

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 modifiée destinée au public

Date du rapport : N° d'inspection : N° de registre : Type d'inspection :

13 déc. 2019 2019_818502_0022 (M3) 013130-19, 015486-19, 015534-19, 016969-19, 017642-19, 017913-19, 018104-19, 018242-19, 018420-19 Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

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

Foyer de soins de longue durée

Centre d'accueil Champlain
275, rue Perrier, VANIER, ON K1L 5C6

Nom de l'inspectrice

Rapport modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) - (M3)

Résumé de l'inspection modifié

L'ordre au titulaire de permis du rapport d'inspection n° 2019_818502_022 a été modifié pour proroger la date de conformité à l'OC n° 002 au 31 décembre 2019.

L'ordre public du rapport d'inspection n° 2019_818502_022 a été modifié pour proroger la date de conformité à l'OC n° 002 au 31 décembre 2019 et pour supprimer les renseignements personnels sur la santé.

Émis le 13 décembre 2019 (M3)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

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 modifiée destinée au public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
13 décembre 2019	2019_818502_0022 (M3)	013130-19, 015486-19, 015534-19, 016969-19, 017642-19, 017913-19, 018104-19, 018242-19, 018420-19	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

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

Foyer de soins de longue durée

Centre d'accueil Champlain
275, rue Perrier, VANIER, ON K1L 5C6

Nom de l'inspectrice

Rapport modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) - (M3)

Résumé de l'inspection modifié

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

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 19, 20, 23, 24, 25, 26 et 30 septembre, et 1^{er}, 2 et 3 octobre 2019; hors site le 7 octobre 2019.

Au cours de l'inspection, les rapports suivants du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) ont été inspectés :

- RIC n° M511-000034-19 (registre n° 013130-19), RIC n° M511-000042-19 (registre n° 015534-19), RIC n° M511-000047-19 (registre n° 017642-19) et RIC n° 511-000053-19 (registre n° 018420)-19) concernant la prévention de mauvais traitements et de négligence.
- RIC n° M511-000041-19 (registre n° 015486-19) et RIC n° M511-000051-19 (registre no 018242-19) concernant une chute avec lésion.
- RIC n° M511-000049-19 (registre n° 017913-19) concernant une lésion de cause inconnue.
- RIC n° M511-000050-19 (registre n° 018104-19) et RIC n° M511-000046-19 (registre no 016969-19) concernant un narcotique manquant.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, responsable du programme des soins personnels (RPSP), responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR), pharmacienne ou pharmacien, infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), physiothérapeute, assistante ou assistant en réhabilitation, coordonnatrice ou coordonnateur du RAI-MDS, infirmière ou infirmier en assurance de la qualité, personnes résidentes et membres de familles de personnes résidentes.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice a observé les soins aux personnes résidentes et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes; elle a eu des entretiens avec le personnel et avec une mandataire spéciale ou un mandataire spécial (MS); elle a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des horaires du personnel, des notes d'enquête du titulaire de permis, ainsi que des politiques et marches à suivre pertinentes.

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

Dignité, choix et respect de la vie privée

Prévention des chutes

Médicaments

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

Des non-respects ont été constatés au cours de l'inspection initiale :

12 AE

7 PRV

2 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 au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 55. Comportements et altercations

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention fussent élaborées et mises en œuvre d'une part pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements réactifs de la personne résidente 006, et d'autre part pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les personnes résidentes.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu des rapports du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) concernant un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Un examen des registres de documentation électronique de la personne résidente 006 et des rapports d'incidents critiques indiquait que, pendant une période de sept mois, la personne résidente avait affiché à 18 reprises des comportements réactifs déterminés envers d'autres personnes résidentes et envers le personnel.

Un examen de l'évaluation trimestrielle du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI du foyer indiquait que l'on avait évalué que la personne résidente 006 était atteinte d'une déficience cognitive grave avec un diagnostic déterminé.

Les rapports d'évolution psychiatrique examinés mentionnaient des déclencheurs de comportement déterminés, indiquaient un certain traitement et, à deux reprises, demandaient au personnel de permettre à la personne résidente 006 de dormir tard et de lui fournir tous les soins à son réveil dans le but d'accroître son bien-être et de faire diminuer les symptômes déterminés. La note demandait au foyer d'avoir un écriteau avec la recommandation susmentionnée dans la chambre de la personne résidente.

**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 recommandation n'a pas été suivie, car le personnel autorisé avait documenté à de multiples reprises pendant trois mois que la personne résidente 006 refusait de se réveiller quand le personnel tentait de lui fournir des soins, et on ne remarquait pas dans la chambre de la personne résidente 006 d'écriteau comportant la recommandation susmentionnée. On notait pendant la même période que la personne résidente 006 avait eu 18 altercations avec d'autres personnes résidentes et avec du personnel, certaines de ces altercations ayant causé une lésion.

Un examen du programme de soins de la personne résidente 006 mentionnait certaines interventions, notamment d'administrer les médicaments comme prescrit.

À de multiples reprises, le personnel autorisé avait documenté que la personne résidente 006 refusait ses médicaments, et les membres du personnel ont confirmé durant des entretiens que les médicaments n'étaient pas administrés comme prescrit à un moment déterminé. Le personnel documentait également que l'on avisait la ou le médecin traitant après chaque incident, mais qu'au moment de cette inspection, on n'avait pas envisagé un autre moment ou une autre méthode pour administrer les médicaments. Un examen plus poussé du programme de soins n'avait pas décelé des méthodes différentes pour venir à bout des comportements de la personne résidente 006 et des déclencheurs de comportement susmentionnés.

Lors d'entretiens distincts, les PSSP 119 et 132, l'IAA 133, et les IA 106 et 123 ont indiqué que la personne résidente 006 était imprévisible, affichait certains comportements réactifs et que les déclencheurs de comportement avaient été identifiés. Ces personnes ont indiqué que le personnel surveillait la personne résidente 006 et l'éloignait de l'endroit où elle se trouvait quand elle affichait des comportements réactifs, mais que le personnel ne pouvait pas toujours contrôler la personne résidente, car elle se déplaçait de façon autonome sur de courtes distances dans l'unité. Le personnel n'a pas mentionné de mesures d'interventions particulières pour gérer le comportement et réduire les déclencheurs de comportement susmentionnés.

Lors d'entretiens distincts, la ou le RPSPR 100 et la ou le RPSP 124 ont indiqué que la personne résidente 006 affiche des comportements réactifs comme précédemment indiqués. La ou le médecin traitant revoyait constamment la médication de la personne résidente 006 comme le recommandait l'équipe de psychogériatrie externe.

**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***

La ou le RPSP 124 a indiqué que le foyer ne peut pas fournir en permanence une surveillance individuelle à la personne résidente 006.

La ou le RPSPR 100 a dit superviser le programme du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) dans le foyer, mais chaque étage a une PSSP qui fait fonction de responsable du programme du Projet OSTC.

Toutefois, chaque responsable assume ce rôle une fois par semaine, les jeudis, et ne peut pas laisser ses tâches habituelles de PSSP le reste de la semaine pour aider les membres de l'équipe multidisciplinaire dans l'évaluation et la mise en œuvre de différentes stratégies dans le cadre du programme du Projet OSTC du foyer.

Il ressort d'un examen du dossier, ainsi que de l'observation et des entretiens avec le personnel, que ce dernier connaissait les déclencheurs de comportement de la personne résidente 006 et ses comportements réactifs déterminés. Après une altercation avec une autre personne résidente qui avait causé une lésion, on avait mis en place une étroite surveillance pendant une période déterminée, et l'on avait également déménagé la personne résidente à un autre étage. Cependant, celle-ci avait continué d'avoir des interactions dangereuses avec le personnel et d'autres personnes résidentes. Ainsi, le foyer n'avait pas veillé d'une part à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention fussent élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes 007 et 016 et le personnel qui avaient subi un préjudice, et d'autre part à minimiser les risques d'interactions potentiellement dangereuses entre la personne résidente 006 et d'autres personnes résidentes. [Paragraphe 55. a)] (502)

Autres mesures requises :

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

(M1)

Le ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 001

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. 6. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 6. (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Par. 6. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

- 1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**
- 3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).**

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 les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente comme le précise le programme.**

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant une chute de la personne résidente 008 qui lui a causé une lésion.

