personnels à la personne résidente 001 et que l'on avait changé la culotte d'incontinence à un certain moment au début du quart de travail du soir. La personne résidente avait refusé d'être transférée dans son lit ce soir-là comme l'indiquaient les notes d'évolution. L'inspectrice n'a trouvé aucune documentation pour le quart de travail de nuit relativement aux comportements réactifs de la personne résidente ou à la fourniture des soins. La personne résidente était restée dans son fauteuil roulant pendant le quart de travail de nuit. Elle était venue au petit déjeuner le lendemain et on l'avait ensuite transférée dans son lit, environ 17 heures après la dernière fois où on lui avait fourni des soins personnels.
- Les documents indiquaient que l'on avait tenu une réunion sur les soins avec la/le MS de la personne résidente afin de discuter des approches comportementales pour les soins personnels et pour examiner la structure du sommeil de la personne résidente et ses préférences. On avait pris une décision et élaboré un plan pour veiller à ce que la personne résidente soit levée pendant le quart de travail de jour tous les matins à 8 heures, et remise au lit le soir à 20 heures. On avait élaboré des stratégies et des plans pour veiller à ce qu'un membre du personnel fournisse les soins personnels pour les produits pour l'incontinence, car un trop grand nombre de membres du personnel qui travaillent dans la chambre de la personne résidente la rend agitée et agressive. On avait ajouté des éclaircissements indiquant que le personnel infirmier doit essayer de changer la personne résidente une fois, si elle refuse, le personnel doit la laisser et revenir au bout de quelques minutes et faire une seconde tentative. Si la personne résidente refuse

la deuxième fois, la laisser et retourner au bout de quelques minutes pour fournir alors les soins requis. Un membre du personnel infirmier autorisé doit téléphoner à la/au MS si la personne résidente a un comportement physiquement agressif quand on tente de lui fournir des soins personnels. On avait insisté sur les stratégies pour les difficultés d'audition de la personne résidente et sur le fait qu'aucun membre du personnel de sexe masculin ne devait intervenir pour fournir des soins personnels à la personne résidente.

- Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente documentaient qu'elle avait refusé les soins personnels lors du quart de travail du soir et refusé le repas du dîner. Les notes d'évolution du quart de travail de nuit documentaient que l'on avait transféré la personne résidente dans son lit à un certain moment pendant ce quart de travail. Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait refusé que l'on change son produit pour l'incontinence après le déjeuner. On avait transféré la personne résidente dans son lit à un certain moment, et le produit pour l'incontinence de la personne résidente avait donc été changé après que la personne résidente avait passé environ 12 heures dans la même culotte d'incontinence.

- Cinq jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient à la fin du quart de travail du soir que la personne résidente avait refusé ses médicaments du soir et que l'on change sa culotte d'incontinence. On avait commencé à utiliser un outil de cartographie des comportements pour les comportements de la personne résidente. Le personnel du quart de travail de nuit avait documenté que la personne résidente avait refusé qu'on lui change sa culotte d'incontinence, après deux tentatives, même après que la personne résidente était allée à la selle. Le produit pour l'incontinence de la personne résidente n'avait pas été changé et on ne lui avait pas non plus fourni de soins personnels pendant 16 heures environ.

Le 11 octobre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 100 qui a indiqué que le personnel infirmier n'est pas en mesure de fournir les soins dont la personne résidente avait besoin en raison de ses comportements réactifs. L'IA 100 a indiqué en outre que le problème du personnel qui ne transférait pas la personne résidente dans son lit la nuit et qui la laissait dans un fauteuil roulant toute la nuit ou presque toute la nuit n'était pas acceptable.

Le 13 octobre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec la PSSP 101 qui a indiqué qu'elle était en mesure de fournir des soins à la personne résidente quand elle travaillait seule la plupart du temps. La PSSP a déclaré qu'elle trouvait que c'était négligent de ne pas fournir des soins personnels à la personne résidente quand elle en avait besoin, mais que ce n'était pas faute d'essayer.



L'inspectrice 547 a eu un entretien avec les PSSP 101, 102, 103 et 104 qui ont indiqué qu'elles trouvaient inacceptable que la personne résidente 001 fût laissée pendant la nuit dans un fauteuil roulant. La PSSP 102 a indiqué qu'elle travaille avec l'équipe du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et que parfois ils doivent être trois membres du personnel pour aider à changer la personne résidente maintenant qu'il faut faire les soins, peu importe si la personne résidente refuse. La personne résidente va souvent cracher et les frapper durant les soins, et les membres du personnel ont peur d'être blessés. La PSSP 102 a indiqué en outre que les membres du personnel ont également peur de blesser la personne résidente, car maintenant il faut faire les soins, même si elle refuse ou commence à opposer une résistance physique aux soins. La PSSP 101 a indiqué qu'elle s'inquiétait de la résistance que la personne résidente oppose aux soins, et qu'elle aimerait qu'on lui montre des solutions de rechange pour fournir les soins de façon sécuritaire, tant pour la personne résidente que pour le personnel infirmier, par opposition aux soins obligatoires.

Le 13 octobre 2017, l'inspectrice 547 a demandé aux RPSPR et RPSP ce qu'ils/elles avaient fait pour gérer les plaintes continues de la/du MS. La/le MS avait mentionné, lors de plusieurs réunions interdisciplinaires qui avaient eu lieu depuis le début de 2017, les comportements réactifs de la personne résidente 001, les problèmes de perte auditive et la fourniture des soins personnels. La/le RPSPR a indiqué que la/le médecin avait effectivement essayé de contrôler les oreilles de la personne résidente à deux reprises en 2017, mais la personne résidente avait refusé et avait été évaluée par une audiologiste de l'extérieur. La/le RPSPR et la/le RPSP ont indiqué en outre ne pas avoir réévalué si l'on avait fourni les soins ni évalué si le personnel utilisait, avec la personne résidente 001, les méthodes qui figuraient dans le programme de soins, car ils/elles supposaient que le personnel infirmier autorisé le faisait dans l'unité. La/le RPSP a indiqué ne pas avoir donné, aux PSSP de l'unité de la personne résidente, une formation ou des directives sur la manière de gérer de façon sécuritaire les comportements de la personne résidente, mais leur avoir dit de faire de leur mieux. La/le RPSP et la/le RPSPR ont indiqué ne pas être au courant d'une réévaluation de psychiatrie gériatrique pour les comportements réactifs de la personne résidente 001 depuis une certaine date, relativement à la fourniture de soins personnels.

Par conséquent, on n'avait pas suivi le programme de soins de la personne résidente concernant les habitudes de sommeil et de repos, ce qui avait mélangé routines de jour et de nuit pour la personne résidente. Ce problème des habitudes de sommeil et de repos avait alors eu, en raison de la fatigue de la personne résidente, une incidence sur l'alimentation qui lui était nécessaire, sur ses besoins d'hydratation et sur la fourniture des médicaments qui lui étaient prescrits. Le personnel infirmier n'avait pas fourni des soins personnels à la personne résidente 001 et ni des soins liés à l'incontinence. On

avait laissé la personne résidente 001 assise dans un fauteuil roulant adaptatif pendant de longues durées, sans changement de position ou fourniture de soins liés à l'incontinence documentés, ce qui présentait des risques d'infection et d'altération de l'intégrité épidermique pour cette personne résidente. [Paragraphe 19 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 001 soit protégée contre tout mauvais traitement de la part de quiconque et à l'abri de mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel du foyer.

Selon le paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 : « "mauvais traitement d'ordre physique" s'entend :

a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur, sous réserve du paragraphe (2) ».

Le paragraphe 2 (2) précisait qu'est « exclu de l'alinéa a) de la définition de "mauvais traitement d'ordre physique" au paragraphe (1), l'usage de la force qui est approprié dans le cadre de la fourniture de soins ou au titre de l'aide fournie à un résident pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, sauf si cet usage est abusif compte tenu des circonstances ».

À une certaine date, la/le MS de la personne résidente 001 a fourni à l'administratrice une preuve concernant ses inquiétudes au sujet des soins fournis la veille à la personne résidente 001. L'inspectrice 547 a examiné la preuve le 10 novembre 2017.

- La preuve indiquait que les soins personnels du matin avaient été fournis à la personne résidente 001 par les PSSP 113 et 116. Elles avaient lavé la personne résidente, changé sa culotte d'incontinence, et l'avaient habillée afin de pouvoir la transférer dans son fauteuil roulant pour le petit déjeuner.

On indiquait que la personne résidente repoussait la PSSP 113 avec ses bras pendant les soins personnels, néanmoins la PSSP 113 avait continué de laver la personne résidente et de changer sa culotte d'incontinence. La PSSP 116 était restée de l'autre côté du lit de la personne résidente, et aidait en tenant son bras pour l'empêcher de frapper la PSSP 113, qui habillait la personne résidente et changeait sa culotte d'incontinence. Les deux PSSP ont alors entrepris de transférer la personne résidente de la position allongée à la position assise et l'ont changée de position de façon inadéquate et en faisant un usage abusif de la force. La preuve démontrait que les techniques de transfert utilisées par les PSSP 113 et 116 en faisant un usage abusif de la force lors du transfert de la personne résidente 001 de son lit à son fauteuil roulant compromettaient la sécurité de la personne résidente et lui faisait courir des risques de chute et de blessure

comme on l'indiquait dans l'AE n° 3 du présent rapport.

- La preuve mentionnait en outre les soins personnels de l'après-midi de ce même jour, au cours desquels trois PSSP avaient fait preuve de brusquerie en mettant une certaine toile de lève-personne sur la personne résidente et en mettant les crochets de la toile au lève-personne. La preuve démontrait de plus que les soins physiques fournis par les trois PSSP en changeant les vêtements du haut de la personne résidente étaient brusques, comme on le mentionne également dans le présent rapport à l'AE n° 3.

La PSSP 116 a indiqué à l'inspectrice 547, lors d'un entretien concernant cette preuve, qu'elle ne connaissait pas le programme de soins de la personne résidente, car elle ne lui avait jamais fourni de soins personnels auparavant. La PSSP 116 a indiqué qu'elle suivait l'exemple de la PSSP 113 qui connaissait les besoins en soins de la personne résidente. La PSSP 116 a indiqué que le transfert de la personne résidente était difficile pendant les soins du matin, car la personne résidente ne supportait pas du tout son poids, qu'il fallait remonter ses pantalons et la traîner jusqu'à son fauteuil roulant pour l'empêcher de tomber sur le sol. La PSSP 116 a indiqué que les PSSP avaient laissé tomber la personne résidente dans le fauteuil roulant en raison de son poids et de son positionnement pendant ce transfert. La PSSP 116 a indiqué qu'elle avait trouvé que les soins de l'après-midi fournis à la personne résidente par trois PSSP étaient durs pour celle-ci. La PSSP 116 n'avait pas fait rapport de ces incidents à un membre du personnel infirmier autorisé.

La PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 547, lors d'un entretien concernant les soins personnels de l'après-midi de cette certaine date, qu'elle n'aurait pas choisi cette méthode de transfert pour la personne résidente. La PSSP 101 a indiqué que la personne résidente n'aime pas ce lève-personne et devient toujours agressive. La PSSP 101 a indiqué qu'elle avait suivi l'exemple de la PSSP 113 lors de ce transfert, car la PSSP 113 était la membre du personnel infirmier affectée à la personne résidente pour le jour en question. La PSSP 101 a indiqué que cette méthode de transfert est mentionnée dans le programme de soins, mais qu'elle ne devrait pas l'être, car elle n'est pas efficace pour la personne résidente. La PSSP 101 aurait transféré la personne résidente dans son lit, aurait alors changé son produit pour l'incontinence avec un membre du personnel pour ne pas perturber la personne résidente.

La/le MS de la personne résidente a indiqué à l'inspectrice 547 que la personne résidente s'était plainte d'une douleur à la fesse gauche dans les jours qui avaient suivi ces incidents de soins brusques fournis pendant les transferts.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on avait mis les trois PSSP en congé administratif après qu'elle eût examiné la preuve fournie pas la/le MS de la personne résidente. L'administratrice a indiqué que l'on avait remarqué l'usage abusif de la force pour tirer et traîner la personne résidente, et la brusquerie pendant les soins du matin et de l'après-midi de cette certaine date, et que l'on avait immédiatement commencé une enquête. [Paragraphe 19 (1)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 3. Déclaration des droits des résidents

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

Par. 3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

11. Le résident a le droit :

- i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,**
- ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision,**
- iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions,**
- iv. de voir respecter, conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à celle-ci. 2007, chap. 8, par. 3 (1).**



Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente 001 de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement, et d'être informée des conséquences qui peuvent résulter de sa décision.

La personne résidente 001 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics. Lors de son admission, son état pathologique était tel que toutes les décisions concernant ses soins avaient été prises par la/le MS.

À une certaine date, les ordres de la/du médecin de la personne résidente 001 prescrivaient une dose régulière d'un médicament à administrer tous les matins pendant deux semaines à 6 heures. Le dossier d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente mentionnait qu'on lui avait donné ce médicament pendant cette période de deux semaines.

Le 6 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente et n'a trouvé aucun document pour indiquer que l'on avait informé la/le MS de la personne résidente de la modification du programme de soins pour les médicaments pendant cette période spécifiée.

Le mois suivant, les notes d'évolution de la/du médecin mentionnaient qu'une réunion avait eu lieu avec la/le MS, et indiquaient que l'on avait donné ce médicament spécifié à la personne résidente 001 pendant une période de deux semaines le mois précédent sans consentement, et la/le médecin du foyer avait fait des excuses pour cet oubli.

Le 11 octobre 2017, la/le responsable du programme des soins personnels (RPSP) a indiqué à l'inspectrice 547 que le membre du personnel infirmier autorisé qui avait reçu cet ordre n'avait pas informé la/le MS de la personne résidente de ce médicament prescrit en tant que modification apportée au programme de soins de la personne résidente nécessitant un consentement. [Disposition 3 (1) 11. ii]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, 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 il veille au plein respect et à la promotion du droit de la/du MS de la personne résidente 001 de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement, ainsi que pour des médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins

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

Par. 6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

Par. 6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; et 2007, chap. 8, par. 6 (4).**
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

Par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; ou 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

Par. 6. (11) Lorsqu'un résident est réévalué et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

- a) d'une part, les paragraphes (4) et (5) s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard de la réévaluation et de la révision; 2007, chap. 8, par. 6 (11);
- b) d'autre part, si le programme de soins fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de celle-ci. 2007, chap. 8, par. 6 (11).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente 001.

On avait diagnostiqué que la personne résidente 001 avait une certaine déficience cognitive et de l'anxiété. La personne résidente 001 nécessite des méthodes adaptatives pour la résistance qu'elle oppose relativement à ses besoins en soins personnels.

La/le MS de la personne résidente 001 a fourni à une certaine date à l'administratrice du foyer une preuve concernant les préoccupations suscitées par les soins fournis à la personne résidente à trois reprises lors d'une date déterminée.

Lors de cette date, la preuve mentionnait trois incidents pendant la fourniture de soins personnels à la personne résidente 001 comme suit :

A) Les soins du matin avaient été fournis à la personne résidente 001 par les PSSP 113 et 116. La personne résidente 001 était au lit et opposait de la résistance aux soins personnels fournis par les deux PSSP. La PSSP 113 essayait de tourner la personne résidente pour la changer de côté afin que la PSSP 116 lui fournisse des soins personnels, toutefois la personne résidente repoussait les mains de la PSSP à plusieurs reprises. La PSSP 113 avait alors tiré la chemise de nuit de la personne résidente sur ses mains et ses bras pour maîtriser ses mains afin qu'elles n'empêchent pas la PSSP de fournir les soins personnels.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSP) a fourni à l'inspectrice 547 le programme de soins et le Kardex de la personne résidente qui mentionnaient les besoins relativement aux activités de la vie quotidienne (AVQ) conformément aux interventions suivantes en matière de soins :

1. Mobilité dans le lit : assistance considérable de deux personnes.
2. Hygiène personnelle : assistance totale, une personne dans le champ de vision de la personne résidente, lui parler dans l'oreille droite en employant des phrases courtes et

simples.

B) Les soins de l'après-midi étaient fournis par les PSSP 101, 113 et 116 lors de cette même date. Cet élément de preuve montrait que les trois PSSP intervenaient en même temps auprès de la personne résidente 001 pour la préparer à utiliser un certain lève-personne. La personne résidente semblait angoissée et troublée, et les soins fournis la rendaient agitée. La personne résidente a été maîtrisée dans le lève-personne : la PSSP 101 prêtait assistance en tenant les bras de la personne résidente puis en tenant ses mains au lève-personne à l'extérieur de la toile afin que les PSSP 113 et 116 fournissent les soins personnels et changent le produit pour l'incontinence de la personne résidente. La personne résidente était très agitée, et bougeait la tête d'un côté à l'autre pendant ces soins. Une fois la personne résidente rassise dans le fauteuil roulant, les PSSP 101 et 113 ont essayé de changer ses vêtements du haut. La PSSP 101 tenait les mains de la personne résidente derrière elle, et la PSSP 113 tirait le gilet de la personne résidente de derrière sa tête. La PSSP 116 s'est alors approchée de la personne résidente par devant pour aider à enlever le gilet et les vêtements de nuit de la personne résidente. La personne résidente est devenue angoissée et agitée en opposant de la résistance aux soins que lui fournissaient les trois PSSP. La personne résidente parlait à chacune des trois PSSP qui se tenaient devant elle, et néanmoins elles ne lui répondaient pas et continuaient d'enfiler un pull-over sur sa tête. La PSSP 113 s'est alors procuré un chandail adapté dans la chambre de la personne résidente après avoir essayé plusieurs fois d'enfiler un pull-over sur la tête de la personne résidente. La personne résidente n'a opposé aucune résistance quand on lui a mis le chandail adapté.

C) Les soins personnels du soir ont été fournis à la personne résidente 001 par une PSSP à cette même date. Cette PSSP a fourni des soins personnels et a changé le produit pour l'incontinence de la personne résidente pendant qu'elle était au lit. La PSSP a été en mesure de faire des gestes de la main à la personne résidente, est parvenue à changer son produit pour l'incontinence, et a tourné plusieurs fois la personne résidente sur le côté pour ajuster la culotte d'incontinence et les vêtements de nuit pour son confort. La deuxième PSSP est restée à l'intérieur de la salle de bains de la personne résidente qui est contiguë à la chambre, avec la porte ouverte, ce qui permettait d'observer directement les soins fournis par l'autre PSSP au chevet de la personne résidente et d'assurer qu'en cas de besoin la PSSP pouvait fournir de l'assistance, le cas échéant. La personne résidente souriait pendant ces soins personnels et a levé le pouce en signe d'approbation quand les soins personnels ont été terminés. La deuxième PSSP s'est alors approchée du chevet de la personne résidente et lui a fait signe de la main avec un sourire.



Les dossiers médicaux de la personne résidente mentionnaient une réunion sur les soins qui avait eu lieu avec la/le RPSPR, l'administratrice, la/le MS de la personne résidente 001 et l'IA 108 environ quatre semaines avant ladite date. Cette réunion sur les soins concernait les méthodes pour les soins personnels que l'on devait modifier dans le programme de soins de la personne résidente. Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente nécessitait l'assistance de deux personnes pour effectuer un transfert en la faisant pivoter, et qu'ensuite une personne devait fournir des soins personnels à la personne résidente et l'autre membre du personnel devait se tenir hors du champ de vision de la personne résidente pour que celle-ci ait moins de distraction et moins de bruit. Cette information n'était pas clairement mentionnée dans le programme de soins de la personne résidente aux fins de directives à l'intention du personnel.

L'inspectrice 547 s'est rendue dans l'unité de la personne résidente deux jours après cette réunion sur les soins, et le personnel infirmier du quart de travail du soir recevait des directives verbales de l'IA 100 concernant les méthodes de soins personnels requises pour la personne résidente 001 comme on l'avait mentionné dans la réunion en question sur les soins. L'IA 100 a indiqué d'effectuer le transfert de la personne résidente 001 avec deux personnes, et ensuite qu'une personne lui fournisse des soins. Si la personne résidente refuse les soins, le personnel doit la laisser et revenir une deuxième fois. Si la personne résidente refuse encore la deuxième fois, le personnel doit la laisser, revenir une troisième fois et fournir les soins requis. L'IA 100 a souligné à l'équipe des soins infirmiers que ces méthodes et la directive au personnel figuraient dans le programme de soins de la personne résidente.

