

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

**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection des FSLD**

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

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

Copie du rapport public

Date du rapport :	N° d'inspection	N° de registre :	Type d'inspection :
17 juin 2021	2021_621755_0012	011502-20, 023363-20, 025159, 20, 001165-21, 001781-21, 002695-21	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Revera Long Term Care Inc.
5015, Spectrum Way, bureau 600, Mississauga, ON L4W 0E4

Foyer de soins de longue durée

Montfort
705, route de Montréal, Ottawa ON K1K 0M9

Nom de l'inspectrice

MANON NIGHBOR (755)

Résumé de l'inspection

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

Elle a été effectuée aux dates suivantes : les 13 et 14 mai, du 17 au 21 mai, les 25 et 26 mai 2021.

Cette inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) comportait les éléments suivants :

Les registres n° 001165-21 (SIC n° 2886-000001-21) et n° 023363-20 (SIC n° 288600-0017-20) concernaient des allégations de mauvais traitements du personnel envers des personnes résidentes, en particulier relativement à des soins liés à l'incontinence et au service de restauration.

Les registres n° 001781-21 (SIC n° 2886-000003-21), n° 025159-20 (SIC n° 2886-000019-20) et n° 011502-20 (SIC n° 2886-000010-20) concernaient des chutes.

Le registre 002695-21 (SIC n° 2886-000005-21) concernait des allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une personne résidente.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : directrice générale ou directeur général intérimaire (DGI), directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), spécialiste en comportements réactifs (Projet OSTC), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), chef du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), coordonnatrice ou coordonnateur du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI, coordonnatrice ou coordonnateur des services aux résidents, chef des services de l'environnement, chef de bureau, chef intérimaire des services d'alimentation, responsable du contrôle de la qualité, personnel des services d'entretien ménager, cuisinière ou cuisinier, personnel des services d'entretien ménager d'un organisme, agentes ou agents de dépistage de la COVID-19 à l'entrée principale du foyer, et personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a observé les interactions entre les personnes résidentes et le personnel, et l'environnement d'une personne résidente; elle a examiné des dossiers de santé clinique, et les documents suivants : prévention des chutes et diminution des lésions — gestion postchute et examen de routine pour traumatisme crânien; soins aux personnes atteintes de démence, marche à suivre pour les comportements réactifs; formulaires de

contrôle de la température des aires de service, registres de la température des aliments et horaires du personnel.

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Prévention des chutes

Prévention et contrôle des infections

Nutrition et hydratation

Comportements réactifs

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

2 AE

0 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD — Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant ce qui suit :

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 :

- a) 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).
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fiche de suivi neurologique, la procédure d'examen de routine pour traumatisme crânien incluses dans la politique et marche à suivre relative à la prévention des chutes et à la diminution des lésions fussent respectées pour la personne résidente.

Le Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 48. (1) 1 exige qu'un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion soit mis en œuvre au foyer.

Le Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 30. (1) 1 exige que le programme de prévention des chutes consigne par écrit une description du programme qui comprend ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de surveiller les résultats.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la procédure d'examen de routine pour traumatisme crânien incluse dans la politique et marche à suivre en matière de prévention des chutes et de diminution des lésions.

On avait trouvé la personne résidente allongée sur le sol de sa chambre. La marche à suivre du titulaire de permis en matière de prévention des chutes et de diminution des lésions – procédure d'examen de routine pour traumatisme crânien mentionne que si une chute a lieu sans témoin, on doit effectuer l'examen de routine pour traumatisme crânien. La fiche de suivi neurologique et des traumatismes crâniens, l'échelle de Glasgow et la fréquence des signes vitaux s'utilisent comme suit : toutes les 30 minutes pendant deux heures, toutes les heures pendant six heures, toutes les quatre heures pendant huit heures et toutes les huit heures pendant 56 heures, pour un total de 72 heures de surveillance.

On a commencé à utiliser l'échelle de Glasgow et à prendre les signes vitaux de la personne résidente après la chute, et l'on n'a pas respecté la fréquence de surveillance conformément à la procédure d'examen de routine pour traumatisme crânien du titulaire de permis.

Sources :

Procédure CARE5-010.05 *Fall Prevention and Injury Reduction, Head Injury Routine and Neurological Flowsheet Procedure* (prévention des chutes et diminution des lésions, procédure d'examen de routine pour traumatisme crânien et fiche de suivi neurologique), en vigueur en janvier 2018 et révisée le 31 mars 2021.

Évaluation post-chute et notes d'évolution.

Entretiens avec du personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'outil de suivi du Système d'observation de la démence (BSO-DOS ©) inclus dans la politique et marche à suivre pour les comportements réactifs liés aux soins aux personnes atteintes de démence fût respecté pour la personne résidente.

Le Règl. de l'Ont. 79/10 paragraphe 53. (1) exige l'élaboration de stratégies écrites, notamment des mesures d'intervention, pour prévenir ou minimiser les comportements réactifs ou pour y réagir, et pour la surveillance des personnes résidentes.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique et marche à suivre du titulaire de permis en matière de comportements réactifs.

On a trouvé la personne résidente qui errait dans la chambre d'une autre personne résidente et qui lui faisait des attouchements inappropriés. On a utilisé un outil de suivi du Système d'observation de la démence (BSO-DOS ©) conformément à la marche à suivre du titulaire de permis intitulée soins aux personnes atteintes de démence, marche à suivre pour les comportements réactifs, qui indique qu'après un comportement réactif de nature sexuelle pour lequel il n'y a pas eu consentement ou lorsque la personne résidente est incapable de donner son consentement, il faut utiliser un outil de suivi des comportements réactifs (BSO-DOS ©) pour la personne résidente contrevenante et veiller à ce que l'on documente la situation à chaque poste de travail durant trois jours. L'outil de suivi du BSO-DOS © n'a pas été rempli conformément à la marche à suivre du titulaire de permis pour les comportements réactifs.

Sources :

Notes d'évolution

Outil de suivi du Système d'observation de la démence (BSO-DOS ©).

CARE3.010.02 – *Dementia Care, Responsive Behaviour Procedure* (soins aux personnes atteintes de démence, marche à suivre pour les comportements réactifs), en vigueur le 30 septembre 2019, révisée le 31 mars 2021.

Entretiens avec du personnel.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel mette en œuvre le programme de prévention et de contrôle des infections en portant l'équipement de protection individuelle (EPI) requis pour les précautions contre les gouttelettes et les contacts.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a observé un membre du personnel qui ne portait pas la totalité de l'EPI requis pour les précautions contre les gouttelettes et les contacts quand il fournissait des soins directs à la personne résidente.

Sources :

20 mai 2021 : observations de l'inspectrice et entretiens avec la ou le chef de la prévention et du contrôle des infections, la ou le DSI et le membre du personnel 115. COVID-19 — Directive n° 3 à l'intention des foyers de soins de longue durée en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Date d'entrée en vigueur de la mise en œuvre : 4 mai 2021. [Paragraphe 229. (4)]

Émis le 18 juin 2021

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.