**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***

À une date et à une heure déterminées, la personne résidente 008 a fait une chute dans une certaine unité de soins et s'est plainte d'une douleur. Comme la douleur avait empiré le lendemain, on avait transféré la personne résidente à l'hôpital pour une évaluation plus poussée, elle avait l'objet d'une procédure déterminée par suite de la lésion.

Un examen de l'évaluation de la personne résidente 008 dans le MDS indiquait qu'elle avait une déficience de la mémoire avec un score de cinq sur six sur l'échelle de performance cognitive.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 008 indiquait qu'elle était tombée lors de trois journées différentes et que les freins du fauteuil roulant n'étaient pas serrés.

Un examen des programmes de soins de la personne résidente 008 pendant une période déterminée indiquait que l'on demandait au personnel de veiller à ce que les freins soient serrés quand la personne résidente est assise dans le fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, la PSSP 121 a déclaré que la personne résidente 008 nécessitait de l'aide pour serrer les freins du fauteuil roulant, mais qu'elle les desserrait par ses propres moyens. La personne résidente se levait souvent du fauteuil roulant et aurait pu faire une chute sans que le personnel s'en aperçoive.

Lors d'un entretien, l'IAA 122 a déclaré que la personne résidente 008 était capable de serrer et de desserrer les freins du fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, l'IA 123 a déclaré que la personne résidente était incapable de comprendre qu'il faut serrer les freins quand elle est debout ou assise dans le fauteuil roulant. L'IA 123 a déclaré qu'ils n'étaient pas autorisés à serrer les freins sur le fauteuil roulant de la personne résidente parce qu'il s'agissait d'une mesure de contention.

Lors d'un entretien, la ou le RPSP 124 a déclaré que les freins sur le fauteuil roulant n'étaient pas serrés au moment des incidents de chute, ainsi le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins fussent fournis à la personne résidente comme le précisait le programme de soins. [Par. 6. 7] (211)

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent documentés.

**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***

Le MSLD a reçu deux rapports d'incident critique concernant des mauvais traitements d'une personne résidente à l'égard d'une personne résidente.

Un examen du premier rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 006 avait affiché un comportement réactif envers la personne résidente 007.

Un examen du second rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 006 avait affiché un comportement réactif envers la personne résidente 016, ce qui avait causé une lésion à la personne résidente 006.

Un examen du dossier de documentation du système d'observation de la démence (SOD) ouvert par suite de l'incident susmentionné indiquait que l'on n'avait pas rempli la documentation du SOD à 20 reprises au cours des postes de travail de jour, du soir et de nuit.

Lors d'entretiens distincts, les IA 116 et 123 ont indiqué que l'on avait commencé à documenter les faits dans le SOD après l'incident susmentionné. L'IA a reconnu que le personnel n'avait pas rempli le formulaire de suivi quotidien.

Lors d'un entretien, l'IA 115 et la ou le RPSP 124 ont confirmé que l'on n'avait pas documenté les faits dans le SOD aux dates et pendant les postes de travail susmentionnés. [Alinéa 6. (9) 1] (502)

3. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, on avait observé la personne résidente 002 dans la chambre de la personne résidente 003 et qu'elle affichait un comportement inapproprié envers la personne résidente 003.

Un examen des évaluations actuelles de la personne résidente 002 dans le MDS indiquait qu'elle avait une déficience cognitive grave et qu'elle affichait un comportement réactif déterminé.

Un examen du dossier de documentation du système d'observation de la démence (SOD) de la personne résidente 002 pour une période déterminée indiquait que l'on n'avait pas rempli les documents du SOD à 14 reprises au cours des postes de travail de jour, du soir et de nuit.

**Inspection Report under
*the Long-Term Care
Homes Act, 2007*****Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Lors d'un entretien, la ou le RPSP 124 a confirmé que l'on n'avait pas systématiquement rempli les documents du SOD lors de chaque poste de travail. [Alinéa 6. (9) 1] (502)

4. Un examen de l'évaluation actuelle de la personne résidente 008 dans le MDS indiquait qu'elle avait une déficience de la mémoire avec un score de cinq sur six sur l'échelle de performance cognitive. Elle avait également une déficience cognitive grave et ne prenait jamais de décisions.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 008 indiquait qu'à une certaine date, elle avait fait une chute qui lui avait causé une lésion et qu'elle avait été transférée à l'hôpital. À son retour de l'hôpital, on avait commencé à utiliser l'outil SOD pour la douleur et le comportement.

Un examen du dossier de documentation du système d'observation de la démence (SOD) de la personne résidente 008 ouvert par suite de l'incident de chute susmentionné indiquait que l'on n'avait pas rempli les documents du SOD à 14 reprises au cours des postes de travail de jour, du soir et de nuit.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 211, la ou le RPSPR 100 a confirmé que l'on n'avait pas systématiquement rempli les documents du SOD lors de chaque poste de travail. [Alinéa 6. (9) 1] (502)

5. Un examen de l'ordre de la ou du médecin de la personne résidente 008 à une certaine date indiquait d'avoir recours à une certaine stratégie, car la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes, et l'ordre figurait dans le programme de soins écrit de la personne résidente à cette date.

Un examen du registre d'administration des médicaments (RAM) de la personne résidente 008 pour une période déterminée révélait que l'on avait documenté la stratégie susmentionnée comme étant mise en œuvre à trois reprises.

Lors d'un entretien, la technicienne ou le technicien en réhabilitation a déclaré que la stratégie susmentionnée était en place un mois avant l'ordre de la ou du médecin.

**Inspection Report under
*the Long-Term Care
Homes Act, 2007*****Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Lors d'un entretien, la ou le RPSPR a déclaré que la stratégie est mise en œuvre, et que l'on commence à utiliser un formulaire déterminé. La ou le RPSPR a indiqué que le formulaire susmentionné ne figurait pas dans les dossiers médicaux de la personne résidente, la ou le RPSPR n'a pas été en mesure de prouver que l'on avait rempli des documents en lien avec la stratégie.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fourniture des soins prévus dans le programme de soins concernant la surveillance de l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente 008 fût documentée. [Alinéa 6. (9) 1] (502)

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé, si la personne résidente 009 était réévaluée et que le programme de soins était révisé parce que les soins qui y sont prévus s'étaient révélés inefficaces, à ce que des méthodes différentes fussent prises en considération dans le cadre de la révision du programme de soins.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant une chute de la personne résidente 009 qui lui a causé une lésion déterminée.

Un examen du rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 009 avait fait une chute dans une certaine unité de soins et s'était plainte d'une douleur. La personne résidente avait été transférée à l'hôpital pour une évaluation plus poussée, elle avait eu un traitement déterminé à cause de la lésion.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 009 indiquait ce qui suit :

- À une date déterminée, on avait changé son programme de traitement pour inclure des soins déterminés en raison de l'aggravation de certains symptômes, et l'on avait également changé le régime médicamenteux de la personne résidente.
- Un mois plus tard, la capacité de port de poids de la personne résidente avait changé, mais elle demeurait continente sur le plan vésical et intestinal, elle nécessitait donc l'assistance d'un membre du personnel pour son transfert par mouvement pivotant.
- À une date déterminée, le personnel avait documenté que chaque nuit la personne résidente 009 était somnolente et se rendait aux toilettes trois à quatre fois, et à la cuisinette deux à trois fois. La personne résidente nécessitait une étroite surveillance, car elle présentait un risque élevé de faire des chutes.