Le 12 octobre 2017, la PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 547 que le personnel infirmier avait peur de faire mal à la personne résidente ou qu'elle leur fasse mal durant les soins personnels. La PSSP a déclaré que d'autres membres du personnel infirmier et elle-même craignaient ce que l'on pouvait éventuellement mal comprendre dans la vidéo, et que nombre des membres du personnel aimeraient mieux ne pas faire les soins s'ils sont forcés, car ils ont le sentiment que c'est une erreur. La PSSP 101 a indiqué en outre que la personne résidente ne devrait pas avoir à rester dans une culotte d'incontinence souillée, mais a admis que cela se produisait effectivement à cause des comportements réactifs de la personne résidente. La PSSP 101 a indiqué que l'on n'avait pas montré au personnel infirmier des méthodes concernant la façon de fournir les soins conformément aux directives convenues lors de la réunion sur les soins lorsque la personne résidente refuse les soins pour la troisième fois, les PSSP font donc ce qu'elles peuvent pour que les soins de la personne résidente soient faits.

Le 10 novembre 2017, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 547 que la personne résidente avait un sac de vêtements adaptés que sa/son MS avait fourni au foyer comme on l'avait demandé il y avait plus d'un mois; ces vêtements étaient dans un sac dans la chambre de la personne résidente, cependant ils n'étaient pas placés dans son placard, et l'on n'avait pas ajouté d'information dans le programme de soins au sujet de ces vêtements adaptés qu'il fallait utiliser pour vêtir la personne résidente. L'administratrice a indiqué en outre que le programme de soins de la personne résidente ne fournissait pas de directives claires au personnel infirmier pour utiliser ces méthodes adaptatives dans la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente, et que le programme de soins était mis à jour par les deux responsables de programme pour les soins infirmiers au foyer.

Le 10 novembre 2017, la/le RPSP a indiqué à l'inspectrice 547 qu'après son examen des dossiers médicaux de la personne résidente entre deux dates déterminées, on n'avait fait aucune demande à l'équipe psychogériatrique du foyer pour fournir de l'aide ou pour revoir les diverses méthodes relatives à la façon de fournir des soins personnels à la personne résidente. La/le RPSP a indiqué lors de ce même entretien que la direction supposait que l'infirmière autorisée/l'infirmier autorisé de l'unité de la personne résidente veillait à ce que l'information concernant la fourniture des soins personnels fût clairement mentionnée dans le programme de soins de la personne résidente. Les RPSPR et RPSP ont indiqué à l'inspectrice 547 qu'ils/elles mettaient à jour le programme de soins de la personne résidente pour veiller à ce que le personnel infirmier ait des directives claires sur les diverses méthodes requises pour la personne résidente 001 avant la fin de la journée. [Alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent à l'évaluation de la personne résidente 001 concernant son infection des voies urinaires, son déficit auditif et la révision des interventions en matière de soins pour les comportements réactifs, afin que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

A.Problèmes relatifs à l'infection des voies urinaires :

À une certaine date, une note d'évolution dans les dossiers médicaux de la personne résidente indiquait qu'on lui avait prescrit une ordonnance pour qu'elle fasse l'objet d'une procédure spécialisée afin d'obtenir un échantillon d'urine, car on suspectait une infection des voies urinaires. Cet ordre a été identifié lors du quart de travail de 7 à 15 heures. Il n'avait pas été traité et aucun échantillon d'urine n'avait été obtenu pendant le quart de

travail de 7 à 15 heures. L'ordre de prélèvement de l'échantillon d'urine n'avait pas été communiqué à l'intention du poste de travail suivant dans le registre de rapport quotidien - 24 heures. Trois jours plus tard, l'urine de la personne résidente avait une odeur forte, on avait obtenu un échantillon et on devait l'envoyer au laboratoire, car on ne l'avait pas fait quand on l'avait ordonné trois jours auparavant. Lors du quart de travail de 15 à 23 heures, on avait remarqué deux jours plus tard que la personne résidente penchait du côté gauche, était somnolente; on avait obtenu un autre échantillon d'urine et identifié, à l'aide d'une bandelette réactive, des résultats positifs qui dénotaient une infection. On avait également envoyé ce deuxième échantillon au laboratoire.

À une certaine date dix jours plus tard, on remarquait que le produit pour incontinence extra absorbant de la personne résidente était fortement saturé d'urine, au point que sa culotte d'incontinence, ses vêtements et le coussin du siège de son fauteuil roulant étaient saturés d'urine. On en avait seulement fait part à l'IAA 107 lors de l'arrivée de la/du MS de la personne résidente qui avait remarqué que la personne résidente était au lit, ne se sentait pas bien, se plaignait d'une douleur, et que l'on notait une odeur nauséabonde d'urine dans sa chambre.

La/le médecin 114 de la personne résidente a indiqué à l'inspectrice 547 qu'il était la/le médecin remplaçant(e) lors de la date initiale spécifiée, quand le personnel infirmier avait soupçonné que la personne résidente avait une infection des voies urinaires. Le membre du personnel infirmier avait demandé un ordre de procédure spécialisée pour obtenir un échantillon d'urine pour cette personne résidente qui était incontinente, car l'on soupçonnait une infection des voies urinaires. La/le médecin ne savait pas exactement pourquoi on n'avait pas obtenu l'échantillon d'urine ce jour-là. La/le médecin a examiné un des rapports d'analyse du laboratoire à une certaine date, et remarqué des résultats positifs qui indiquaient une infection. La/le médecin a demandé au membre du personnel infirmier autorisé ce jour-là comment la personne résidente se comportait, si l'on avait observé des changements dans son comportement, et le membre du personnel infirmier a dit que non. Le membre du personnel infirmier a signalé à la/au médecin que la personne résidente 001 avait toujours des comportements, toutefois son urine avait maintenant une odeur nauséabonde. La/le médecin a indiqué que c'est souvent un indice de déshydratation et que la présence de contaminants peut souvent avoir une incidence sur les échantillons d'urine, mais étant donné que l'odeur d'urine était le seul symptôme communiqué à la/au médecin qui sortait de l'ordinaire pour cette personne résidente, il/elle avait choisi de ne pas traiter la personne résidente. Le personnel infirmier autorisé avait appelé de nouveau la/le médecin 15 jours plus tard pour indiquer que la personne résidente avait des frissons et une douleur aux jambes, ses comportements continuels étaient présents; on avait de nouveau examiné avec la/le médecin les résultats positifs du laboratoire concernant une infection des voies urinaires, et déterminé que la personne résidente avait une quantité d'urine plus importante avec des odeurs. La/le médecin



remplaçant(e) décida de traiter la personne résidente avec des antibiotiques en se fondant sur les symptômes qu'on lui avait communiqués à ce moment-là.

Les membres du personnel infirmier n'ont pas collaboré entre eux ni avec la/le médecin de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent pour détecter les problèmes de continence et d'infection urinaire comme c'était requis pour la personne résidente 001.

B. Problèmes relatifs au déficit auditif :

La personne résidente 001 a été admise au foyer avec un déficit auditif déterminé qui nécessitait des méthodes adaptatives à la suite de ses comportements réactifs.

Au cours de cette inspection, les PSSP 102, 103 et 105 ont indiqué qu'elles demandent à la personne résidente si elles peuvent lui fournir des soins, la personne résidente 001 accepte les soins, toutefois, une fois qu'elles l'amènent dans la chambre et essaient de commencer à fournir les soins personnels, la personne résidente résiste et commence à frapper et griffer le personnel et à lui donner des coups de pied. La PSSP 105 a indiqué que nombre de membres du personnel infirmier se retirent à ce moment-là, en indiquant que la personne résidente a refusé les soins.

Après examen du programme de soins actuel de la personne résidente, son Kardex indiquait qu'elle entendait mal de l'oreille gauche, et de lui parler en ayant un contact visuel avec elle et en utilisant de courtes phrases simples d'une voix douce. Une note d'évaluation de psychiatrie gériatrique avait été imprimée et attachée au Kardex à une certaine date, plus de huit mois auparavant. Cette évaluation indiquait que la PSSP du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) avait noté, quand deux membres du personnel prodiguent des soins à la personne résidente dans son lit, que celle-ci réagit le mieux si la personne qui lui fait face est la seule qui la touche ou lui parle. Cette évaluation indiquait en outre que cette méthode était requise, autrement la personne résidente adopte des comportements réactifs lorsque la deuxième personne lui parle ou la touche.

Le 11 octobre 2017, la PSSP 104 a indiqué à l'inspectrice 547 et à l'IA 100 qu'elle intervient toujours seule auprès de la personne résidente, car celle-ci n'aime pas avoir trop de gens dans sa chambre, car il lui est difficile d'entendre ou de comprendre. La PSSP a indiqué que la personne résidente peut entendre, toutefois le personnel doit lui faire face et parler lentement et calmement. La personne résidente réagissait bien aux gestes de la main. La personne résidente est capable de se tourner d'un côté et de l'autre et de se tenir aux côtés de lit avec une certaine assistance, si un membre du personnel infirmier le lui explique calmement et s'assure qu'elle a bien compris ce qu'on



lui demande. La PSSP a indiqué que l'on ne devrait jamais presser la personne résidente et la laisser rester maître de la situation.

L'IA 100 a indiqué qu'elle n'était pas au courant jusqu'à maintenant de cette méthode concernant l'usage des gestes de la main pour faciliter la communication avec la personne résidente. La PSSP 104 a indiqué en outre que personne ne lui avait jamais posé de questions sur ses méthodes pour prendre soin de la personne résidente.

Le 11 octobre 2017, la/le MS a indiqué à l'inspectrice 547 ne pas avoir reçu d'appels téléphoniques du personnel infirmier concernant la difficulté de fournir des soins à la personne résidente.

La/le MS a indiqué qu'il/elle pensait que les soins devaient s'être mieux déroulés après leur réunion sur les soins, lorsqu'ils avaient revu et modifié les interventions en soins et que ces changements devaient être mis en œuvre. La/le MS a également indiqué qu'une/un audiologiste avait finalement évalué les oreilles de la personne résidente. L'audiologiste avait indiqué que les oreilles de la personne résidente étaient pleines de cire, ce qui contribuait à sa perte auditive. La/le MS a indiqué au personnel infirmier autorisé du foyer ne pas savoir pourquoi on avait mis un an pour faire ce test, alors que la/le MS avait informé le foyer lors de l'admission de la personne résidente que ses oreilles nécessitaient un nettoyage tous les six mois en raison de l'accumulation de cire. La/le MS a indiqué en outre que l'accumulation de cire contribue à la perte d'ouïe de la personne résidente. La/le MS a de plus indiqué que l'on avait déterminé que la perte auditive était un élément déclencheur des comportements de la personne résidente, mais le foyer n'avait pas géré ce point.