**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***

- À une certaine date, la ou le médecin traitant avait documenté que la personne résidente avait une déficience visuelle, mais l'on n'avait pas poursuivi l'évaluation pour exclure une lésion déterminée en raison d'un certain symptôme de la personne résidente, et parce qu'elle ne voulait pas d'un certain traitement, car son niveau de soins comportait la directive de « ne pas réanimer » (NPR).
- À six reprises, le personnel avait documenté que la personne résidente nécessitait une surveillance pour prévenir une chute et une lésion.
- Au cours d'une période de 40 jours, la personne résidente avait subi trois chutes dans une aire de soins particulière, et la dernière avait causé une lésion déterminée.

Un examen de l'évaluation annuelle du RAI-MDS pour la personne résidente 009 au moment de la chute indiquait qu'elle avait une déficience de la mémoire à court terme avec un score d'un sur six sur l'échelle de performance cognitive (CPS).

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente 009 pour une période déterminée indiquait des diagnostics précis et mentionnait les interventions de prévention des chutes qui avaient été mises en œuvre.

Un examen plus poussé du programme de soins écrit de la personne résidente 009 ne décelait pas d'interventions spécifiques pour le risque de chutes susmentionné après les première, deuxième et troisième chutes.

Lors d'entretiens distincts, les IA 106, 110 et 115 ont indiqué que le programme de soins de la personne résidente 009 était révisé après chaque incident de chute, mais que les interventions pour prévenir une récurrence demeuraient les mêmes.

L'IA 115 a déclaré que la personne résidente avait des capacités cognitives et était en mesure de dire au personnel ce dont elle avait besoin. Toutefois, elle pouvait ne pas toujours se rappeler de demander de l'aide. L'IA 106 a indiqué que les interventions en place la satisfaisaient. La totalité des IA a reconnu que ces interventions ne remédiaient pas aux risques de chute susmentionnés.

Lors d'un entretien, la ou le RPSP 124 a confirmé que le programme de soins n'incluait pas de mesures d'intervention pour remédier aux risques de chute déterminés mentionnés ci-dessus.

**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**

D'après l'examen des dossiers et les entretiens avec le personnel, la personne résidente 009 avait eu un changement important dans son état de santé lorsque le symptôme déterminé avait empiré, on avait entrepris des soins particuliers, et elle avait subi quatre chutes durant des postes de travail déterminés. Les risques de chute pendant les postes de travail en question étaient identifiés. Cependant, les interventions pour les réduire et prévenir leur récurrence demeuraient les mêmes après chaque chute. Ainsi, le titulaire de permis n'avait pas pris en considération des méthodes différentes pendant la révision du programme de soins après chaque chute, quand les interventions s'étaient révélées inefficaces.

[Alinéa 6. (11)b)] (502)

Autres mesures requises

L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « **Ordre(s) de l'inspecteur** ».

(M3)

Le ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 002.

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 d'une part :

- que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente comme le précise le programme,***
- et d'autre part, si la personne résidente 010 est réévaluée et que le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme de soins.***

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 8. (1) lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- 1) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**
- 2) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis, lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique et une marche à suivre, n'a pas veillé à ce que la politique et la marche à suivre fussent respectées.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (1), le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes dût au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer le nombre de chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes, le réexamen de leurs régimes médicamenteux, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du titulaire de permis n° 315.08 intitulée *Assessment* (évaluation), révisée en juin 2019, et à la politique n° 315.11 intitulée *Assessment Head Injury* (évaluation – traumatisme crânien), révisée en septembre 2018, politiques qui faisaient partie du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Assessment* (évaluation) indiquait qu'en cas de chute sans témoin, le personnel autorisé doit toujours faire et documenter une évaluation pour traumatisme crânien et surveiller les signes vitaux sur le plan neurologique.

**Inspection Report under
*the Long-Term Care
Homes Act, 2007*****Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Assessment Head Injury* (évaluation – traumatisme crânien) indiquait que l'évaluation du traumatisme crânien et les contrôles neurologiques doivent être effectués en utilisant l'outil d'évaluation neurologique (formulaire 315.11a). La politique demande au personnel autorisé de surveiller l'état neurologique en remplissant l'outil selon le calendrier suivant :

- toutes les heures pendant 4 heures, puis si l'état de la personne est stable,
- toutes les 4 heures pendant 24 heures, puis si l'état de la personne est stable,
- à chaque poste de travail pendant deux jours.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant une chute de la personne résidente 010 qui lui a causé une lésion déterminée.

Un examen du rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 010 avait fait une chute et s'était plainte d'une douleur. Le lendemain, on avait diagnostiqué qu'elle avait une lésion déterminée et elle avait fait l'objet d'une procédure particulière.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 010 indiquait qu'elle avait subi trois chutes sans témoin pendant une période déterminée.

Un examen du formulaire *Head Injury Routine* (HIR) (examen de routine – traumatisme crânien) pour la période susmentionnée indiquait que le personnel autorisé avait entrepris une évaluation pour traumatisme crânien et des contrôles neurologiques après chute précédemment mentionnés. Un examen plus poussé indiquait qu'à 11 reprises on n'avait pas effectué l'évaluation pour traumatisme crânien et les contrôles neurologiques.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n'avait pas mentionné d'évaluation pour traumatisme crânien et de contrôles neurologiques pour la date susmentionnée.

Lors d'un entretien, l'IA 115 a indiqué que le personnel autorisé était censé effectuer une évaluation pour traumatisme crânien et des contrôles neurologiques après une chute sans témoin. L'IA a confirmé que l'on n'avait pas effectué d'évaluation pour traumatisme crânien et de contrôles neurologiques à la date et à l'heure susmentionnées.

**Inspection Report under
*the Long-Term Care
Homes Act, 2007*****Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Un entretien avec la ou le RPSP a confirmé que le personnel autorisé n'avait pas effectué l'examen de routine – traumatisme crânien conformément au calendrier figurant dans la politique. [Alinéa 8. (1)a), alinéa 8. (1)b)] (502)

2. Conformément au Règl. de l'Ont., par. 114. (2) le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits fussent élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés et administrés de façon rigoureuse.

En particulier, le personnel infirmier autorisé ne s'est pas conformé à la politique du titulaire de permis n° MEDI-CL-ONT-026 de MediSystems Pharmacy intitulée *Leave of Absence (LOA)*, (congé autorisé), datée du 1^{er} octobre 2018, qui fait partie des systèmes de gestion des médicaments du foyer.

Un examen de la politique du titulaire de permis de MediSystems Pharmacy intitulée *Leave of Absence* (congé autorisé) indiquait que les formulaires de MediSystems ou les formulaires du foyer pouvaient servir à documenter les directives pour congé autorisé ainsi que la liste des médicaments donnés à la personne résidente ou à une personne responsable.

Un examen du courriel de la ou du responsable du programme des soins aux personnes résidentes envoyé à l'ensemble des infirmières autorisées ou des infirmiers autorisés et des infirmières auxiliaires autorisées ou des infirmiers auxiliaires autorisés à une certaine date indiquait ce qui suit quand une personne résidente part en congé autorisé pendant plus d'une journée et doit recevoir des narcotiques : faire une photocopie de la plaquette de narcotiques de la personne résidente et lui remettre la plaquette; joindre la photocopie de la plaquette de narcotiques au formulaire de décompte des narcotiques. Lors de chaque décompte de narcotiques, il faut indiquer que la personne résidente est en congé autorisé.

L'IAA 101 a indiqué qu'après l'incident de narcotique manquant pour la personne résidente 001, on leur avait demandé de donner la totalité de la plaquette de narcotiques à la personne résidente pendant son congé autorisé. Le personnel avait pour directive de photocopier la quantité qui restait sur la fiche de narcotiques de la personne résidente avant de lui donner la plaquette de narcotiques et d'indiquer sur sa fiche de narcotiques qu'elle était partie avec la plaquette de narcotiques. On leur avait également demandé de documenter et de signer la fiche de narcotiques de la personne résidente pendant les postes de

**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***

travail de jour, du soir et de nuit où la personne résidente n'était pas revenue de son congé. Lors du retour de la personne résidente, on demandait au personnel infirmier autorisé de faire le décompte de la quantité de narcotiques qui restait sur la plaquette de narcotiques et de le documenter sur la fiche de narcotiques de la personne résidente pour s'assurer que la quantité figurant sur le formulaire de décompte des narcotiques et la quantité retournée qui se trouvait sur la plaquette de narcotiques étaient les mêmes.

Lors d'un entretien, la ou le RPSP 124 a déclaré que l'IAA 101 n'avait pas suivi la politique de MediSystem Pharmacy intitulée *Leave of Absence (LOA)*, (congé autorisé) en ce qui concernait la personne résidente 001 qui avait quitté le foyer avec des narcotiques. [Alinéa 8. (1)*b*] (211)

3. Conformément au Règl. de l'Ont., par. 114. (1) Le titulaire de permis était tenu d'élaborer un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les personnes résidentes.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du foyer n° 345.03 intitulée *Medication Administration* (administration des médicaments) datée de septembre 2018, qui fait partie des systèmes de gestion des médicaments du foyer.

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Medication Administration* (administration des médicaments) indiquait ce qui suit :

- Les médicaments sont versés dans des coupelles pour médicaments au moment de leur administration.
- Les médicaments dans la pochette des médicaments sont validés avec le registre d'administration des médicaments (RAM) avant d'écraser le contenu ou de le retirer de la pochette.
- Les formulaires pour les narcotiques ou les substances désignées sont mis à jour à mesure du déroulement du poste de travail, et deux infirmières ou infirmiers procèdent à leur décompte au moment du rapport de fin de poste.

À une date déterminée, le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant un incident lié à des médicaments qui avait eu lieu le même jour.

Un examen de l'incident indiquait qu'à une date et à une heure déterminées pendant le décompte des narcotiques au moment du changement de poste, un membre du personnel infirmier autorisé avait découvert qu'il manquait un comprimé d'un médicament déterminé pour la personne résidente 004.

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

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

Lors d'un entretien, l'IAA 102 a déclaré ne pas avoir documenté immédiatement sur le formulaire intitulé *Narcotic and Controlled Drug Administration Record* (registre d'administration des narcotiques et des médicaments désignés) la quantité de narcotiques qui restait sur la plaquette de narcotiques de la personne résidente à la date et à l'heure déterminées. L'IAA 102 a indiqué avoir essayé de trouver le narcotique manquant, mais en avoir été incapable, car le comprimé était petit.

L'IAA 102 a reconnu ne pas avoir suivi la marche à suivre relative à l'administration d'un narcotique.

Lors d'un entretien, la ou le RPSP 124 a déclaré que l'IAA 102 avait découvert que le médicament déterminé manquait sur la plaquette de narcotiques de la personne résidente 004 lors du changement de poste à la date déterminée lorsque deux infirmières ou infirmiers ont comparé la quantité de narcotiques qui restait sur la plaquette avec le registre d'administration des narcotiques et des médicaments désignés. La ou le RPSP a déclaré que l'IAA 102 avait confirmé ne pas avoir documenté immédiatement sur le formulaire de décompte des narcotiques la quantité de narcotiques qui restait sur la plaquette de narcotiques. Ainsi, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la politique du foyer intitulée *Medication Administration* (administration des médicaments), car on n'avait pas mis à jour les formulaires de décompte des narcotiques ou des substances désignées à mesure du déroulement du poste de travail. [Alinéa 8. (1)b] (211)

4. Conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, par. 6 (5), le titulaire de permis veille à ce que la personne résidente, sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

Plus précisément, le personnel infirmier autorisé ne s'est pas conformé à la politique du titulaire de permis n° 725.01 intitulée *Plan of Care Planning* (planification du programme de soins), datée de février 2018, qui indiquait que le Kardex des PSSP mis à jour est imprimé et placé dans le classeur qui contient les feuilles de soins des PSSP, et est affiché dans un endroit distinct de la chambre de la personne résidente, pour que tout le personnel y ait facilement accès sur consentement de la personne résidente ou bien de sa mandataire spéciale ou de son mandataire spécial.

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*

À une date déterminée, l'inspectrice 211 a remarqué le Kardex de la personne résidente 010 placé dans un placard non verrouillé dans une salle de bains.

Lors d'un entretien, la ou le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a déclaré être incapable de localiser le consentement de la personne résidente, signé par sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial, autorisant le personnel infirmier à afficher le Kardex de la personne résidente dans la salle de bains.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à sa politique intitulée *Plan of Care Planning* (planification du programme de soins), lorsque le Kardex de la personne résidente 010 a été affiché dans sa chambre sans le consentement de celle-ci ou sans celui de sa MS ou de son MS. [Alinéa 8. (1)b)] (502)

5. Le titulaire de permis a une politique n° 315.11 intitulée *Assessment: Head Injury* (évaluation – traumatisme crânien), révisé en septembre 2018. Cette politique exigeait que le personnel effectue un examen de routine pour traumatisme crânien pour une personne résidente qui a un traumatisme crânien réel ou soupçonné, pendant une durée de 72 heures à compter du moment de la lésion, en utilisant l'outil d'évaluation neurologique en annexe (formulaire 315.11a). La politique indiquait de surveiller l'état neurologique en remplissant l'outil selon le calendrier suivant :

- toutes les heures pendant 4 heures, puis si l'état de la personne est stable,
- toutes les 4 heures pendant 24 heures, puis si l'état de la personne est stable,
- lors de chaque poste de travail pendant deux jours.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 008 indiquait qu'à une certaine date, on avait trouvé celle-ci assise sur le sol devant une chaise.

L'outil d'évaluation neurologique (formulaire 315.11a) indiquait pour une date déterminée qu'à deux reprises on n'avait pas pris les signes vitaux et les signes neurologiques de la personne résidente parce qu'elle dormait.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on respectât sa politique mise en place et intitulée *Assessment: Head Injury* (évaluation – traumatisme crânien) quand le personnel infirmier autorisé ne s'est pas conformé à sa surveillance de l'évaluation neurologique à la date et à l'heure susmentionnées parce que la personne résidente 008 dormait. [Alinéa 8. (1)b)] (502)

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller au respect de l'exigence selon laquelle lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique et une marche à suivre, il veille à ce que la politique et la marche à suivre soient respectées. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : 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 concernant la disposition suivante :

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 la personne résidente 015 ne fasse l'objet d'aucune négligence de la part de la PSSP 126.

Selon le paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, « « négligence » » s'entend du 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 ».

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant une négligence envers la personne résidente 015 de la part d'une PSSP.

**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***

L'examen du rapport d'incident critique et des notes d'enquête du foyer indiquaient qu'à une date et à une heure déterminées la personne résidente 015 était en pyjama. Le sommaire de la séquence vidéo indiquait que la personne résidente avait été transférée par le personnel d'un poste de travail déterminé sans lui fournir des soins déterminés. Le personnel du poste de travail suivant avait amené la personne résidente en fauteuil roulant à la salle à manger pendant deux services de repas identifiés sans lui fournir les soins déterminés. Bien que la ou le MS de la personne résidente 015 eût demandé que la PSSP 126 fournisse les soins déterminés avant le second service de repas, la PSSP les avait fournis neuf heures plus tard.

Lors d'un entretien, la PSSP 126 a indiqué que la routine de la personne résidente 015 commence avec le personnel d'un poste de travail déterminé, et que le poste de travail suivant fournit certains soins. La PSSP a déclaré qu'au début de son poste de travail, la personne résidente était assise dans le fauteuil roulant et recouverte d'une couverture, la PSSP avait été occupée et avait oublié de prendre soin de la personne résidente. La PSSP a déclaré que sa charge de travail avait augmenté ce jour-là en raison d'événements imprévus dans l'unité, mais qu'elle n'avait pas informé l'infirmière ou l'infirmier responsable ni demandé de l'aide à un autre membre du personnel pour s'occuper des personnes résidentes qui lui étaient confiées. La PSSP a reconnu ne pas avoir fourni des soins à la personne résidente 015 comme nous l'avons indiqué plus haut.

Lors d'un entretien, l'IA 131 a reconnu que ne pas fournir des soins à la personne résidente constituait une négligence.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a déclaré que la PSSP 126 avait oublié de fournir des soins à la personne résidente 015. La ou le DSI a dit que, bien que ce ne fût pas intentionnel, la personne résidente avait été négligée par le membre du personnel, car les soins n'avaient pas été fournis.

Le jour de l'incident, un membre du personnel d'un poste de travail déterminé avait transféré la personne résidente 015 vers la fin de son poste de travail et n'avait pas communiqué les soins à faire au personnel du poste de travail suivant. Ce membre du personnel avait fourni les soins indiqués seulement neuf heures après le transfert de la personne résidente dans le fauteuil roulant. L'IAA n'avait pas agi lorsque la ou le MS de la personne résidente avait demandé que les soins indiqués fussent fournis à celle-ci. Cette tendance à l'inaction a eu pour effet que l'on avait laissé la personne résidente assister au service des repas avec un produit pour l'incontinence mouillé, ainsi le titulaire de permis n'avait pas protégé la personne résidente 015 d'une négligence de la part du personnel. [Alinéa 19. (1)] (502)

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 30. Exigences générales

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 30. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celui-ci aux interventions soient documentées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 30 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celle-ci aux interventions fussent documentées.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant une chute de la personne résidente 008 qui lui avait causé une lésion.

À une date et à une heure déterminées, la personne résidente 008 a fait une chute, elle a été transférée le lendemain à l'hôpital pour une évaluation plus poussée, et elle a fait l'objet d'une procédure particulière à cause de la lésion.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente pour une période déterminée indiquait qu'elle avait fait 13 chutes. Les notes d'évolution indiquaient également d'avoir recours à une ceinture sur le fauteuil roulant de la personne résidente étant donné qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes.

**Inspection Report under
*the Long-Term Care
Homes Act, 2007*****Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Un examen plus poussé des notes d'évolution indiquait que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes. Elle utilisait un fauteuil roulant au moment considéré et faisait l'objet d'une évaluation en vue de l'utilisation d'une ceinture. La personne résidente ne participait pas au programme de physiothérapie, car elle était incapable de suivre des instructions.

Un examen des programmes de soins de la personne résidente 008 pour une période déterminée indiquait qu'elle faisait l'objet d'une évaluation en vue du recours à une ceinture sur le fauteuil roulant. Ses programmes de soins indiquaient de veiller à ce que les freins du fauteuil roulant soient serrés quand elle y était assise.

Lors d'un entretien, la PSSP 121 a déclaré que la personne résidente se levait souvent du fauteuil roulant et avait pu faire une chute sans témoin, car le personnel fournissait une supervision minimale. Le programme du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) indiquait que la personne résidente était incapable de serrer les freins sur le fauteuil roulant, mais était en mesure de les desserrer.

Lors d'un entretien, l'IAA 122 a déclaré que la capacité de marcher de la personne résidente 008 était devenue instable au cours des 30 derniers jours et qu'elle présentait un risque de faire des chutes. Elle ne restait pas assise dans le fauteuil roulant. L'IAA 122 a révélé que le recours à la contention pour la personne résidente ne constituait pas leur première solution étant donné qu'elle était capable de marcher. Les chutes se produisaient quand la personne résidente 008 essayait de ramasser un objet sur le sol ou quand elle essayait de s'asseoir, mais ce n'était pas suffisant pour mettre une ceinture sur le fauteuil roulant. On remarquait que la personne résidente était en mesure de serrer et de desserrer les freins sur le fauteuil roulant. L'IAA 122 a déclaré qu'il y avait des opinions contradictoires entre les membres du personnel en ce qui concernait le recours à la contention de la personne résidente dans le fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, l'IA 123 a déclaré que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes. Elle se penchait toujours en avant pour ramasser un objet inexistant. Elle enlevait fréquemment ses chaussures. Il fut un temps où elle courrait un risque accru de faire une chute en raison de sa faiblesse et de sa démarche instable. Elle ne faisait pas preuve de coopération et refusait de s'asseoir dans le fauteuil roulant. Elle était incapable de comprendre la nécessité de serrer les freins du fauteuil roulant quand elle était debout ou assise dans le fauteuil roulant. Elle n'avait jamais eu de ceinture sur le fauteuil roulant.

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

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

Lors d'un entretien, la ou le responsable du programme des soins personnels a déclaré que la personne résidente aurait refusé le recours à la ceinture quand elle est assise dans le fauteuil roulant. La ou le responsable du programme des soins personnels a déclaré ne pas connaître la raison pour laquelle on n'avait pas eu recours à la ceinture étant donné que les notes d'évolution de la personne résidente indiquaient que l'on était en voie de lui installer une ceinture.

Lors d'un entretien, la ou le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a déclaré que le personnel infirmier autorisé avait signalé que le recours à une ceinture de siège sur le fauteuil roulant de la personne résidente 008 aurait accru le comportement spécifié et lui ferait courir le risque de faire une chute avec le fauteuil roulant tout en étant attachée avec la ceinture de siège du fauteuil roulant. Néanmoins, la ou le responsable du programme de soins aux personnes résidentes a reconnu qu'il y avait eu un manque de communication et de collaboration entre les membres du personnel pendant une certaine période, quand on avait suggéré de recourir à une ceinture sur le fauteuil roulant de la personne résidente. Leurs documents n'indiquaient pas si l'on avait terminé ultérieurement l'évaluation pour la ceinture de siège. [Paragraphe 30. (2)] (211)

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions de celle-ci aux interventions soient documentées. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 125. Système de posologie surveillé

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 125. (2) Le système de posologie surveillé doit mettre l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration de médicaments aux résidents et appuyer les activités de surveillance et de vérification à leur égard. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 125 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de posologie surveillé dût mettre l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration de médicaments aux personnes résidentes et appuyer les activités de surveillance et de vérification à leur égard.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique du titulaire de permis concernant un narcotique manquant. Un examen de ce rapport indiquait qu'à une date déterminée l'IAA 101 avait donné un certain médicament à la personne résidente 001 avant un congé autorisé.

Un examen de la *Narcotic and Controlled Drug Administration Record Sheet* (fiche du registre d'administration des narcotiques et des médicaments désignés) de la personne résidente 001 indiquait d'administrer le médicament deux fois par jour (b.i.d.) et de remplir la fiche lors de chaque poste de travail pendant que la personne résidente était en congé autorisé. La fiche indiquait qu'il y avait huit narcotiques le premier jour et deux quand la personne résidente était revenue. La personne résidente était revenue avec une gélule du médicament, soit un total de trois.

Un examen de la politique du titulaire de permis n° 345.04 intitulée *Medication: Counting Guidelines for Narcotic/Controlled Substances* (médicaments : lignes directrices du décompte des narcotiques et des substances désignées), datée de septembre 2018, indiquait que deux infirmières ou infirmiers doivent valider que les nombres de narcotiques identifiant le médicament sont les mêmes sur la plaquette de médicaments et sur le formulaire de décompte des narcotiques.

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

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

Un examen des notes d'enquête du foyer indiquait que l'IAA 101 ne pouvait pas se rappeler si l'on avait donné à la personne résidente 001 sept ou huit gélules du médicament déterminé pour le congé autorisé. En outre, l'IAA 101 a admis ne pas avoir vu le nombre de médicaments qui restaient sur la plaquette de narcotiques de la personne résidente pendant le décompte.

Lors d'un entretien, la ou le RPSPR 100 a déclaré que l'IAA 101 avait effectivement inscrit sept gélules de narcotique sur la fiche du registre d'administration des narcotiques et des médicaments désignés de la personne résidente 001, puis avoir apporté une correction en transposant le chiffre huit sur le chiffre sept.

Lors d'un entretien, la ou le RPSP 142 a déclaré qu'il incombe au personnel infirmier autorisé de respecter la norme de pratique, et qu'il devrait suivre la *Medication Best Practice Guideline* (ligne directrice relative aux pratiques exemplaires en matière de médicaments) lors de l'administration et de la distribution des narcotiques, et lors du décompte de leur inventaire sur la *Narcotic and Controlled Substances Administration Record Sheet* (fiche du registre d'administration des narcotiques et des substances désignées).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le décompte du médicament déterminé fût effectué correctement pour mettre l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration des médicaments donnés à la personne résidente 001 avant le congé autorisé. Le titulaire de permis n'a pas non plus appuyé les activités de surveillance et de vérification des médicaments, car le membre du personnel infirmier autorisé a changé le comptage en transposant un chiffre différent sur le décompte précédent figurant sur la fiche du registre d'administration des narcotiques et des substances désignées. [Paragraphe 125. (2)] (502)

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le système de posologie surveillée doit mettre l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration de médicaments aux personnes résidentes et appuyer les activités de surveillance et de vérification à leur égard. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 126. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits. Règl. de l'Ont. 79/10, article 126.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le service pharmaceutique ou le gouvernement de l'Ontario, jusqu'à ce qu'ils soient administrés à une personne résidente ou détruits.

Lors d'un entretien, l'IAA 101 a déclaré qu'à une date déterminée on avait ouvert, pour le congé autorisé de la personne résidente, chacune des pochettes contenant des médicaments qui n'étaient pas des narcotiques afin d'y inclure les médicaments dont la prise correspondait à l'heure à laquelle on avait prescrit que les narcotiques devaient être administrés. Ensuite, on avait fermé les pochettes avec du ruban adhésif et on les avait remises à la personne résidente pour le congé autorisé.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur a déclaré que le membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas suivi la politique de MediSystems Pharmacy intitulée *Leave of Absence (LOA)* (congé autorisé) qui fait partie des systèmes de gestion des médicaments du foyer. L'administratrice ou l'administrateur a déclaré que cette politique indiquait que l'on pouvait donner à la personne résidente la totalité de sa plaquette de narcotiques pendant son congé autorisé, même si elle n'avait pas besoin de tous les narcotiques qui étaient sur la plaquette.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments spécifiés fussent laissés à l'intérieur de la plaquette de narcotiques étiquetée d'origine fournie par le service pharmaceutique selon les instructions figurant dans la politique intitulée *Leave of Absence (LOA)* (congé autorisé) jusqu'à ce qu'ils soient administrés à la personne résidente. [Article 126] (502)

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le service pharmaceutique ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à une personne résidente ou détruits. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 128. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaborée et approuvée par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, le directeur médical, une politique pour faire suivre avec lui un médicament qui a été prescrit à un résident qui quitte le foyer temporairement ou qui reçoit son congé. Règl. de l'Ont. 79/10, article 128.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit élaborée et approuvée par la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et par le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par la directrice médicale ou le directeur médical, une politique pour faire suivre avec elle un médicament qui a été prescrit à une personne résidente qui quitte le foyer temporairement.

À une date déterminée, la ou le RPSPR a déclaré que le titulaire de permis utilisait la politique de MediSystems Pharmacy n° MEDI-CL-ONT-026 intitulée *Leave of Absence (LOA)* (congé autorisé), datée du 1^{er} octobre 2018 et relative à la marche à suivre sur la façon de faire suivre des substances désignées avec une personne résidente pendant un congé temporaire.

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*

À une date déterminée, la ou le RPSPR a envoyé un courriel au personnel infirmier autorisé indiquant que lorsqu'une personne résidente qui reçoit des narcotiques part en congé autorisé pendant plus d'une journée, le personnel doit faire une photocopie de la plaquette de narcotiques avant de la donner à la personne résidente. On joint la photocopie de la plaquette de narcotiques à la fiche de décompte des narcotiques, et l'on indique la mention « congé autorisé » lors de chaque décompte. Quand la personne résidente revient du congé autorisé, on récupère la plaquette de narcotiques et l'on fait immédiatement le décompte.

Lors d'un entretien, la pharmacienne ou le pharmacien a déclaré que lorsqu'une personne résidente quitte le foyer pendant plusieurs jours avec la plaquette de substances désignées, le personnel infirmier autorisé doit faire une photocopie de la plaquette de narcotiques avant et après le congé autorisé de la personne résidente. Ensuite, il doit agraffer la photocopie de la plaquette de narcotiques au registre d'administration des narcotiques et des substances désignées correspondant. Deux infirmières ou infirmiers doivent faire le décompte et comparer les substances désignées figurant sur le registre d'administration des narcotiques et des substances désignées avec les plaquettes de narcotiques de la personne résidente avant et après son congé autorisé. La pharmacienne ou le pharmacien a indiqué qu'il incombait au titulaire de permis de décider des mesures à prendre et de la marche à suivre par le personnel infirmier autorisé quand on envoyait une personne résidente en congé autorisé avec la plaquette de substances désignées.

Le titulaire de permis n'a pas démontré qu'une politique avait été élaborée et approuvée par la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et par le fournisseur de services pharmaceutiques pour faire suivre avec elle un médicament qui a été prescrit à une personne résidente qui quitte le foyer temporairement. [Article 128] (502)

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce que fût élaborée et approuvée par la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, la directrice médicale ou le directeur médical, une politique pour faire suivre avec elle un médicament qui a été prescrit à une personne résidente qui quitte le foyer temporairement. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 9 : 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 concernant 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 du droit de la personne résidente 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.

À une date déterminée, l'inspectrice 211 a remarqué le programme de soins de la personne résidente 005 affiché à l'intérieur du placard situé dans une salle de bains partagée. La porte du placard n'était pas verrouillée et les renseignements personnels sur la santé, notamment le diagnostic et la date de naissance, étaient visibles.

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

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

Lors d'un entretien, la PSSP 109 a confirmé que le programme de soins de la personne résidente 005 avec ses renseignements personnels sur la santé était affiché dans le placard non verrouillé d'une salle de bains partagée.

Lors d'un entretien, l'IA 110 a déclaré que les renseignements personnels sur la santé des personnes résidentes, notamment le diagnostic, étaient protégés en utilisant un marqueur noir avant d'être affichés dans la chambre ou les salles de bains des personnes résidentes. L'IA a reconnu que les renseignements personnels sur la santé de la personne résidente 005 n'étaient pas protégés. Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente 005 de voir respecter la confidentialité de ses renseignements personnels sur la santé conformément à cette Loi. [Disposition 3. (1) 11. iv.] (211)

AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 23. Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

En particulier concernant les dispositions suivantes :

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

a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :

- (i) le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit,**
- (ii) la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel,**

(iii) autre acte que prévoient les règlements; 2007, chap. 8, par. 23 (1).

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident; 2007, chap. 8, par. 23 (1).

c) les exigences que prévoient les règlements relativement aux enquêtes et aux réponses exigées aux termes des alinéas a) et b) sont respectées. 2007, chap. 8, par. 23 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas enquêté immédiatement sur un incident de substance désignée manquante lorsque la personne résidente 001 est partie en congé autorisé.

**Inspection Report under
*the Long-Term Care
Homes Act, 2007*****Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Un examen de l'enquête du foyer indiquait que l'IA 106 avait mis au courant la ou le RPSP, la ou le RPSPR et l'administratrice ou l'administrateur que le décompte d'un certain médicament pour la personne résidente 001 était inexact à une date et à une heure déterminées, car l'IAA 105 avait changé le nombre de médicaments restants. L'IAA 105 avait signalé à l'IA 106 la substance désignée manquante deux jours après en avoir pris connaissance, car l'IAA avait attendu que la personne résidente revienne du congé autorisé.

Un examen de la politique du titulaire de permis n° 345.04 intitulée *Medication : Counting Guidelines for Narcotic/Controlled Substances* (médicaments : lignes directrices de décompte des narcotiques et des substances désignées), datée de septembre 2018, indiquait ce qui suit : les décomptes entre le nombre réel de médicaments et ce que le formulaire de décompte indique doivent être uniformes. S'il y a un écart, les infirmières ou les infirmiers doivent entreprendre une enquête et mettre au courant la ou le RPSPR ou bien sa représentante ou son représentant.

Lors d'un entretien, la ou le RPSPR a déclaré que la ou le RPSP avait mal compris le courriel en venant travailler le lendemain.

Par conséquent, l'enquête sur la substance désignée manquante ou faisant l'objet d'une différence d'inventaire n'avait commencé que quatre jours après que le titulaire de permis avait été mis au courant de la substance désignée manquante. [Disposition 23. (1)a (iii)] (211)

AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

3. Une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

Par. 107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

4. Sous réserve du paragraphe (3.1), un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas informé le directeur au plus tard un jour ouvrable après que se soit produit à une date déterminée l'incident de substance désignée manquante pour la personne résidente 001.

Un examen de l'enquête du foyer indiquait qu'à une certaine date, l'IA 106 avait attiré l'attention de la ou du RPSP, de la ou du RPSPR et de l'administratrice ou l'administrateur sur le fait que le décompte d'un certain médicament pour la personne résidente 001 était inexact au cours des deux derniers jours. L'IAA 105 avait informé l'IA 106 de l'écart concernant la substance désignée le même jour où il avait été signalé.

Lors d'un entretien, la ou le RPSPR 100 a déclaré que l'on avait informé l'IA 106 du médicament manquant susmentionné deux jours après l'avoir remarqué. La ou le RPSPR a confirmé que l'on avait fait rapport de l'incident au directeur cinq jours après que le titulaire de permis avait eu connaissance de la substance désignée manquante. [Alinéa 107. (3) 3.] (211)

2. Le titulaire de permis n'a pas informé le directeur au plus tard un jour ouvrable après que la personne résidente 010 avait fait une chute avec une lésion qui avait causé un changement important dans son état de santé et qui avait nécessité son transport à un hôpital pour subir un certain traitement.

Le MSLD a reçu un rapport d'incident critique concernant une chute de la personne résidente 010 qui lui avait causé une lésion déterminée.

**Inspection Report under
*the Long-Term Care
Homes Act, 2007*****Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Un examen du rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, on avait trouvé la personne résidente 010 sur le sol de sa chambre et qu'elle se plaignait d'une certaine douleur. La ou le médecin traitant avait demandé au personnel de transférer la personne résidente à l'hôpital pour une évaluation plus poussée. On avait diagnostiqué que la personne résidente avait une lésion déterminée, et elle avait reçu à une date déterminée un certain traitement qui avait causé une complication.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 010 indiquait qu'à une date déterminée la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente avait téléphoné et dit au foyer que la personne résidente avait subi un certain traitement.

Un examen plus poussé du rapport d'incident critique indiquait que l'on avait fait rapport de l'incident susmentionné au directeur trois jours ouvrables après que le foyer avait eu connaissance du changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

Lors d'un entretien, la ou le RPSPR 100 a confirmé ne pas avoir fait rapport de l'incident au directeur dans un délai d'un jour ouvrable, et il ou elle a reconnu qu'il s'agissait d'un retard de trois jours ouvrables pour faire rapport.
[Alinéa 107. (3) 4.] (502)

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 231. Dossier des résidents

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

a) d'une part, un dossier écrit soit dressé et tenu pour chaque résident du foyer;

b) d'autre part, le dossier écrit du résident soit gardé à jour en tout temps.

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 231.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit fût tenu pour la personne résidente 010.

**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***

À une date déterminée, l'inspectrice 211 a remarqué que le programme de soins de la personne résidente 009 était placé dans le placard non verrouillé d'une salle de bains. Les renseignements personnels provenant du programme de soins de la personne résidente 009 étaient noircis.

On a procédé à un examen de la politique du titulaire de permis n° 725.01 intitulée *Plan of Care Planning* (planification du programme de soins) datée de février 2018, qui indiquait que le Kardex des PSSP mis à jour, d'une part est imprimé et placé dans le classeur qui contient les feuilles de soins des PSSP, et d'autre part est affiché dans un endroit distinct de la chambre de la personne résidente, pour que tout le personnel y accède facilement sur consentement de la personne résidente ou bien de sa mandataire spéciale ou de son mandataire spécial (MS).

Lors d'un entretien, la ou le responsable du programme des soins aux personnes résidentes a déclaré être incapable de localiser le consentement de la personne résidente signé par la ou le MS de la personne résidente. Ainsi, le titulaire de permis n'a pas tenu à jour un dossier dressé pour la personne résidente 010 dans le foyer. [Paragraphe 231. a)] (211)

Émis le 13 décembre 2019 (M3)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

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 des FSLD

Copie modifiée destinée au public

Nom de l'inspectrice (n°) : Modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) - (M3)

N° de l'inspection : 2019_818502_0022 (M3)

Appel/Dir n° :

N^{os} de registre : 013130-19, 015486-19, 015534-19, 016969-19,
017642-19, 017913-19, 018104-19, 018242-19,
018420-19 (M3)

Type d'inspection : Inspection dans le cadre du Système de
rapport d'incidents critiques

Date du rapport : 13 décembre 2019 (M3)

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
ou de l'administrateur :** Jacqueline Roy

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

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 :

l'article 55 du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les résidents;
- b) le personnel chargé des soins directs est informé au début de chaque poste au sujet de chaque résident dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue parce que ceux-ci peuvent lui faire courir un danger ou en faire courir un à d'autres. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 55.

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 55 a) du Règlement de l'Ontario 79/10.

En particulier, le titulaire de permis doit veiller d'une part à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements réactifs de la personne résidente 006, et veiller d'autre part à minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les personnes résidentes en effectuant ce qui suit :

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

1. Revoir le programme interne de soutien du comportement du foyer pour veiller à ce que tous les membres de l'équipe multidisciplinaire qui s'occupent de personnes résidentes qui ont des comportements réactifs participent au programme.
2. Veiller à faire évaluer l'efficacité des mesures d'intervention, pour les personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs, par le personnel infirmier autorisé et l'équipe du programme du Projet OSTC du foyer entre les visites de l'équipe externe d'intervention dans le domaine des soins gériatriques.
3. Veiller à ce que le personnel infirmier autorisé comprenne quand et comment demander l'assistance de l'équipe interne du programme du Projet OSTC ou de l'équipe externe d'intervention dans le domaine des soins gériatriques.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention fussent élaborées et mises en œuvre d'une part pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements réactifs de la personne résidente 006, et d'autre part pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre et parmi les personnes résidentes.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu des rapports du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) concernant un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Un examen des registres de documentation électronique de la personne résidente 006 et des rapports d'incidents critiques indiquait que, pendant une période de sept mois, la personne résidente avait affiché à 18 reprises des comportements réactifs déterminés envers d'autres personnes résidentes et envers le personnel.

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

Un examen de l'évaluation trimestrielle du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI indiquait que l'on avait évalué que la personne résidente 006 était atteinte d'une déficience cognitive grave avec un diagnostic déterminé.

Les rapports d'évolution psychiatrique examinés mentionnaient des déclencheurs de comportement déterminés, indiquaient un certain traitement et, à deux reprises, demandaient au personnel de permettre à la personne résidente 006 de dormir tard et de lui fournir tous les soins à son réveil dans le but d'accroître son bien-être et de faire diminuer les symptômes déterminés. La note demandait au foyer d'avoir un écriteau avec la recommandation susmentionnée dans la chambre de la personne résidente.

Cette recommandation n'a pas été suivie, car le personnel autorisé avait documenté à de multiples reprises pendant trois mois que la personne résidente 006 refusait de se réveiller quand le personnel tentait de lui fournir des soins, et on ne remarquait pas dans la chambre de la personne résidente 006 d'écriteau comportant la recommandation susmentionnée. On notait pendant la même période que la personne résidente 006 avait eu 18 altercations avec d'autres personnes résidentes et avec du personnel, certaines de ces altercations ayant causé une lésion.

Un examen du programme de soins de la personne résidente 006 mentionnait certaines interventions, notamment d'administrer les médicaments comme prescrit.

À de multiples reprises, le personnel autorisé avait documenté que la personne résidente 006 refusait ses médicaments, et les membres du personnel ont confirmé durant des entretiens que les médicaments n'étaient pas administrés comme prescrit à un moment déterminé. Le personnel documentait également que l'on avisait la ou le médecin traitant après chaque incident, mais qu'au moment de cette inspection, on n'avait pas envisagé un autre moment ou une autre méthode pour administrer les médicaments. Un examen plus poussé du programme de soins n'avait pas décelé des méthodes différentes pour venir à bout des comportements de la personne résidente 006 et des déclencheurs de comportement susmentionnés.

Lors d'entretiens distincts, les PSSP 119 et 132, l'IAA 133, et les IA 106 et 123 ont indiqué que la personne résidente 006 était imprévisible, affichait certains comportements réactifs et que les déclencheurs de comportement avaient été identifiés. Ces personnes ont indiqué que le personnel surveillait la personne résidente 006 et l'éloignait de l'endroit où elle se trouvait quand elle affichait des

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

comportements réactifs, mais que le personnel ne pouvait pas toujours contrôler la personne résidente, car elle se déplaçait de façon autonome sur de courtes distances dans l'unité. Le personnel n'a pas mentionné de mesures d'interventions particulières pour gérer le comportement et réduire les déclencheurs de comportement susmentionnés.

Lors d'entretiens distincts, la ou le RPSPR 100 et la ou le RPSP 124 ont indiqué que la personne résidente 006 affiche des comportements réactifs comme précédemment indiqués. La ou le médecin traitant revoyait constamment la médication de la personne résidente 006 comme le recommandait l'équipe de psychogériatrie externe.

La ou le RPSP 124 a indiqué que le foyer ne peut pas fournir en permanence une surveillance individuelle à la personne résidente 006.

La ou le RPSPR 100 a dit superviser le programme du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) dans le foyer, mais chaque étage a une PSSP qui fait fonction de responsable du programme du Projet OSTC.

Toutefois, chaque responsable assume ce rôle une fois par semaine, les jeudis, et ne peut pas laisser ses tâches habituelles de PSSP le reste de la semaine pour aider les membres de l'équipe multidisciplinaire dans l'évaluation et la mise en œuvre de différentes stratégies dans le cadre du programme du Projet OSTC du foyer.

Il ressort d'un examen du dossier, ainsi que de l'observation et des entretiens avec le personnel, que ce dernier connaissait les déclencheurs de comportement de la personne résidente 006 et ses comportements réactifs déterminés. Après une altercation avec une autre personne résidente qui avait causé une lésion, on avait mis en place une étroite surveillance pendant une période déterminée, et l'on avait également déménagé la personne résidente à un autre étage. Cependant, celle-ci avait continué d'avoir des interactions dangereuses avec le personnel et d'autres personnes résidentes. Ainsi, le foyer n'avait pas veillé d'une part à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention fussent élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes 007 et 016 et le personnel qui avaient subi un préjudice, et d'autre part à minimiser les risques d'interactions potentiellement dangereuses entre la personne résidente 006 et d'autres personnes résidentes.

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

Nous avons déterminé que la gravité de ce problème était de niveau 3, car il y avait un préjudice réel pour les personnes résidentes. L'étendue du préjudice était de niveau 1, car l'une des trois personnes résidentes dont nous avons examiné le cas a été affectée. Le foyer avait des antécédents de niveau 3, car il avait une précédente non-conformité à la même disposition de la LFSLD.

En raison de la gravité du problème, de l'étendue du préjudice et des antécédents, un ordre de conformité est justifié. (502)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 décembre 2019 (M1)

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

Ordre n° : 002

Type d'ordre :

Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes de :

La LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, paragraphe 6. (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La fourniture des soins prévus dans le programme de soins.
2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.
3. L'efficacité du programme de soins. 2007, chap. 8, par. 6 (9).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 6 (9) de la LFSLD, 2007.

En particulier le titulaire de permis doit veiller à ce que :

1. Un *Dementia Observation System Record* (enregistrement du système d'observation de la démence) soit systématiquement documenté pour les personnes résidentes 006, 002, 008 et pour toute autre personne résidente au foyer.

2. Les enregistrements du système d'observation de la démence pour les personnes résidentes 006, 002, 008 et pour toute autre personne résidente au foyer contiennent des preuves documentées à l'appui de l'identification des déclencheurs de comportement et de l'élaboration de stratégies visant à réduire au minimum le comportement réactif des personnes résidentes.

Motifs :

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

(M3)

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent documentés.

Le MSLD a reçu deux rapports d'incident critique concernant des mauvais traitements d'une personne résidente à l'égard d'une personne résidente.

Un examen du premier rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 006 avait affiché un comportement réactif envers la personne résidente 007.

Un examen du second rapport d'incident critique indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 006 avait affiché un comportement réactif envers la personne résidente 016, ce qui avait causé une lésion à la personne résidente 006.

Un examen du dossier de documentation du système d'observation de la démence (SOD) ouvert par suite de l'incident susmentionné indiquait que l'on n'avait pas rempli la documentation du SOD à 20 reprises au cours des postes de travail de jour, du soir et de nuit.

Lors d'entretiens distincts, les IA 116 et 123 ont indiqué que l'on avait commencé à documenter les faits dans le SOD après l'incident susmentionné. L'IA a reconnu que le personnel n'avait pas rempli le formulaire de suivi quotidien.

Lors d'un entretien, l'IA 115 et la ou le RPSP 124 ont confirmé que l'on n'avait pas documenté les faits dans le SOD aux dates et pendant les postes de travail susmentionnés. (502)

(M3)

2. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, on avait observé la personne résidente 002 dans la chambre de la personne résidente 003 et qu'elle affichait un comportement inapproprié envers la personne résidente 003.

Un examen des évaluations actuelles de la personne résidente 002 dans le MDS indiquait qu'elle avait une déficience cognitive grave et qu'elle affichait un comportement réactif déterminé.

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

Un examen du dossier de documentation du système d'observation de la démence (SOD) de la personne résidente 002 pour une période déterminée indiquait que l'on n'avait pas rempli les documents du SOD à 14 reprises au cours des postes de travail de jour, du soir et de nuit.

Lors d'un entretien, la ou le RPSP 124 a confirmé que l'on n'avait pas systématiquement rempli les documents du SOD lors de chaque poste de travail. (502)

(M3)

3. Un examen de l'évaluation actuelle de la personne résidente 008 dans le MDS indiquait qu'elle avait une déficience de la mémoire avec un score de cinq sur six sur l'échelle de performance cognitive. Elle avait également une déficience cognitive grave et ne prenait jamais de décisions.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 008 indiquait qu'à une certaine date, elle avait fait une chute qui lui avait causé une lésion et qu'elle avait été transférée à l'hôpital. À son retour de l'hôpital, on avait commencé à utiliser l'outil SOD pour la douleur et le comportement.

Un examen du dossier de documentation du système d'observation de la démence (SOD) de la personne résidente 008 ouvert par suite de l'incident de chute susmentionné indiquait que l'on n'avait pas rempli les documents du SOD à 14 reprises au cours des postes de travail de jour, du soir et de nuit.

Nous avons déterminé que la gravité de ce problème était de niveau 3, car il y avait un risque réel pour les personnes résidentes. L'étendue de ce problème était de niveau 1, car l'une des trois personnes résidentes dont nous avons examiné le cas a été affectée. Le foyer avait des antécédents de niveau 3, car il avait une précédente non-conformité à la même disposition de la LFSLD.

En raison de la gravité du problème, de l'étendue du préjudice et des antécédents, un ordre de conformité est justifié. (502)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 décembre 2019 (M3)

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

**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

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

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)
Commission d'appel et de révision
des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto ON M5S 1S4

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

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.

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

Émis le 13 décembre 2019 (M3)

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice :

Modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) - (M3)

Bureau régional de services :

Bureau régional de services d'Ottawa