Par conséquent, les membres du personnel infirmier n'ont pas collaboré entre eux de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent pour gérer la perte auditive de la personne résidente relativement à ses comportements réactifs.

C. Problèmes concernant les interventions en matière de soins pour les comportements réactifs :

Le 11 octobre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec les PSSP 102 et 103 qui ont indiqué ne pas avoir besoin de mettre à la personne résidente 001 les appareils mécaniques adaptés déterminés, ce qui constituait l'une des méthodes d'intervention identifiées dans son programme de soins. Les PSSP ont indiqué être en mesure de gérer les soins de la personne résidente dans le calme avec de claires méthodes d'approche spécialisées. La PSSP 103 a indiqué que certains membres du personnel infirmier n'ont pas les mêmes méthodes d'approche, et ont besoin de mettre à la personne résidente

les appareils mécaniques adaptés déterminés pour prévenir les blessures. Les PSSP 102 et 103 ont indiqué qu'elles trouvaient que ces appareils mécaniques adaptés rendaient la personne résidente plus angoissée et plus agressive durant les soins personnels. L'IA 100 a indiqué à l'inspectrice 547 et aux PSSP qu'elle n'était pas au courant que certains membres du personnel infirmier n'utilisaient pas ces appareils mécaniques adaptés pendant les soins ou que cette intervention rendait la personne résidente plus anxieuse et plus agressive.

Le 11 octobre 2017, la PSSP 104 a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on prodiguait les soins personnels à la personne résidente 001 de façon à respecter son intimité. La PSSP 104 a indiqué qu'elle met une serviette sur la partie inférieure du corps de la personne résidente et qu'elle lui donne une débarbouillette pour l'aider à se laver le haut du corps. Pendant ce temps, la PSSP 104 soulève la serviette pour faire des soins personnels sur le devant du bas du corps de la personne résidente. La PSSP 104 a indiqué que cette technique pour les soins personnels a bien fonctionné. L'IA 100 a dit à l'inspectrice 547 et à la PSSP 104 qu'elle n'était pas au courant de cette méthode d'approche pour assister la personne résidente pour les soins personnels.

L'IA 100 a indiqué que quand ils élaborent le programme de soins, ils ne font pas participer les PSSP pour obtenir régulièrement leur avis, et qu'en tant qu'équipe, les membres du personnel infirmier devraient se consulter davantage, revoir les interventions afin que leurs évaluations s'intègrent les une aux autres, soient compatibles et se complètent relativement à la fourniture des soins à la personne résidente. [Alinéa 6 (4) a)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 001 soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le programme de soins actuel de la personne résidente 001 indiquait que le personnel infirmier devait lui mettre des appareils mécaniques adaptés déterminés avant de lui fournir des soins personnels en raison de ses comportements réactifs. Ces appareils mécaniques adaptés étaient identifiés par l'infirmière/l'infirmier en psychiatrie gériatrique pour le foyer dans un courriel qui remontait à plus de huit mois, courriel qui était imprimé et ajouté au Kardex de la personne résidente 001. On avait demandé au personnel infirmier d'utiliser ces appareils mécaniques adaptés pendant les soins personnels.

Le 5 octobre 2017, l'inspectrice 547 a observé trois de ces appareils mécaniques adaptés spécifiés dans la chambre de la personne résidente 001.

Les notes d'évolution de la personne résidente qui suivent et concernent l'utilisation de

ces appareils mécaniques adaptés indiquaient ce qui suit :

À une certaine date, l'IA 115 indiquait que la/le MS de la personne résidente avait accepté l'acquisition de ces appareils mécaniques adaptés pour que la personne résidente les porte pendant les soins personnels afin d'empêcher que le personnel et elle-même se blessent pendant les soins personnels.

Dix jours plus tard, l'IA 115 indiquait qu'il était difficile de mettre ces appareils mécaniques adaptés, car la personne résidente 001 empêchait le personnel de pouvoir les mettre en toute sécurité. On ne mentionnait aucune réévaluation de cette intervention dans le programme de soins de la personne résidente.

Trois jours plus tard, la coordonnatrice/le coordonnateur du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI documentait que le personnel infirmier était incapable de mettre les appareils mécaniques adaptés spécifiés, et qu'ils rendaient la personne résidente plus angoissée et plus agitée. Il n'y avait pas d'indication dans le programme de soins de la personne résidente que l'on avait réévalué ou mis à jour cette intervention.

Un mois plus tard, une évaluation de psychiatrie gériatrique indiquait que le foyer avait essayé ces appareils mécaniques adaptés spécifiés, mais qu'ils rendaient la personne résidente plus agitée et plus combative pendant presque toutes les tentatives pour lui fournir des soins personnels. Il n'y avait pas d'indication dans le programme de soins de la personne résidente que l'on avait réévalué ou mis à jour cette intervention.

L'inspectrice 547 a examiné le programme de soins actuel de la personne résidente et a remarqué qu'il continuait d'inclure l'utilisation de ces appareils mécaniques adaptés spécifiés lorsque l'on prodiguait des soins personnels à la personne résidente 001. Aucune évaluation et aucune réévaluation de ces appareils adaptés n'étaient documentées, et ces articles restaient dans sa chambre pour que le personnel infirmier les lui mette. [Alinéa 6 (10) b)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 001 soit réévaluée et son programme de soins révisé parce que les soins prévus dans le programme relativement à la gestion de l'incontinence et aux comportements réactifs s'étaient révélés inefficaces et nécessitaient de prendre en considération des méthodes différentes dans le cadre de la révision de ce programme.

La personne résidente 001 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont une déficience cognitive spécifiée, de l'anxiété et des problèmes liés à une perte auditive. L'évaluation de la continence de la personne

résidente 001 lors de son admission mentionnait qu'elle faisait de l'incontinence fécale et vésicale et nécessitait l'utilisation de culottes d'incontinence de taille moyenne pour demeurer propre, au sec et au confort. Les besoins de la personne résidente en raison de sa démence nécessitaient que les soins personnels soient fournis en tout temps par du personnel infirmier. Les comportements réactifs de la personne résidente 001 étaient directement liés à sa résistance à recevoir des soins personnels.

Le 6 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné le Kardex et le programme de soins en vigueur pour les besoins de la personne résidente en matière de continence et de comportements réactifs; ils documentaient ce qui suit :

- la personne résidente n'utilise pas la toilette,
- elle porte une grande culotte d'incontinence pendant le jour et le soir, et il faut changer la culotte d'incontinence de la personne résidente au moins une à deux fois pendant le quart de travail de jour, et une à deux fois pendant le quart de travail du soir si possible en raison de ses comportements réactifs,
 - la personne résidente porte une grande culotte d'incontinence extra absorbante au coucher. Ne pas changer la personne résidente la nuit et la laisser dormir,
 - l'hygiène personnelle de la personne résidente nécessite l'assistance d'un à deux membres du personnel en fonction de ses comportements réactifs et de lui mettre des appareils mécaniques adaptés avant de lui fournir des soins en fonction de ses comportements réactifs,
 - mobilité dans le lit - on indiquait que la personne résidente nécessitait une assistance considérable de deux membres du personnel en raison de ses comportements réactifs,
 - les soins doivent être fournis par du personnel féminin seulement en raison des comportements réactifs,
- son ouïe est faible dans une certaine oreille, et il faut lui parler dans l'oreille opposée en lui faisant face, avec de simples phrases courtes et d'une voix douce en raison des comportements réactifs.

Le 12 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné la documentation des notes d'évolution et des feuilles de soins de la personne résidente 001 pendant quatre mois spécifiés de 2017. On indiquait que la personne résidente avait presque quotidiennement des comportements réactifs relativement à la résistance qu'elle opposait aux soins personnels en refusant qu'on lui change son produit pour l'incontinence pendant de longues durées. Les interventions ne précisaient pas ce que les membres du personnel infirmier étaient censés faire comme prochaines mesures si la personne résidente continuait de refuser des soins personnels. On avait défini que le déficit auditif de la personne résidente contribuait à son comportement agressif, combiné à sa perte de mémoire à court et à long terme et à une diminution marquée de ses aptitudes à prendre des décisions, ce qui avait une incidence importante sur sa résistance aux soins



personnels. Les résultats négatifs relativement à ce comportement pendant cette période sont résumés comme suit :

1. On avait documenté que la personne résidente avait eu une infection des voies urinaires à une certaine date de 2017. La documentation mentionnait que plusieurs jours avant ce diagnostic la personne résidente avait une forte odeur d'urine. On documentait en outre qu'à cette même date la personne résidente avait eu une culotte d'incontinence et des vêtements extrêmement souillés, au point que le coussin de son siège était saturé d'urine et dégouttait quand un membre du personnel infirmier autorisé l'avait pris en présence de la/du MS de la personne résidente. Les dossiers médicaux de la personne résidente mentionnaient presque quotidiennement qu'elle était agressive pendant les soins personnels et refusait qu'on lui prodigue des soins en dépit de tentatives d'interventions qui n'étaient pas couronnées de succès.
2. On documentait que la personne résidente avait une détérioration de l'intégrité épidermique et une rougeur aux fesses lors de trois dates déterminées en 2017.
3. On documentait que la personne résidente était restée dans son fauteuil roulant pendant deux nuits déterminées dans des culottes d'incontinence souillées à la suite de comportements réactifs.
4. On documentait que la personne résidente était restée dans son fauteuil roulant jusqu'au milieu d'un certain quart de travail de nuit et avait refusé que l'on change sa culotte d'incontinence pendant le quart de travail du soir. La personne résidente 001 était dans son fauteuil roulant depuis le moment où elle avait reçu les soins du matin la veille jusqu'au milieu de la nuit suivante d'une certaine date.

Le 6 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné les documents de l'enquête du foyer concernant la plainte de la/du MS au sujet des soins et des services fournis à la personne résidente 001 à une certaine date. Les documents indiquaient que la PSSP qui travaillait lors du quart de travail de 7 à 15 heures à cette certaine date avait remis la personne résidente au lit après le déjeuner. On indiquait que la personne résidente à ce moment-là avait sa culotte d'incontinence et ses pantalons saturés d'urine. La personne résidente avait une culotte d'incontinence absorbante que le personnel infirmier de nuit lui avait mise et que le personnel infirmier de jour avait évaluée comme étant sèche lors des soins du matin.

Le 11 octobre 2017, la PSSP 101 a indiqué que la personne résidente refusait souvent de recevoir des soins personnels, de sorte qu'au moment où le personnel infirmier lui fournit effectivement des soins elle est complètement saturée d'urine et le personnel doit changer ses vêtements, sa culotte d'incontinence et la housse du coussin du siège.

Ce rapport mentionnait des détails sur les conséquences négatives susmentionnées, par conséquent, on n'avait pas pris en considération des méthodes différentes lors de la révision du programme de soins de la personne résidente afin de répondre à ses besoins relativement à ses comportements réactifs pour satisfaire aux exigences en matière de soins personnels. Cette révision et des méthodes différentes étaient requises pour prévenir d'autres complications en matière d'infection, de confort, de soins, d'habitudes de sommeil et de repos et de problèmes d'altération de l'intégrité de la peau. [Alinéa 6 (11) b)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le programme de soins de la personne résidente 001 établit des directives claires à l'intention du personnel qui fournit des soins directs, afin de veiller à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent ensemble à l'évaluation des besoins de la personne résidente 001, et à ce que la personne résidente 001 soit réévaluée et son programme de soins soit révisé parce que les soins prévus dans le programme relativement aux soins liés à l'incontinence et aux comportements réactifs se sont révélés inefficaces et nécessitaient que des méthodes différentes soient prises en considération dans la révision de ce plan. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131. Administration des médicaments

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

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).

Constatations :

1. 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 prescrire des médicaments.

On avait prescrit à la personne résidente 001 un certain antidépresseur deux fois par jour au besoin (PRN) pour l'anxiété, et le médicament n'avait pas été administré à la personne résidente comme la/le médecin l'avait indiqué pour contribuer à gérer les comportements réactifs.

Le 11 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné les dossiers d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente pendant une certaine période de cinq mois, et elle a remarqué que l'on avait administré à la personne résidente ce médicament spécifié requis pour des comportements lors de quatre dates déterminées au cours de cette période.

Le 6 octobre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IAA 105 qui a indiqué que l'on avait prescrit à la personne résidente 001 ce médicament déterminé pour des comportements, mais que la/le MS de la personne résidente avait refusé au personnel l'autorisation d'utiliser ce médicament pour la personne résidente.

Le 11 octobre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IAA 106 qui a indiqué que la personne résidente 001 n'avait pas, à sa connaissance, de médicament prescrit PRN pour l'anxiété. L'inspectrice 547 et l'IAA 106 ont examiné ensemble le MAR de la personne résidente, et l'IAA a remarqué que l'on a prescrit ce médicament déterminé à la personne résidente et indiqué qu'elle ne pensait pas que l'on avait le droit de l'administrer à la personne résidente, et que celle-ci n'avait jamais reçu le médicament spécifié au cours d'un certain mois.

Le 11 octobre 2017, l'IA 100 a examiné le MAR sur trois mois consécutifs déterminés dans les dossiers médicaux de la personne résidente, et elle a indiqué que l'on n'avait administré à la personne résidente aucun de ces médicaments spécifiés pendant ces mois.

L'inspectrice 547 a remarqué qu'il s'agit des quatre seules mentions concernant l'administration de ce médicament spécifié pour l'anxiété pendant cette période de cinq mois. Les dossiers médicaux de la personne résidente, comme on le mentionne dans l'AE n° 1 du présent rapport, indiquaient que la personne résidente avait des comportements réactifs presque tous les jours pendant cette période. Les médicaments prescrits n'ont pas été administrés comme prescrit pendant cette période pour contribuer à gérer les comportements réactifs de la personne résidente afin de lui fournir des soins personnels. [Paragraphe 131 (2)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement pour se conformer à l'exigence selon laquelle les médicaments sont administrés à la personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à les prescrire. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 20. Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Par. 20. (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. 2007, chap. 8, par. 20 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite pour promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) du foyer a indiqué que la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence était la politique n° 750.65 intitulée « Abuse » (mauvais traitements), révisée pour la dernière fois en juin 2017.

La politique établissait que « les personnes résidentes ne seraient pas soumises à toute forme de mauvais traitement d'ordre physique, affectif, sexuel ou verbal ou à toute forme d'exploitation financière, ou de négligence de la part d'autres personnes résidentes, des familles, des bénévoles ou du personnel ».

Ne pas avoir fourni à la personne résidente 001 l'assistance adéquate requise pour ses activités de la vie quotidienne comme la continence, les soins personnels et les routines au moment du sommeil et du repos mentionnés dans l'AE n° 1 du présent rapport, incluait une forme d'inaction et un usage abusif de la force qui compromettait la santé, la sécurité et le bien-être de la personne résidente 001. De cette façon, la personne résidente 001 a subi des mauvais traitements et de la négligence de la part des membres du personnel infirmier qui sont des employés du titulaire de permis qui n'ont pas respecté la politique n° 750.65. [Paragraphe 20 (1)]

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 22. Transmission des plaintes par le titulaire de permis

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

Par. 22. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer la transmet immédiatement au directeur. 2007, chap. 8, par. 22 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur toutes les plaintes écrites qu'il avait reçues concernant les soins fournis à la personne résidente 001 et l'exploitation du foyer.

Une plainte écrite avait été faite au titulaire de permis à une certaine date concernant des soins qui n'avaient pas été fournis à la personne résidente 001 pendant une certaine période de 15 jours. Cette plainte concernait des problèmes de soins, de services et de prévention des infections. Après examen de cette plainte et de la réponse faite par le titulaire de permis, on remarquait que cette plainte écrite avait été transmise au directeur 11 jours après avoir été reçue par le titulaire de permis.

Une deuxième plainte écrite avait été faite au titulaire de permis à une certaine date ultérieure concernant des soins qui n'avaient pas été fournis à la personne résidente 001 pendant deux quarts de travail consécutifs à des dates déterminées. La plainte et la réponse ont été examinées pendant cette inspection; on a remarqué que la plainte écrite avait été transmise au directeur huit jours après avoir été reçue par le titulaire de permis. [Paragraphe 22 (1)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident la personne résidente 001.

On avait diagnostiqué que la personne résidente 001 avait une certaine déficience cognitive et de l'anxiété.

À une certaine date, la/le MS de la personne résidente a fourni à l'administratrice une preuve concernant des préoccupations suscitées par les soins fournis à la personne résidente 001 la veille au matin.

Le 10 novembre 2017, l'inspectrice 547 a examiné la preuve qui avait été fournie à l'administratrice. Les PSSP 113 et 116 avaient transféré la personne résidente 001 du lit au fauteuil roulant, après avoir fourni les soins du matin. La PSSP 113 avait essayé de tirer la personne résidente par les bras pour la relever en position assise dans le lit, toutefois on remarquait que la personne résidente se dégageait de l'emprise de la PSSP 113. La PSSP 116 était venue à la tête du lit de la personne résidente du même côté que la PSSP 113 pour l'aider à pousser la personne résidente en position assise, pendant que la PSSP 113 tirait sur le bras gauche de la personne résidente. Les deux PSSP ont alors tiré la personne résidente hors du matelas. La personne résidente ne supportait pas son poids à ce moment-là. Les PSSP ont continué le transfert à deux personnes par mouvement pivotant, en dépit du fait que la personne résidente ne supportait pas son poids, en la tenant sous chaque aisselle et en remontant ses pantalons sur sa culotte d'incontinence pendant ce transfert par mouvement pivotant. Elles ont laissé tomber brusquement la personne résidente dans un fauteuil roulant, son dos a heurté le dossier du fauteuil roulant et son cou a basculé en arrière du côté de la poignée gauche du cadre du fauteuil roulant.



La/le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) a remis à l'inspectrice 547 le programme de soins et le Kardex de la personne résidente 001 en place au moment de l'incident. Le programme de soins mentionnait les renseignements suivants concernant les besoins en transfert de la personne résidente :

À la rubrique « transfert », le programme de soins indique : transfert par mouvement pivotant à l'aide de deux personnes ou à l'aide d'un lève-personne verticalisateur pour changer le produit pour l'incontinence.

À la rubrique « habillage », le programme de soins indique que des soins complets sont requis.

La/le RPSPR a fourni à l'inspectrice 547 une copie de la politique et marche à suivre du foyer n° 350.05 pour le programme de levage et de transfert des personnes résidentes, révisée pour la dernière fois en août 2017. Cette marche à suivre indiquait expressément ce qui suit concernant le transfert par mouvement pivotant de la personne résidente 001 :

3. Abaisser le lit jusqu'à ce que les pieds de la personne résidente reposent sur le plancher.
4. Mettre la ceinture de transfert.
7. Aider la personne résidente en se plaçant sur le côté du lit, près du bord.
8. Mettre les pieds de la personne résidente à plat sur le sol.
10. Aider la personne résidente à se mettre debout, la laisser prendre son équilibre et ensuite pivoter.
11. À l'ordre « 1-2-3 asseyez-vous », faire descendre doucement la personne résidente dans le fauteuil roulant pendant que la PSSP fléchit ses genoux.

La PSSP 116 a indiqué à l'inspectrice 547 que le transfert de la personne résidente 001 du lit au fauteuil roulant n'avait pas eu lieu selon les attentes du foyer, car la personne résidente ne supporte pas son poids, et que les PSSP avaient dû remonter ses pantalons et la traîner jusqu'à son fauteuil roulant.

L'administratrice a déclaré que ce transfert n'avait pas été effectué conformément à la politique et à la marche à suivre du foyer pour les transferts sécuritaires et que la personne résidente risquait de subir une blessure et de ressentir de l'inconfort.

La/le MS de la personne résidente avait également fourni une preuve concernant des préoccupations suscitées par les soins personnels fournis à la personne résidente 001 dans l'après-midi de cette même date déterminée.

Le 10 novembre 2017, l'inspectrice 547 a examiné la preuve qui avait été fournie à l'administratrice. Les PSSP 101, 113 et 116 avaient changé de position la personne résidente 001 dans un fauteuil roulant afin de mettre la toile de transfert d'un certain lève-personne. La personne résidente avait repoussé la toile et opposé une résistance aux soins. La PSSP 101 avait tiré la tête de la personne résidente vers l'avant, puis tiré énergiquement son cou vers l'avant pour que les PSSP 113 et 116 mettent la toile de transfert derrière la personne résidente. Une fois la toile de transfert positionnée derrière la personne résidente, les trois PSSP ont tiré vivement sur les crochets de fixation de la toile dans un mouvement vers l'avant pour essayer de les mettre à la toile de transfert spécifiée. La personne résidente repoussait le lève-personne et donnait des coups de pied dans sa base.

Les PSSP 101 et 116 ont indiqué à l'inspectrice 547 lors d'entretiens que le transfert et le changement du produit pour l'incontinence de la personne résidente 001 avaient été difficiles cet après-midi-là. La PSSP 116 a indiqué qu'elle n'avait jamais fourni des soins d'après-midi à la personne résidente 001, car elle était nouvelle au foyer, mais qu'elle avait eu l'impression que ce transfert était difficile. La PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle ne se rappelait pas avoir tiré sur la tête ou le cou de la personne résidente pour la changer de position, mais que si c'était l'information que l'on avait fournie, alors elle ne la contestera pas. La PSSP 101 a indiqué qu'il peut être difficile de fournir des soins personnels à la personne résidente 001. Lors de l'après-midi spécifié, la PSSP 101 a indiqué qu'il y avait trop de membres du personnel dans la chambre pour aider à fournir des soins à la personne résidente, ce qui la rendait plus agressive.

La preuve fournie par la/le MS de la personne résidente faisait état d'un transfert et de techniques de changement de position non sécuritaires utilisées quand le personnel infirmier aidait la personne résidente 001 pour les soins personnels en lui faisant courir le risque d'être blessée et de ressentir de l'inconfort. [Art. 36]



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

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

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

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

Émis le 28 novembre 2017

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice



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

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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

**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 du public

Nom de l'inspectrice (n°) : LISA KLUKE (547)

N° de l'inspection : 2017_621547_0016

N° de registre : 020148-17, 023639-17, 024254-17, 025569-17

Type d'inspection : Plainte

Date du rapport : 28 novembre 2017

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 SLD : CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN
275, RUE PERRIER, VANIER, ON K1L-5C6

Nom de l'administratrice : Jacqueline Roy

À l'intention de la VILLE D'OTTAWA, vous êtes tenue par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Ordre n° : 001 **Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153. (1) a)

Aux termes de :

la LFSLD, chap. 8, par. 19 (1), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que la personne résidente 001 soit protégée contre les mauvais traitements et la négligence.

En particulier, on ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. réexaminer et réviser le programme de soins de la personne résidente 001 pour établir des interventions et des méthodes claires et efficaces à mettre en œuvre par le personnel infirmier quand la personne résidente affiche des comportements réactifs pendant la fourniture des soins;
2. communiquer le contenu du programme de soins de la personne résidente 001 à tout le personnel qui lui prodigue des soins;
3. veiller à ce que le personnel infirmier autorisé lors de tous les quarts de travail surveille étroitement l'efficacité de toutes les interventions et méthodes en matière de soins mises en œuvre par le personnel qui prodigue des soins à la personne résidente 001, en prêtant tout particulièrement attention aux besoins liés aux comportements réactifs, à l'ouïe et à la communication, au changement de position, aux transferts et aux soins liés à l'incontinence;
4. prendre des mesures immédiates si et quand les interventions et les méthodes mises en œuvre en matière de soins ne sont pas efficaces pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente 001. Réévaluer de façon continue les besoins de la personne résidente 001, étudier d'autres interventions en matière de soins, notamment des approches non pharmaceutiques jusqu'à ce que l'on parvienne à gérer les comportements, et que les besoins de la personne résidente soient satisfaits;

5. documenter toutes les étapes importantes du processus de soins qui est suivi lorsqu'on s'occupe de la personne résidente 001, en s'assurant de donner à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial de la personne résidente l'occasion de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes ne souffrent pas de négligence de sa part ou de la part du personnel du foyer.

L'article 5 du Règl. de l'Ont. 79/10 définit la négligence comme étant :

« Le défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

Registre n° 020148-17

Cette inspection concerne une plainte écrite faite au foyer à une certaine date par la mandataire spéciale/le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 001. Cette plainte mentionnait des préoccupations concernant les soins liés à l'incontinence et la prévention des infections relativement au traitement différé d'une infection des voies urinaires pour la personne résidente. Cette plainte mentionnait également des préoccupations concernant les soins personnels et les services que le personnel infirmier du foyer fournissait à la personne résidente.

La personne résidente 001 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics, dont une déficience cognitive déterminée, de l'anxiété et une maladie articulaire à plusieurs endroits du corps.

Le 5 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001 et a remarqué les mentions suivantes dans son programme de soins actuel :

- La personne résidente 001 a eu des comportements réactifs depuis son admission au foyer, dans le sens où elle oppose une résistance aux soins personnels et à l'hygiène par des agressions verbales et physiques, et elle nécessite que deux membres du personnel ou plus l'aident pour tous les soins personnels. Ces soins comprennent ce qui suit : transferts, changement de position, mobilité, élimination et propreté.
- La personne résidente 001 nécessite que les soins d'hygiène lui soient fournis avec l'assistance d'une à deux personnes en fonction de ses comportements réactifs.
- La personne résidente 001 est malentendante de l'oreille gauche et l'on doit lui parler doucement dans l'oreille opposée en utilisant des phrases courtes et simples.
- La personne résidente a été admise au foyer en ayant de l'incontinence fécale et vésicale; elle nécessite d'avoir en tout temps des culottes d'incontinence qui sont changées au besoin par deux membres du personnel ou plus.
- On indiquait également dans l'évaluation initiale de sa peau faite par le foyer que la personne résidente présentait un risque élevé d'avoir des problèmes de détérioration de l'intégrité épidermique compte tenu de sa mobilité réduite, de sa démence et de son incontinence.

Le programme de soins de la personne résidente utilisé au mois de septembre 2017 mentionnait plus de 42 interventions décrites par le personnel infirmier autorisé, des consultations de psychiatrie gériatrique, et le fait que la/le MS de la personne résidente devait aider à gérer les comportements réactifs de celle-ci. En dépit de ces interventions en place, on mentionnait presque quotidiennement, dans les notes d'évolution de la personne résidente, dans ses feuilles de soins et dans le registre de rapport quotidien de 24 heures de l'unité, que la personne résidente n'était pas docile ou que les soins personnels étaient refusés. Le programme de soins de la personne résidente 001 en matière d'audition et de communication indiquait que sa capacité auditive diminuée, combinée à sa perte de mémoire à court terme et à long terme et à une diminution marquée de ses aptitudes à prendre des décisions, avaient une incidence sur la résistance de la personne résidente aux soins personnels.

L'un des ordres de la/du médecin de la personne résidente 001 à une certaine date consistait à obtenir un échantillon d'urine, car on soupçonnait une infection des voies urinaires. On n'avait pris aucun échantillon d'urine de la personne résidente. Trois jours plus tard, le personnel infirmier avait découvert que l'on n'avait pas prélevé cet échantillon d'urine. L'échantillon d'urine avait été prélevé,

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

cependant il avait fallu attendre deux autres jours avant qu'il soit envoyé au laboratoire à cause d'un week-end férié. Les résultats de l'échantillon d'urine étaient revenus au foyer deux jours plus tard; ils étaient positifs et dénotaient une infection des voies urinaires. On avait mis la/le médecin au courant des résultats positifs de l'analyse le lendemain, cependant il/elle avait décidé de ne pas traiter la personne résidente en se fondant sur le fait que l'on avait indiqué qu'elle était asymptomatique. Le foyer a été incapable de trouver un document indiquant que l'on avait mis au courant la/le MS de la personne résidente des résultats de ces analyses d'urine ou de l'évaluation de la/du médecin et de la décision de ne pas faire de traitement.

L'inspectrice 547 a examiné la plainte écrite de la/du MS de la personne résidente qui indiquait être arrivé(e) au foyer à une certaine date après le déjeuner et avoir trouvé la personne résidente au lit. On remarquait une odeur nauséabonde d'urine dans la chambre de la personne résidente. La personne résidente était au lit, frissonnante, et elle avait indiqué à la/au MS qu'elle avait froid et mal aux jambes. La/le MS de la personne résidente avait demandé à un membre du personnel infirmier autorisé d'évaluer la personne résidente. Le membre du personnel infirmier s'est souvenu que la personne résidente avait eu un résultat positif à une analyse d'urine et a appelé la/le médecin. On a fait une ordonnance d'antibiotiques, 15 jours après avoir noté les premiers soupçons d'infection des voies urinaires de la personne résidente. Le membre du personnel infirmier est revenu dans la chambre de la personne résidente et a remarqué l'odeur nauséabonde d'urine qui y régnait. Le membre du personnel infirmier autorisé a localisé l'odeur qui provenait du coussin du fauteuil roulant de la personne résidente. En soulevant le coussin, on remarquait qu'il était saturé et laissait couler un liquide jaune, et le membre du personnel infirmier autorisé a indiqué à la/au MS que c'était de l'urine.

L'enquête du foyer concernant cette plainte écrite révélait que la culotte d'incontinence extra absorbante de la personne résidente était encore sèche le matin de cet incident déterminé. Le personnel infirmier n'était pas tenu de changer la culotte d'incontinence de la personne résidente. Le personnel infirmier avait remis la personne résidente au lit après le lunch avec sa culotte d'incontinence et ses vêtements saturés d'urine. Le membre du personnel a indiqué au personnel infirmier autorisé ne pas avoir remarqué d'odeur nauséabonde d'urine après avoir fourni des soins infirmiers à la personne résidente, et que le coussin du siège du fauteuil roulant de la personne résidente n'avait pas été vérifié.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Le 6 octobre 2017, en arrivant à l'unité des soins infirmiers de la personne résidente, les PSSP 101 et 102 ont indiqué à l'inspectrice 547 avant la fin de leur poste de travail que l'on avait changé la culotte d'incontinence de la personne résidente ce matin-là, mais qu'elle avait refusé qu'on la lui change après le déjeuner comme cela était requis. Les PSSP 101 et 102 ont signalé cette situation à l'IA 100 qui a indiqué à l'inspectrice 547 et aux PSSP qu'elle en fera rapport au personnel infirmier du quart de travail du soir. Les PSSP 101 et 102 ont indiqué qu'il s'agit d'un comportement habituel pour cette personne résidente, car elle refuse souvent les soins personnels qui concernent le changement de culotte d'incontinence. La PSSP 103 a indiqué que la personne résidente refuse souvent qu'on lui change sa culotte d'incontinence, et que par conséquent quand elles changent finalement la culotte d'incontinence de la personne résidente, ses vêtements et le coussin du siège sont fréquemment complètement saturés d'urine.

Le 11 octobre 2017, l'IA 100 a indiqué que d'habitude le changement des culottes d'incontinence de la personne résidente 001 se faisait le matin avant le lever. La personne résidente porte pendant la nuit une culotte d'incontinence super absorbante qu'on lui met le soir. On ne la lui change pas du tout pendant la nuit pour ne pas perturber ses habitudes de sommeil. Une fois que la personne résidente est levée et installée dans son fauteuil roulant, le personnel infirmier la surveille pour détecter tout indice d'incontinence, autrement on change la culotte d'incontinence de la personne résidente une deuxième fois après le déjeuner. On ne conduit plus la personne résidente aux toilettes et on la transfère dans son lit pour changer la culotte d'incontinence. On remet alors la personne résidente dans son fauteuil roulant et le personnel du soir vérifie sa culotte d'incontinence pour voir s'il faut la changer avant le dîner. On change alors la culotte d'incontinence au coucher, à un certain moment pour la nuit. L'IA 100 a indiqué que la personne résidente présente un risque élevé de détérioration de l'intégrité épidermique, néanmoins elle oppose régulièrement une résistance aux soins et souvent ses vêtements et sa culotte d'incontinence sont saturés d'urine, car elle refuse d'être changée. L'IA 100 a indiqué en outre que le comportement de la personne résidente concernant le changement des produits pour soins liés à l'incontinence a probablement contribué à cette infection, car la personne résidente est souvent assise pendant de nombreuses heures dans son fauteuil roulant avec une culotte d'incontinence souillée, ce qui pourrait contribuer à ce qu'elle présente un risque d'infections des voies urinaires.

Par conséquent, on a géré les soins liés à l'incontinence et au confort de la personne résidente seulement 15 jours après l'évaluation des premières craintes d'infection des voies urinaires par le personnel infirmier du foyer.

Registre n° 024254-17

Cette inspection concerne des plaintes écrites faites par la/le MS de la personne résidente 001 à l'administratrice du foyer à une autre date déterminée, au sujet des soins et des services fournis à la personne résidente 001 lors de certains quarts de travail du soir et de nuit. La/le MS faisait état d'inquiétudes concernant le manque de soins et de services fournis à la personne résidente 001 relativement au fait que le personnel infirmier la laissait assise dans son fauteuil roulant jusqu'au milieu du poste de travail de nuit, et qu'ensuite les soins lui étaient fournis par un membre du personnel de sexe masculin. Le programme de soins de la personne résidente indiquait spécifiquement qu'elle devait recevoir des soins seulement d'un membre du personnel infirmier de sexe féminin. La/le MS s'inquiétait en outre de ce que, le lendemain soir, il/elle avait dû appeler le membre du personnel infirmier autorisé pour intervenir concernant les soins fournis à la personne résidente, car il était déjà plus tard que l'heure spécifiée dans la soirée. La personne résidente n'était pas au lit, et la/le MS s'inquiétait de ce qu'elle resterait dans le fauteuil roulant comme la nuit précédente.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution de la personne résidente et les feuilles des soins liés à l'incontinence pour les cas suivants où l'on indiquait que la personne résidente avait refusé que l'on change les produits pour l'incontinence :

a) Les documents indiquaient que l'on avait fourni à la personne résidente des soins liés à l'incontinence lors du quart de travail du soir à un certain moment d'une certaine date. On ne mentionnait aucun soin fourni à la personne résidente pendant le quart de travail de nuit conformément au programme de soins. La personne résidente avait refusé d'avoir des soins personnels pendant toute la journée et toute la soirée du lendemain. Elle n'avait eu aucun soin documenté fourni pendant la nuit conformément au programme de soins, et la feuille des soins liés à l'incontinence documentait que l'on avait changé la culotte d'incontinence de la personne résidente pendant le quart de travail de jour et qu'on lui avait alors fourni des soins liés à l'incontinence. D'après ces documents, la personne résidente n'avait pas reçu de soins personnels pendant environ 36 heures.

b) Les documents indiquaient que l'on avait changé le produit pour l'incontinence de la personne résidente et qu'on lui avait fourni des soins personnels lors du quart de travail du soir d'une certaine date. On ne mentionnait aucun soin fourni à la personne résidente pendant le quart de travail de nuit conformément au programme de soins. La personne résidente avait refusé pendant toute la journée qu'on lui change son produit pour l'incontinence ou qu'on lui fournisse des soins personnels. Elle était restée au lit jusqu'à ce que le personnel la lève dans la soirée pour le dîner, cependant elle avait refusé qu'on lui change son produit pour l'incontinence ou qu'on lui fournisse des soins personnels. La personne résidente avait refusé qu'on la remette au lit à un certain moment de la soirée, comme c'était requis. Les notes d'évolution pour le quart de travail de nuit indiquaient que la personne résidente était restée dans son fauteuil roulant toute la nuit, car elle avait refusé d'être transférée dans son lit. La personne résidente avait été transférée dans son lit et on avait documenté dans les feuilles de soins les soins personnels tels que fournis. D'après cette mention des faits, la personne résidente n'avait pas reçu de soins personnels pendant 35 heures environ.

c) Les documents indiquaient que la personne résidente avait refusé qu'on lui change son produit pour l'incontinence ou qu'on lui prodigue des soins personnels pendant le quart de travail de jour, toutefois le personnel avait été en mesure de lever la personne résidente pour les repas à une certaine date. La personne résidente avait refusé d'être transférée au lit par le personnel du quart de travail du soir ou qu'on lui change son produit pour l'incontinence. Elle était restée habillée pendant plus de 16 heures, dans ses vêtements de jour que l'on n'avait pas changés et dans des produits pour l'incontinence souillés. Le personnel du quart de travail du soir le lendemain avait mentionné que la personne résidente avait maintenant la peau des fesses rougie.

d) Les documents indiquaient que la personne résidente avait refusé qu'on lui change son produit pour l'incontinence pendant toute la soirée et qu'elle était restée dans son fauteuil roulant. Le personnel du quart de travail de nuit avait documenté que la personne résidente était restée dans son fauteuil roulant jusqu'au milieu de la nuit. On lui avait alors fourni des soins après qu'elle fût restée plus de 12 heures dans un produit d'incontinence souillé. La personne résidente était alors restée au lit tout le lendemain et avait refusé des soins personnels jusqu'à avant le quart de travail du soir. D'après ces documents, la personne résidente n'avait pas reçu de soins personnels pendant une autre période de 12 heures environ. À une certaine date à la suite de ces incidents, on avait documenté que la personne résidente 001 avait la peau des fesses rougie.

Registre n° 023639-17

Cette inspection concerne une plainte verbale faite à une certaine date par la/le MS de la personne résidente 001 à l'administratrice; la plainte concernait un incident de cas allégué de négligence de la personne résidente de la part du personnel qui s'était produit le soir et la nuit d'une certaine date. Le foyer avait soumis un rapport d'incident critique d'un cas allégué de négligence selon lequel la personne résidente avait refusé d'aller se coucher à un certain moment un soir et qu'on l'avait laissée dans son fauteuil roulant toute la nuit jusqu'au petit déjeuner le lendemain. La/le MS avait fait état de préoccupations concernant le manque de soins et de services pour la personne résidente 001, car le personnel n'avait pas satisfait aux besoins essentiels en soins personnels pour la continence, l'hygiène, le confort ou les routines au moment du sommeil et du repos de la personne résidente comme on l'exigeait dans son programme de soins.

Les 6, 11, 12 et 13 octobre 2017, l'inspectrice 547 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001. Les documents indiquaient ce qui suit sur une certaine période de 11 jours :

- Les documents indiquaient que l'on avait fourni des soins personnels à la personne résidente 001 et que l'on avait changé la culotte d'incontinence à un certain moment au début du quart de travail du soir. La personne résidente avait refusé d'être transférée dans son lit ce soir-là comme l'indiquaient les notes d'évolution. L'inspectrice n'a trouvé aucune documentation pour le quart de travail de nuit relativement aux comportements réactifs de la personne résidente ou à la fourniture des soins. La personne résidente était restée dans son fauteuil roulant pendant le quart de travail de nuit. Elle était venue au petit déjeuner le lendemain et on l'avait ensuite transférée dans son lit, environ 17 heures après la dernière fois où on lui avait fourni des soins personnels.
- Les documents indiquaient que l'on avait tenu une réunion sur les soins avec la/le MS de la personne résidente afin de discuter des approches comportementales pour les soins personnels et pour examiner la structure du sommeil de la personne résidente et ses préférences. On avait pris une décision et élaboré un plan pour veiller à ce que la personne résidente soit levée pendant le quart de travail de jour tous les matins à 8 heures, et remise au lit le soir à 20 heures. On avait élaboré des stratégies et des plans pour veiller à ce qu'un membre du personnel fournisse les soins personnels pour les produits pour

l'incontinence, car un trop grand nombre de membres du personnel qui travaillent dans la chambre de la personne résidente la rend agitée et agressive. On avait ajouté des éclaircissements indiquant que le personnel infirmier doit essayer de changer la personne résidente une fois, si elle refuse, le personnel doit la laisser et revenir au bout de quelques minutes et faire une seconde tentative. Si la personne résidente refuse la deuxième fois, la laisser et retourner au bout de quelques minutes pour fournir alors les soins requis. Un membre du personnel infirmier autorisé doit téléphoner à la/au MS si la personne résidente a un comportement physiquement agressif quand on tente de lui fournir des soins personnels. On avait insisté sur les stratégies pour les difficultés d'audition de la personne résidente et sur le fait qu'aucun membre du personnel de sexe masculin ne devait intervenir pour fournir des soins personnels à la personne résidente.

- Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente documentaient qu'elle avait refusé les soins personnels lors du quart de travail du soir et refusé le repas du dîner. Les notes d'évolution du quart de travail de nuit documentaient que l'on avait transféré la personne résidente dans son lit à un certain moment pendant ce quart de travail. Le lendemain, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient qu'elle avait refusé que l'on change son produit pour l'incontinence après le déjeuner. On avait transféré la personne résidente dans son lit à un certain moment, et le produit pour l'incontinence de la personne résidente avait donc été changé après que la personne résidente avait passé environ 12 heures dans la même culotte d'incontinence.

- Cinq jours plus tard, les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient à la fin du quart de travail du soir que la personne résidente avait refusé ses médicaments du soir et que l'on change sa culotte d'incontinence. On avait commencé à utiliser un outil de cartographie des comportements pour les comportements de la personne résidente. Le personnel du quart de travail de nuit avait documenté que la personne résidente avait refusé qu'on lui change sa culotte d'incontinence, après deux tentatives, même après que la personne résidente était allée à la selle. Le produit pour l'incontinence de la personne résidente n'avait pas été changé et on ne lui avait pas non plus fourni de soins personnels pendant 16 heures environ.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Le 11 octobre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec l'IA 100 qui a indiqué que le personnel infirmier n'est pas en mesure de fournir les soins dont la personne résidente avait besoin en raison de ses comportements réactifs. L'IA 100 a indiqué en outre que le problème du personnel qui ne transférait pas la personne résidente dans son lit la nuit et qui la laissait dans un fauteuil roulant toute la nuit ou presque toute la nuit n'était pas acceptable.

Le 13 octobre 2017, l'inspectrice 547 a eu un entretien avec la PSSP 101 qui a indiqué qu'elle était en mesure de fournir des soins à la personne résidente quand elle travaillait seule la plupart du temps. La PSSP a déclaré qu'elle trouvait que c'était négligent de ne pas fournir des soins personnels à la personne résidente quand elle en avait besoin, mais que ce n'était pas faute d'essayer.

L'inspectrice 547 a eu un entretien avec les PSSP 101, 102, 103 et 104 qui ont indiqué qu'elles trouvaient inacceptable que la personne résidente 001 fût laissée pendant la nuit dans un fauteuil roulant. La PSSP 102 a indiqué qu'elle travaille avec l'équipe du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et que parfois ils doivent être trois membres du personnel pour aider à changer la personne résidente maintenant qu'il faut faire les soins, peu importe si la personne résidente refuse. La personne résidente va souvent cracher et les frapper durant les soins, et les membres du personnel ont peur d'être blessés. La PSSP 102 a indiqué en outre que les membres du personnel ont également peur de blesser la personne résidente, car maintenant il faut faire les soins, même si elle refuse ou commence à opposer une résistance physique aux soins. La PSSP 101 a indiqué qu'elle s'inquiétait de la résistance que la personne résidente oppose aux soins, et qu'elle aimerait qu'on lui montre des solutions de rechange pour fournir les soins de façon sécuritaire, tant pour la personne résidente que pour le personnel infirmier, par opposition aux soins obligatoires.

Le 13 octobre 2017, l'inspectrice 547 a demandé aux RPSPR et RPSP ce qu'ils/elles avaient fait pour gérer les plaintes continues de la/du MS. La/le MS avait mentionné, lors de plusieurs réunions interdisciplinaires qui avaient eu lieu depuis le début de 2017, les comportements réactifs de la personne résidente 001, les problèmes de perte auditive et la fourniture des soins personnels. La/le RPSPR a indiqué que la/le médecin avait effectivement essayé de contrôler les oreilles de la personne résidente à deux reprises en 2017, mais la personne résidente avait refusé et avait été évaluée par une audiologiste de l'extérieur. La/le RPSPR et la/le RPSP ont indiqué en outre ne pas avoir réévalué

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

si l'on avait fourni les soins ni évalué si le personnel utilisait, avec la personne résidente 001, les méthodes qui figuraient dans le programme de soins, car ils/elles supposaient que le personnel infirmier autorisé le faisait dans l'unité. La/le RPSP a indiqué ne pas avoir donné, aux PSSP de l'unité de la personne résidente, une formation ou des directives sur la manière de gérer de façon sécuritaire les comportements de la personne résidente, mais leur avoir dit de faire de leur mieux. La/le RPSP et la/le RPSPR ont indiqué ne pas être au courant d'une réévaluation de psychiatrie gériatrique pour les comportements réactifs de la personne résidente 001 depuis une certaine date, relativement à la fourniture de soins personnels.

Par conséquent, on n'avait pas suivi le programme de soins de la personne résidente concernant les habitudes de sommeil et de repos, ce qui avait mélangé routines de jour et de nuit pour la personne résidente. Ce problème des habitudes de sommeil et de repos avait alors eu, en raison de la fatigue de la personne résidente, une incidence sur l'alimentation qui lui était nécessaire, sur ses besoins d'hydratation et sur la fourniture des médicaments qui lui étaient prescrits. Le personnel infirmier n'avait pas fourni des soins personnels à la personne résidente 001 et ni des soins liés à l'incontinence. On avait laissé la personne résidente 001 assise dans un fauteuil roulant adaptatif pendant de longues durées, sans changement de position ou fourniture de soins liés à l'incontinence documentés, ce qui présentait des risques d'infection et d'altération de l'intégrité épidermique pour cette personne résidente. [Paragraphe 19 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 001 soit protégée contre tout mauvais traitement de la part de quiconque et à l'abri de mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel du foyer.

Selon le paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 : « mauvais traitement d'ordre physique » s'entend :

a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur, sous réserve du paragraphe (2) ».

Le paragraphe 2 (2) précisait qu'est « exclu de l'alinéa a) de la définition de "mauvais traitement d'ordre physique" au paragraphe (1), l'usage de la force qui est approprié dans le cadre de la fourniture de soins ou au titre de l'aide fournie à un résident pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, sauf si cet usage est abusif compte tenu des circonstances ».

À une certaine date, la/le MS de la personne résidente 001 a fourni à l'administratrice une preuve concernant ses inquiétudes au sujet des soins fournis la veille à la personne résidente 001. L'inspectrice 547 a examiné la preuve le 10 novembre 2017.

- La preuve indiquait que les soins personnels du matin avaient été fournis à la personne résidente 001 par les PSSP 113 et 116. Elles avaient lavé la personne résidente, changé sa culotte d'incontinence, et l'avaient habillée afin de pouvoir la transférer dans son fauteuil roulant pour le petit déjeuner.

On indiquait que la personne résidente repoussait la PSSP 113 avec ses bras pendant les soins personnels, néanmoins la PSSP 113 avait continué de laver la personne résidente et de changer sa culotte d'incontinence. La PSSP 116 était restée de l'autre côté du lit de la personne résidente, et aidait en tenant son bras pour l'empêcher de frapper la PSSP 113, qui habillait la personne résidente et changeait sa culotte d'incontinence. Les deux PSSP ont alors entrepris de transférer la personne résidente de la position allongée à la position assise et l'ont changée de position de façon inadéquate et en faisant un usage abusif de la force. La preuve démontrait que les techniques de transfert utilisées par les PSSP 113 et 116 en faisant un usage abusif de la force lors du transfert de la personne résidente 001 de son lit à son fauteuil roulant compromettaient la sécurité de la personne résidente et lui faisait courir des risques de chute et de blessure comme on l'indiquait dans l'AE n° 3 du présent rapport.

- La preuve mentionnait en outre les soins personnels de l'après-midi de ce même jour, au cours desquels trois PSSP avaient fait preuve de brusquerie en mettant une certaine toile de lève-personne sur la personne résidente et en mettant les crochets de la toile au lève-personne. La preuve démontrait de plus que les soins physiques fournis par les trois PSSP en changeant les vêtements du haut de la personne résidente étaient brusques, comme on le mentionne également dans le présent rapport à l'AE n° 3.

La PSSP 116 a indiqué à l'inspectrice 547, lors d'un entretien concernant cette preuve, qu'elle ne connaissait pas le programme de soins de la personne résidente, car elle ne lui avait jamais fourni de soins personnels auparavant. La PSSP 116 a indiqué qu'elle suivait l'exemple de la PSSP 113 qui connaissait les besoins en soins de la personne résidente. La PSSP 116 a indiqué que le transfert de la personne résidente était difficile pendant les soins du matin, car la personne résidente ne supportait pas du tout son poids, qu'il fallait remonter ses

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

pantalons et la traîner jusqu'à son fauteuil roulant pour l'empêcher de tomber sur le sol. La PSSP 116 a indiqué que les PSSP avaient laissé tomber la personne résidente dans le fauteuil roulant en raison de son poids et de son positionnement pendant ce transfert. La PSSP 116 a indiqué qu'elle avait trouvé que les soins de l'après-midi fournis à la personne résidente par trois PSSP étaient durs pour celle-ci. La PSSP 116 n'avait pas fait rapport de ces incidents à un membre du personnel infirmier autorisé.

La PSSP 101 a indiqué à l'inspectrice 547, lors d'un entretien concernant les soins personnels de l'après-midi de cette certaine date, qu'elle n'aurait pas choisi cette méthode de transfert pour la personne résidente. La PSSP 101 a indiqué que la personne résidente n'aime pas ce lève-personne et devient toujours agressive. La PSSP 101 a indiqué qu'elle avait suivi l'exemple de la PSSP 113 lors de ce transfert, car la PSSP 113 était le membre du personnel infirmier affecté à la personne résidente pour le jour en question. La PSSP 101 a indiqué que cette méthode de transfert est mentionnée dans le programme de soins, mais qu'elle ne devrait pas l'être, car elle n'est pas efficace pour la personne résidente. La PSSP 101 aurait transféré la personne résidente dans son lit, aurait alors changé son produit pour l'incontinence avec un membre du personnel pour ne pas perturber la personne résidente.

La/le MS de la personne résidente a indiqué à l'inspectrice 547 que la personne résidente s'était plainte d'une douleur à la fesse gauche dans les jours qui avaient suivi ces incidents de soins brusques fournis pendant les transferts.

L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 547 que l'on avait mis les trois PSSP en congé administratif après qu'elle eût examiné la preuve fournie par la/le MS de la personne résidente. L'administratrice a indiqué que l'on avait remarqué l'usage abusif de la force pour tirer et traîner la personne résidente, et la brusquerie pendant les soins du matin et de l'après-midi de cette certaine date, et que l'on avait immédiatement commencé une enquête. (547)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 1^{er} décembre 2017



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur

a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels

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

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

Toronto ON M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e)
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 2T5

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 28 novembre 2017

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Lisa Kluke

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa