

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

## Rapport public original

**Date de publication du rapport :** 23 juin 2023

**Numéro d'inspection :** 2023-1287-0002

**Type d'inspection :**

Plainte

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

**Titulaire de permis :** CVH (n° 4) LP CVH (no 4) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Health Care GP Inc.)

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Pincrest (Plantagenet), Plantagenet

**Inspectrice principale**

Julienne Ngo Nloga (502)

**Signature numérique de l'inspectrice**

Julienne Ngo  
signé numériquement par  
 Julienne Ngo Nloga  
 Nloga Date : et 2023,07,14 11:18:32  
-04'00"

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Joelle Taillefer (211)

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes :

- sur place, le 30 mars, les 3, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 25 et 26 avril, et les 1<sup>er</sup> et 2 mai 2023.
- à l'extérieur du foyer, le 29 mars et le 4 avril 2023.

Les éléments suivants ont été inspectés :

Rapport d'incident critique (SIC)

- Registre : n° 00003047 (SIC n° 2797-000002-22) concernant un décès inattendu de personne résidente.

Registres : n° 00004072 (SIC n° 2797-000015-21), n° 00015661 (SIC n° 2797-000019-22) concernant des cas allégués de négligence envers des personnes résidentes.

- Registre : n° 00010937 (SIC n° 2797-000017-22) concernant un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Plaintes

- Registre : n° 00010751 concernant plusieurs préoccupations relatives à des soins.
- Registre : n° 00012718 concernant un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.
- Registre : n° 00020829 concernant un détournement de fonds.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Frais à exiger des personnes résidentes et comptes en fiducie

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

**Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 6 (6) de la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8

Le titulaire de permis a omis de veiller, dans les délais que prévoient les règlements, à ce qu'une personne résidente fût évaluée lors de son admission, et à ce qu'un programme de soins initial fût élaboré en fonction de cette évaluation et de l'évaluation, des réévaluations et des renseignements fournis par la coordonnatrice ou le coordonnateur des placements aux termes de l'article 44.

#### Justification et résumé

Le dossier médical d'une personne résidente indiquait qu'elle avait été admise au foyer en janvier 2022, son évaluation a été effectuée à l'aide de l'instrument minimum de données standardisées (MDS) de la méthode d'évaluation RAI, mais le programme de soins initial fondé sur l'évaluation du RAI-MDS n'avait pas été fait.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et la directrice générale ou le directeur général (DG) ont reconnu que l'on n'avait pas élaboré le programme de soins initial.

Par conséquent, les membres du personnel n'étaient pas au courant des besoins en soins et des préférences de la personne résidente pendant la fourniture des soins.

**Sources :** Dossier médical de la personne résidente, PCC, et entretiens avec des membres du personnel.

[502]

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559**AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence****Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 19 (1) de la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente fût protégée contre de la négligence de la part du personnel.

**Justification et résumé :**

Selon l'article 5 du Règl. de l'Ont., 79/10, « négligence » s'entend 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.

Un membre du personnel a accidentellement fait tomber un équipement de soins déterminé d'une personne résidente pendant la fourniture des soins du matin. Un autre membre du personnel a contacté la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) qui lui a dit de transférer la personne résidente à l'hôpital aux fins de remplacement de l'équipement. Un membre du personnel infirmier autorisé qui était de service a contacté le médecin traitant pour obtenir une ordonnance verbale, et il a alors effectué la procédure de remplacement sur place à l'aide d'un équipement de remplacement au lieu de transférer la personne résidente à l'hôpital comme la ou le DSI l'avait ordonné. Les soins déterminés ont repris après la procédure.

Les notes d'évolution indiquaient qu'une fois terminée la procédure à l'aide de l'équipement de remplacement, la personne résidente avait eu des effets secondaires déterminés pendant les soins. Le membre du personnel a poursuivi la fourniture des soins à l'aide de l'équipement de remplacement jusqu'à ce qu'il se détache de la personne résidente le jour suivant. Le lendemain, l'état de santé de la personne résidente s'est détérioré et elle a été transférée à l'hôpital.

Un deuxième membre du personnel a mentionné que le membre du personnel infirmier autorisé avait donné des directives pour que la prise de nourriture et de médicaments continue en utilisant l'équipement de remplacement. Il a déclaré ne pas avoir pris les signes vitaux, car ce n'était pas la première fois que l'on utilisait l'équipement de remplacement.

Un membre du personnel a indiqué avoir informé le membre du personnel infirmier autorisé que l'ingestion de la personne résidente avec l'équipement de remplacement était inadéquate, et le membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas transféré la personne résidente à l'hôpital.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

La ou le DSI a indiqué que l'équipement de remplacement sert de mesure temporaire et n'aurait pas dû être utilisé pour l'ingestion d'aliments par la personne résidente à moins que la mise en place ait été vérifiée à l'hôpital. La ou le DSI a déclaré que l'on aurait dû prendre les signes vitaux avant et après la mise en place de l'équipement de remplacement, et que tous les membres du personnel infirmier autorisé, qui avaient travaillé pendant la période de 48 heures, n'avaient pas pris les signes vitaux de la personne résidente jusqu'à ce qu'elle soit transférée à l'hôpital.

En utilisant l'équipement de remplacement pour l'ingestion d'aliments et de médicaments sans faire vérifier sa mise en place à l'hôpital, et en ne prenant pas les signes vitaux, le membre du personnel infirmier autorisé a fait preuve de négligence envers la personne résidente en ne lui fournissant pas le traitement, les soins, les services ou l'assistance requis pour sa santé, sa sécurité et son bien-être.

**Sources** : SIC, notes d'évolution, programme de soins, fiches des signes vitaux, entretien avec des membres du personnel.

[502]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

### **Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'alinéa 26 (4) a) du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une diététiste agréée ou un diététiste agréé membre du personnel du foyer, effectue une évaluation nutritionnelle d'une personne résidente lors de son admission et chaque fois qu'il y avait un changement important dans l'état de santé de celle-ci.

#### **Justification et résumé**

L'ingestion de liquides de la personne résidente a commencé d'être faible le quatrième jour après son admission et l'ingestion d'aliments au bout du sixième jour. Du neuvième au seizième jour, la personne résidente a refusé de manger.

Un examen du programme de soins n'a pas permis de trouver de priorité, d'objectif ou d'interventions en lien avec la nutrition ou l'hydratation.

La fiche d'évaluation dans le système de documentation du foyer PointClickCare (PCC) ne mentionnait pas que l'on avait effectué une évaluation nutritionnelle.

La diététiste agréée ou le diététiste agréé (DA) a déclaré avoir visité le foyer le onzième jour après l'admission de la personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

La ou le DA a déclaré ne pas avoir évalué la personne résidente, parce que l'on ne disposait pas de son poids et de sa taille que l'on aurait dû prendre le premier jour de l'admission. La ou le DA ne voulait pas commencer une évaluation qu'il ou elle n'aurait pas terminée. La personne résidente a reçu sa mise en congé avant la prochaine visite de la ou du DA au foyer.

**Sources** : Programme de soins, notes d'évolution, fiche d'évaluation du PCC, rapport rétrospectif, et entretiens avec des membres du personnel.

[502]

## **AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

### **Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'alinéa 68 (2) a) du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire de permis a omis de respecter la politique de remplacement de l'équipement de soins n° RC-18-01-10, élaborée et mise en œuvre en consultation avec une diététiste agréée ou un diététiste agréé, et relative aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

La politique déterminée de remplacement de l'équipement de soins intitulée *Appendix 1 - Inadvertent Removal of an identified care equipment* (annexe 1 — retrait par inadvertance d'un équipement de soins déterminé) énonce que l'équipement ne sera changé ou remplacé que par l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien ou bien par le médecin traitant. L'équipement de remplacement pour les soins ne peut être inséré que par une infirmière ou un infirmier qui a reçu une formation et qui a les compétences pour effectuer la procédure.

En particulier, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé n'a pas respecté la politique intitulée *Appendix 1 - Inadvertent Removal of an identified care equipment* (annexe 1 — retrait par inadvertance d'un équipement de soins déterminé), datée de janvier 2022, qui était incluse dans le programme de nutrition et d'hydratation du titulaire de permis.

#### **Justification et résumé :**

Un jour d'octobre 2022, l'équipement de soins déterminé de la personne résidente est tombé pendant les soins. La ou le DSI a demandé au personnel de transférer la personne résidente à l'hôpital pour procéder au remplacement de l'équipement. Un membre du personnel infirmier autorisé a contacté le médecin traitant pour obtenir une ordonnance médicale verbale afin d'insérer un équipement de remplacement jusqu'à ce que l'on puisse transférer la personne résidente à l'hôpital pour procéder au remplacement.

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Le membre du personnel infirmier autorisé a effectué la procédure de remplacement en utilisant un équipement de remplacement, et il a donné des directives aux autres membres du personnel infirmier autorisé du foyer pour alimenter la personne résidente et lui administrer des médicaments à l'aide de l'équipement de remplacement. Cet équipement est tombé le lendemain du jour où le membre du personnel autorisé l'avait inséré.

Deux jours plus tard, l'état de santé de la personne résidente s'est détérioré, et elle a été transférée à l'hôpital.

La ou le DSI a indiqué que le foyer s'attendait à ce que le médecin traitant, l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien ou bien une infirmière compétente ou un infirmier compétent qui avait reçu une formation insère l'équipement de remplacement. La ou le DSI a indiqué que le membre du personnel autorisé n'avait pas reçu de formation pour insérer l'équipement de remplacement et qu'il n'aurait pas dû l'insérer ni permettre que la personne résidente fût alimentée, à moins que la mise en place n'ait été vérifiée à l'hôpital.

Par conséquent, le membre du personnel infirmier autorisé a exposé la personne résidente à un risque élevé de complication lorsque la politique n'a pas été respectée.

**Sources :** *Appendix 1 - Inadvertent Removal of an identified care equipment* (annexe 1 — retrait par inadvertance d'un équipement de soins déterminé), notes d'évolution. Entretien avec un membre du personnel.

[502]

## **AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

### **Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'alinéa 68 (2) d) du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire de permis a omis de respecter les politiques et marches à suivre relatives à la nutrition et à l'hydratation d'une personne résidente, qui comportaient un système pour surveiller et évaluer l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes ayant des risques déterminés liés à la nutrition et à l'hydratation.

La politique spécifiait que les infirmières ou infirmiers ou l'équipe interdisciplinaire 1) examinent quotidiennement les fiches d'ingestion; 2) font un aiguillage à l'intention de la diététiste agréée ou du diététiste agréé ou bien de sa remplaçante désignée ou de son remplaçant désigné, si la personne résidente a) consommait 50 % ou moins de tous les repas pendant trois jours consécutifs.

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique intitulée *Food and Fluid Intake Monitoring* (surveillance de l'ingestion des aliments et des liquides), datée de janvier 2022, qui était incluse dans le programme de soins alimentaires et d'hydratation du titulaire de permis.

**Justification et résumé**

L'ingestion de liquides par la personne résidente a commencé d'être faible le quatrième jour après son admission, et l'ingestion d'aliments au bout du sixième jour. Du neuvième au seizième jour, la personne résidente a refusé de manger.

À deux reprises pendant cette période, le personnel a documenté que la personne résidente avait consommé moins de 50 pour cent (%) des repas et qu'il fallait faire un aiguillage à l'intention de la diététiste agréée ou du diététiste agréé (DA) conformément à la politique du foyer. Un examen du dossier médical de la personne résidente n'a pas permis de trouver un formulaire d'aiguillage dûment rempli à l'intention d'une diététiste agréée ou d'un diététiste agréé.

Un membre du personnel a indiqué ne pas être au courant que l'ingestion d'aliments et de liquides de la personne résidente était insuffisante, car il n'avait pas reçu d'aiguillage de la part du personnel infirmier.

En ne suivant pas la politique du titulaire de permis relative à la nutrition et à l'hydratation, la DA ou le DA n'a pas évalué les besoins nutritionnels de la personne résidente, ce qui a contribué à la détérioration de son état de santé.

**Sources :** *Food and Fluid Intake Monitoring Policy* (politique de surveillance de l'ingestion des aliments et des liquides), notes d'évolution, rapport rétrospectif, et entretien avec un membre du personnel.

[502]

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins****Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que fût adopté pour une personne résidente un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

**Justification et résumé :**

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient qu'elle avait une infection déterminée, et qu'on l'avait envoyée à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie concernant une nouvelle altération de l'intégrité épidermique.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait eu une infection déterminée en septembre 2022. Le registre d'administration des médicaments (RAM) indiquait qu'on lui avait prescrit un médicament pour l'infection. Ni les notes d'évolution, et ni le RAM de la personne résidente pour septembre 2022 n'indiquaient qu'elle avait eu un traitement pour l'infection déterminée. Il n'y avait pas d'interventions documentées dans son programme de soins concernant les médicaments prescrits et l'évaluation de l'infection en question.

La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS a déclaré qu'il n'y avait pas d'interventions documentées dans le programme de soins de la personne résidente concernant son infection déterminée.

Par conséquent, la personne résidente risquait de ne pas bénéficier de soins uniformes, car son programme de soins écrit n'établissait pas des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui lui fournissaient des soins directs.

**Sources :** Dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec la coordonnatrice ou coordonnateur du RAI-MDS. [211]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

### **Avis écrit de non-conformité n° 007 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD 2021.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins fût documentée.

#### **A) Justification et résumé**

En octobre 2022, une personne résidente a manifesté certains comportements envers une personne qui partageait sa chambre, ce qui a donné lieu à une blessure infligée à cette dernière.

Un jour d'octobre 2022, on a entrepris une évaluation à l'aide de l'outil de surveillance du Système d'observation de la démence (DOS), et les membres du personnel devaient surveiller et documenter les comportements de la personne qui partageait la chambre toutes les 30 minutes pendant cinq jours.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Un examen de l'outil de surveillance du DOS dûment rempli, et un entretien avec la ou le DSI indiquaient que les membres du personnel n'avaient pas documenté de façon uniforme les comportements de la personne résidente pendant les cinq jours d'octobre 2022.

Parce que l'on n'avait pas documenté les comportements de la personne résidente, le personnel ne connaissait pas l'efficacité des interventions en place.

**Sources** : Dossier médical de la personne résidente, outil de surveillance du DOS, entretiens avec des membres du personnel.

[502]

**B) Justification et résumé**

Les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient que la ou le DSI l'avait envoyée à l'hôpital un jour de janvier 2022. Le dossier médical de la personne résidente ne comportait pas de documentation concernant son état de santé, ni le motif de son transfert à l'hôpital.

La ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général (DG) ont indiqué que le médecin avait rédigé la documentation, qui donnait un aperçu du plan de sortie de l'hôpital. Il n'y avait pas d'information concernant l'état de santé de la personne résidente ni des soins fournis par le personnel avant de l'envoyer à l'hôpital.

Par conséquent, les membres du personnel n'étaient pas au courant de l'efficacité des interventions pour la personne résidente avant son transfert à l'hôpital.

**Sources** : Dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec du personnel.

[502]

**AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence**

**Avis écrit de non-conformité n° 008 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 25 (1) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis à omis de veiller à ce que soit respectée la politique écrite du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers des personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Selon le paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, mauvais traitement d'ordre physique s'entend :

a) « soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur,

b) soit de l'administration ou de la privation de médicaments à une fin inappropriée ».

**Justification et résumé :**

En particulier, la politique et marche à suivre du titulaire de permis n° RC-02-01-01 intitulée *Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program* (programme visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers des personnes résidentes), révisée en janvier 2022, indiquait ce qui suit :

- entreprendre immédiatement une enquête sur les cas de mauvais traitements allégués, éventuels, soupçonnés ou observés;
- veiller à la sécurité de la ou des victimes des mauvais traitements et offrir du soutien en effectuant une évaluation complète, en déterminant les besoins de la personne résidente et en élaborant un plan documenté pour répondre à ces besoins;
- contacter le médecin ou bien l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien pour faire une évaluation plus approfondie, le cas échéant, et communiquer l'état de la personne résidente;
- le personnel doit remplir un rapport interne d'incident et aviser sa superviseuse ou son superviseur. Après les heures normales, l'infirmière ou l'infirmier sur place téléphone alors à la ou au responsable de garde ou à la directrice générale ou au directeur général ou bien à sa remplaçante désignée ou à son remplaçant désigné immédiatement après avoir soupçonné des mauvais traitements ou de la négligence envers une personne résidente ou en avoir eu connaissance;
- dans les cas de mauvais traitement d'ordre physique, il est impératif de préserver les preuves éventuelles, car l'incident peut donner lieu à des accusations criminelles, et il faut veiller à obtenir un consentement pour prendre des photos de toute lésion ou de tout élément de preuve, et faire une description exacte et détaillée des lésions, et de l'état de santé de la personne résidente dans son dossier;
- quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :
  1. l'administration d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente,
  2. les mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient que quatre membres du personnel avaient eu connaissance de l'allégation de la personne résidente selon laquelle elle avait reçu un

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

traitement administré de façon inappropriée par un membre du personnel. Un membre du personnel a documenté que l'on avait dit à la personne résidente d'informer un membre du personnel d'encadrement puisqu'il s'agissait d'allégations graves d'administration de soins de façon inappropriée par un membre du personnel à une personne résidente.

Le second membre du personnel d'encadrement a déclaré que le courriel envoyé aux membres du personnel du ministère deux jours après les allégations de la personne résidente constituait le rapport d'enquête. Ce membre du personnel a confirmé que l'on n'avait envoyé au directeur aucun rapport concernant l'incident allégué de soins ou de traitement administrés de façon inappropriée, lorsque les membres du personnel avaient eu connaissance de l'incident.

Ainsi, le titulaire de permis n'a pas :

- utilisé sa politique et marche à suivre intitulée *Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program* (programme visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence) pour immédiatement enquêter, rédiger un rapport interne d'incident et aviser son responsable de garde lorsque la personne résidente avait déclaré que le membre du personnel avait fourni des soins de façon inappropriée,
- informé immédiatement le directeur lorsque le titulaire de permis avait des motifs raisonnables de soupçonner que la personne résidente avait reçu un traitement ou des soins administrés de façon inappropriée ou incompétente, ce qui lui avait causé un préjudice ou un risque de préjudice.

**Sources** : Notes d'évolution d'une personne résidente, politique, courriel et entretiens avec des membres du personnel.

[211]

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

### **Avis écrit de non-conformité n° 009 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de la disposition 28 (1) 1 de la LRSLD 2021.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'administration d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente, s'est produit ou peut se produire, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

### **Justification et résumé**

Un jour de mars 2023, une personne résidente devait recevoir des soins du matin déterminés. À midi,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

un membre du personnel a commencé à préparer la personne résidente pour ses soins, et il est parti en laissant la personne résidente qui portait un produit pour incontinence, découverte, sans couverture, avec le lit en position la plus haute, et la porte fermée. Un autre membre du personnel a mis au courant la ou le DSI de cet incident de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente.

La ou le DSI a indiqué avoir commencé de rédiger un rapport au directeur, mais ne l'avoir soumis que huit jours après l'incident.

Par conséquent, l'incident de cas allégué de soins administrés de façon inappropriée n'avait pas été immédiatement signalé au directeur.

**Sources** : Rapport du SIC et entretien avec la ou le DSI.

[502]

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

### **Avis écrit de non-conformité n° 010 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD 2021.

Le titulaire de permis, lorsque quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que s'est produit un cas de mauvais traitements d'une personne résidente par qui que ce soit, ou de négligence d'une personne résidente de sa part ou de la part du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à une personne résidente, a omis de veiller à faire immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés.

#### **Justification et résumé**

Un jour d'octobre 2022, une personne résidente a affiché des comportements envers une personne qui partageait sa chambre en utilisant des objets déterminés qui ont occasionné une altération de l'intégrité épidermique et une lésion. Cet incident a été porté à l'attention de la ou du DSI. La ou le DSI a indiqué avoir commencé de rédiger un rapport au directeur, mais ne l'avoir soumis que cinq jours après l'incident.

Par conséquent, on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur de l'incident de cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

**Sources** : Rapport du SIC et entretien avec un membre du personnel.

[502]

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**AVIS ÉCRIT : Autres besoins en matière de formation****Avis écrit de non-conformité n° 011 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 82 (6) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les autres besoins des membres du personnel en matière de formation fussent évalués régulièrement, et à ce que les autres besoins en matière de formation repérés lors des évaluations fussent comblés conformément aux exigences que prévoient les règlements.

**A) Justification et résumé**

Un jour de janvier 2022, on a signalé qu'un membre du personnel n'avait pas fourni des soins administrés de façon appropriée à une personne résidente. La ou le DSI a rencontré le membre du personnel conformément aux processus administratifs internes du foyer. Le membre du personnel n'a pas été tenu d'effectuer un recyclage dans le cadre de l'enquête des ressources humaines,

Un jour de mars 2023, on a signalé que le membre du personnel était distrait et désorganisé; il avait laissé une personne résidente à moitié nue sans lui fournir de soins, sur un lit en position la plus haute.

Un autre membre du personnel a signalé que le membre du personnel était allé dans la chambre de la personne résidente, avait commencé à la préparer pour un soin déterminé, était soudainement sorti en courant de la chambre et n'avait pas fourni de soins à la personne résidente.

La ou le DSI a indiqué que des procédures administratives internes avaient été mises en œuvre avec le membre du personnel, mais qu'elles ne mentionnaient pas et n'incluaient pas les besoins en formation en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Par conséquent, la personne résidente courait un risque lorsque l'on n'avait pas comblé les besoins en formation du membre du personnel après le premier incident.

**Sources :** Enquête du foyer et documents internes. Entretiens avec des membres du personnel.  
[502]

**B) Justification et résumé**

La documentation indiquait qu'un second membre du personnel avait fourni des soins administrés de façon inappropriée ou avait oublié de fournir des soins à au moins trois personnes résidentes sur une période de plusieurs mois. Un jour de décembre 2022, un membre du personnel avait laissé une personne résidente dans son lit avec un produit pour incontinence souillé.

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

La ou le DSI a déclaré qu'on avait proposé au membre du personnel de la formation complémentaire sur la façon de prendre soin des personnes résidentes, mais que l'on n'avait pas repéré ni comblé les besoins en formation en matière de mauvais traitements et de négligence conformément aux exigences prévues dans les règlements.

La ou le DSI a indiqué avoir suivi les processus administratifs internes du foyer, mais ne pas avoir comblé les besoins en formation en matière de mauvais traitements et de négligence conformément aux exigences prévues dans les règlements.

Par conséquent, les personnes résidentes couraient un risque lorsque l'on n'avait pas comblé les besoins en formation du membre du personnel après cinq incidents depuis sa dernière formation en matière de mauvais traitements et de négligence en mars 2022.

**Sources :** Enquête du foyer et documents internes. Entretiens avec des membres du personnel.  
[502]

**AVIS ÉCRIT : Caractère contraignant pour le titulaire de permis****Avis écrit de non-conformité n° 012 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 184 (3) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis a omis de respecter la directive du ministre indiquant de suivre la feuille de renseignements de Santé publique Ontario intitulée *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) Éléments clés du nettoyage de l'environnement dans les milieux de soins de santé*.

Le document de Santé publique Ontario du 16 juillet 2021, intitulé *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) Éléments clés du nettoyage de l'environnement dans les milieux de soins de santé*, indiquait de nettoyer et désinfecter les surfaces à contacts fréquents au moins une fois par jour et plus fréquemment dans les zones d'éclosion. Les poignées de porte, les sonnettes d'appel, les ridelles, les interrupteurs, les poignées de toilettes, les mains courantes et les surfaces d'écran tactile sont des exemples de surfaces à contacts fréquents.

**Justification et résumé :**

Pendant l'inspection, un membre du personnel a indiqué que l'on n'avait pas accru la désinfection et le nettoyage de l'environnement pour les surfaces à contacts fréquents lorsque le foyer était en situation d'éclosion de la COVID-19.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Un membre du personnel a déclaré que les surfaces à contacts fréquents étaient nettoyées et désinfectées au moins une fois par jour, même durant une éclosion de la COVID-19.

Les « surfaces à contacts fréquents » de l'aile nord étaient nettoyées et désinfectées une fois pendant le poste de travail de jour. Les « surfaces à contacts fréquents » de l'aile est étaient nettoyées et désinfectées une fois pendant le poste de travail du soir. Occasionnellement, certaines zones de surfaces à contacts fréquents, comme les mains courantes des couloirs, étaient nettoyées et désinfectées plus d'une fois par jour pendant le poste de travail du soir lorsque le personnel des services d'entretien ménager remarquait une personne résidente qui marchait dans le couloir en tenant la main courante.

La ou le gestionnaire des services de l'environnement a déclaré que les surfaces à contacts fréquents étaient nettoyées et désinfectées une fois par jour pendant les éclosions de la COVID-19 au foyer. Cette personne a déclaré qu'ils auraient dû avoir un membre des services d'entretien ménager supplémentaire dans chaque unité d'une aile pendant les postes de travail de jour et du soir pour nettoyer et désinfecter plus fréquemment les surfaces à contacts fréquents dans les aires touchées par une éclosion.

Par conséquent, les personnes résidentes étaient susceptibles d'être victimes d'une contamination croisée lorsque le foyer n'avait pas nettoyé et désinfecté plus d'une fois par jour les surfaces à contacts fréquents des aires touchées par une éclosion.

**Sources :** Directive du ministre : mesures d'intervention pour la COVID-19 destinées aux foyers de soins de longue durée, en vigueur le 30 août 2022, document de Santé publique Ontario du 16 juillet 2021, intitulé *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) Éléments clés du nettoyage de l'environnement dans les milieux de soins de santé*, et entretiens avec des membres du personnel.

[211]

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

### **Avis écrit de non-conformité n° 013 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du sous-alinéa 55 (2) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller, lorsqu'une personne résidente présente des signes d'altération

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

de l'intégrité épidermique, à ce qu'elle se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital.

**Justification et résumé :**

Un jour de septembre 2022, les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient que celle-ci avait une altération de l'intégrité épidermique, qu'elle avait été transférée à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie et en était revenue le même jour. À cette date, un membre du personnel n'avait pas rempli le formulaire électronique intitulé *Head to Toe Skin Assessment* (évaluation de la peau de la tête aux pieds) lorsque la personne résidente était revenue de l'hôpital.

La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS a confirmé que l'évaluation de la peau de la tête aux pieds n'avait pas été effectuée par un membre du personnel quand la personne résidente était revenue de l'hôpital.

Par conséquent, la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une évaluation de la peau de la tête aux pieds lors de son retour de l'hôpital.

**Sources :** Dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI-MDS. [211]

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies****Avis écrit de non-conformité n° 014 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du sous-alinéa 55 (2) b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller, lorsqu'une personne résidente présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à ce que cette personne soit évaluée par une diététiste agréée ou un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer, et à ce que toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation soit mise en œuvre.

**Justification et résumé :**

Un jour de septembre 2022, les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient qu'elle avait une altération de l'intégrité épidermique. Dix (10) jours plus tard, la personne résidente a eu une nouvelle altération de l'intégrité épidermique ou une aggravation.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

La ou le DA a déclaré ne pas avoir reçu d'aiguillage quand la personne résidente avait présenté une altération de l'intégrité épidermique pour la première fois.

Par conséquent, en n'adressant pas la personne résidente à la DA ou au DA lorsqu'elle présentait une altération de l'intégrité épidermique, la ou le DA risquait de ne pas être en mesure d'évaluer les besoins nutritionnels de la personne résidente en lien avec l'altération de son intégrité épidermique.

**Sources :** Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretien avec la diététiste agréée ou le diététiste agréé.

[211]

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

### **Avis écrit de non-conformité n° 015 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fit réévaluer au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

#### **Justification et résumé :**

En septembre 2022, les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient qu'elle avait deux zones d'altération de l'intégrité épidermique.

Les outils électroniques du titulaire de permis pour l'évaluation de la peau et des plaies, outils appropriés sur le plan clinique, n'ont pas été utilisés chaque semaine pendant trois semaines pour réévaluer l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente jusqu'à ce que les plaies fussent guéries.

Par conséquent, la personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique n'a pas été réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**Sources** : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du recueil de données de la méthode d'évaluation RAI/minimum de données standardisées (RAI/MDS).

[211]

## **AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions**

### **Avis écrit de non-conformité n° 016 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'article 59 du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des mesures fussent prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes, notamment, a) en identifiant les facteurs, fondés sur une évaluation interdisciplinaire et sur les renseignements fournis au titulaire de permis ou au personnel ou fondés sur l'observation, susceptibles de déclencher de telles altercations; b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

#### **Justification et résumé**

L'examen des notes d'évolution d'une personne résidente indiquait que pendant trois mois en 2023, elle avait manifesté des comportements verbaux et physiques envers des personnes résidentes ayant une déficience cognitive, y compris envers une personne qui partageait sa chambre. La personne résidente utilisait son aide à la mobilité pour intimider les personnes résidentes ayant une déficience cognitive. Un jour d'octobre 2022, le médecin traitant a suggéré certaines interventions concernant la communication verbale de la personne résidente avec les autres personnes.

En octobre 2022, la personne qui partageait la chambre a affiché des comportements physiques envers la personne résidente, ce qui a occasionné une blessure.

La personne résidente se déplaçait de façon autonome et affichait des comportements verbaux et physiques. Différentes interventions figuraient dans le programme de soins pour traiter les comportements de la personne résidente. Les notes d'évolution et un entretien avec un membre du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) indiquaient que les interventions n'avaient pas été couronnées de succès.

La personne qui partageait la chambre avait une déficience cognitive. Les interventions pour remédier à ses comportements se faisaient par interventions verbales et par contrôle de sécurité toutes les heures, et au besoin (p.r.n.).

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Un membre du personnel a indiqué que les comportements de la personne résidente avaient commencé en juin 2022, lorsque la personne qui partageait sa chambre avait emménagé. La personne résidente faisait preuve de violence verbale envers la personne qui partageait sa chambre, ce qui déclenchait les comportements de cette dernière. On avait déménagé la personne qui partageait la chambre dans une autre chambre, mais les deux personnes résidentes continuaient de partager la même salle de bains. Elles continuaient de manifester des comportements verbaux chaque fois qu'elles se voyaient.

Un jour d'octobre 2022, les comportements de la personne qui partageait la chambre ont dégénéré en altercation physique avec la personne résidente, ce qui a occasionné une blessure. Un membre du personnel a indiqué que les interventions n'étaient pas efficaces et le service de psychogériatrie est intervenu dans les soins de la personne résidente en raison de préoccupations en matière de sécurité.

La ou le DSI a indiqué que la personne résidente ne se conformait pas aux interventions en place. On attendait qu'une chambre se libère pour éloigner la personne qui partageait la chambre de la personne résidente, ce qui a pris beaucoup de temps.

En laissant les deux personnes résidentes à proximité l'une de l'autre, et en ne prenant pas de mesures pour minimiser le risque d'altercations et d'interactions potentiellement dangereuses entre les deux personnes résidentes, la personne résidente a subi une blessure.

**Sources :** Dossiers médicaux des personnes résidentes. Entretiens avec un membre du Projet OSTC et avec d'autres membres du personnel pertinents.

[502]

**AVIS ÉCRIT : Intégration des soins de rétablissement dans les programmes****Avis écrit de non-conformité n° 017 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 63 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que, pour quatre personnes résidentes, les méthodes axées sur les soins de rétablissement en matière de physiothérapie fussent coordonnées de sorte que chaque personne résidente puisse maintenir ou améliorer ses capacités fonctionnelles et cognitives dans tous les aspects de la vie quotidienne, dans la mesure de ses capacités.

**Justification et résumé :**

Une éclosion déterminée s'était déclarée dans le foyer pendant trois semaines environ.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Les notes d'évolution de la première personne résidente indiquaient qu'elle faisait l'objet de précautions d'isolement un jour d'avril 2023, eu égard à une infection déterminée. Le programme de soins de la personne résidente au moment considéré indiquait qu'elle nécessitait deux différents types d'intervention en physiothérapie, deux à trois fois par semaine.

Les notes d'évolution de la deuxième personne résidente indiquaient qu'elle avait un résultat négatif à un test pour l'infection déterminée en avril 2023. Toutefois, elle avait fait l'objet de précautions d'isolement deux jours plus tard, car la personne qui partageait sa chambre avait un résultat positif à un test pour l'infection déterminée. Le programme de soins de la personne résidente au moment considéré indiquait qu'elle nécessitait des services de physiothérapie, trois fois par semaine.

Les notes d'évolution de la troisième personne résidente indiquaient qu'elle avait fait l'objet de précautions d'isolement en avril 2023, car elle avait un résultat positif à un test de dépistage de l'infection déterminée. Le programme de soins de la personne résidente au moment considéré indiquait qu'elle nécessitait des services de physiothérapie, deux à trois fois par semaine.

Les notes d'évolution de la quatrième personne résidente indiquaient qu'elle avait fait l'objet de précautions d'isolement en avril 2023, car elle était en contact étroit avec une personne dont le résultat était positif. Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'elle nécessitait des services de physiothérapie deux à trois fois par semaine.

L'aide-physiothérapeute a déclaré que les personnes résidentes dont le test de dépistage à la COVID-19 était positif et celles qui partageaient la même chambre sans égard au fait que leur résultat était négatif ne devaient pas recevoir de services de physiothérapie. Les quatre personnes résidentes n'ont pas reçu de services de physiothérapie puisqu'elles faisaient l'objet de précautions d'isolement. La ou le physiothérapeute a confirmé que l'aide-physiothérapeute n'avait pas l'autorisation de fournir des services de physiothérapie aux personnes résidentes touchées par l'infection déterminée.

La directrice générale ou le directeur général a reconnu que l'on aurait dû fournir des soins de physiothérapie à toutes les personnes résidentes en portant l'EPI adéquat, comme l'indiquait le courriel de la ou du physiothérapeute et directrice générale ou directeur général (DG) d'Achieva Health.

Étant donné que les quatre personnes résidentes n'ont pas bénéficié des méthodes axées sur les soins de rétablissement en matière de physiothérapie tel que le précisait leur programme, elles étaient exposées à un risque de déconditionnement physique, car elles n'avaient pas reçu de services de physiothérapie depuis que l'on avait déclaré que le foyer était touché par une éclosion déterminée.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**Sources :** Dossiers médicaux des personnes résidentes, courriel d'Achieva Health et entretiens avec la ou le physiothérapeute, l'aide-physiothérapeute et directrice générale ou directeur général. [211]

**AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation****Avis écrit de non-conformité n° 018 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect de l'alinéa 74 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de respecter sa politique et marche à suivre intitulée *Food and Fluid Intake Monitoring* (surveillance de l'ingestion des aliments et des liquides) dans la mise en œuvre des interventions visant à répondre aux besoins quotidiens d'une personne résidente en aliments et en liquides, en consultation avec la diététiste agréée ou le diététiste agréé pour atténuer et gérer les risques en matière de soins nutritionnels et d'hydratation.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en œuvre des mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques.

**A) Justification et résumé :**

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique RC-18-01-01 intitulée *Food and Fluid Intake Monitoring* (surveillance de l'ingestion des aliments et des liquides), datée de janvier 2022 et qui indiquait ce qui suit :

Surveillance de l'ingestion des liquides :

1. Examiner quotidiennement les fiches d'ingestion des liquides et les comparer avec l'objectif individualisé d'ingestion des liquides, selon l'évaluation effectuée par la diététiste agréée ou le diététiste agréé ou bien par sa remplaçante désignée ou son remplaçant désigné.
2. Si la personne résidente a une consommation inférieure au niveau de son objectif individualisé d'ingestion des liquides pendant trois (3) jours consécutifs, l'infirmière ou l'infirmier doit tenir compte des liquides supplémentaires pris avec les médicaments et les suppléments, et d'autres liquides qui ne sont pas fournis lors des repas ou des collations.
3. Si, après avoir tenu compte de l'ingestion supplémentaire de liquides, la personne résidente n'atteint toujours pas son objectif individualisé de consommation des liquides pendant trois (3) jours consécutifs, l'infirmière ou l'infirmier doit remplir une *Nursing Hydration Assessment* (évaluation de l'hydratation en contexte de soins infirmiers).
4. Si l'évaluation de l'hydratation révèle des signes et des symptômes de déshydratation, mettre

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

immédiatement en œuvre des interventions pour accroître l'ingestion de liquides en fonction des besoins et préférences de la personne résidente, en collaboration avec la ou le responsable du service de diététique.

5. Consulter la diététiste agréée ou le diététiste agréé ou bien sa remplaçante désignée ou son remplaçant désigné en présence de signes ou de symptômes de déshydratation.

La *Nutrition-Registered Dietitian Assessment* (évaluation de l'état nutritionnel par une diététiste agréée ou un diététiste agréé) d'une personne résidente pour le mois de septembre 2022 indiquait que son besoin en liquides était estimé à 1 500 ml par jour.

Les dossiers médicaux de la personne résidente intitulés *Total Fluid and Food* (ingestion totale des aliments et des liquides) indiquaient pendant 10 jours en septembre 2022 que l'ingestion totale de liquides de la personne résidente était inférieure à 1 000 ml par jour. L'ingestion totale de liquides de la personne résidente au cours d'une semaine d'octobre 2022 oscillait entre 180 et 720 ml par jour.

La ou le DSI a déclaré qu'un membre du personnel infirmier autorisé évaluait l'ingestion de liquides de chaque personne résidente pendant le poste de travail de nuit du vendredi. La ou le DSI a déclaré que la personne résidente avait un pichet d'eau à son chevet et qu'elle buvait beaucoup d'eau dans la journée. Toutefois, les membres du personnel ne documentaient pas la quantité d'eau consommée par la personne résidente et il fallait le leur rappeler fréquemment.

La ou le DA a déclaré que les membres du personnel devaient documenter non seulement l'ingestion des liquides consommés pendant les repas et les collations, mais aussi tous les autres liquides consommés pendant la journée. Un membre du personnel devait examiner quotidiennement les fiches d'ingestion des liquides et les comparer avec l'objectif individualisé d'ingestion des liquides. Si une personne résidente n'atteignait pas son objectif individualisé d'ingestion des liquides pendant trois (3) jours consécutifs, le membre du personnel infirmier autorisé devait suivre la politique du foyer relative à la surveillance de l'ingestion des aliments et des liquides. La ou le DA a déclaré qu'on ne lui avait pas envoyé de *Nursing Hydration Assessment* (évaluation de l'hydratation en contexte de soins infirmiers) ni d'aiguillage pendant la période susmentionnée, lorsque l'ingestion de liquides de la personne résidente était au-dessous du niveau exigé pendant trois jours consécutifs.

**Sources :** Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec la diététiste agréée ou le diététiste agréé.

[211]

**B) Justification et résumé :**

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique RC-18-01-01 intitulée *Food and Fluid Intake Monitoring* (surveillance de l'ingestion des aliments et des liquides), datée de janvier 2022, qui indiquait

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

d'effectuer un aiguillage à l'intention de la diététiste agréée ou du diététiste agréé ou bien de la remplaçante désignée ou du remplaçant désigné, si la personne résidente consommait 50 % ou moins de tous les repas pendant trois (3) jours consécutifs ou plus.

Les notes d'évolution d'une personne résidente pendant une semaine de 2022 indiquaient dans une note d'alerte que « l'on avait consigné que la personne résidente avait pris moins de 50 pour cent (%) des repas pendant trois (3) jours et que la politique exigeait de faire un aiguillage à l'intention de la diététiste agréée ou du diététiste agréé (DA) ».

La ou le DA a déclaré que le personnel infirmier autorisé aurait dû lui envoyer un aiguillage pour évaluer l'ingestion des aliments de la personne résidente lorsque la « fenêtre contextuelle » des notes d'évolution de la personne résidente indiquait qu'elle avait mangé moins de 50 % de ses repas au cours des trois (3) derniers jours.

Par conséquent, les besoins de la personne résidente en matière d'ingestion des aliments et des liquides étaient mis en péril lorsque le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique intitulée *Food and Fluid Intake Monitoring* (surveillance de l'ingestion des aliments et des liquides) qui indiquait ce qui suit :

- examiner quotidiennement les fiches d'ingestion des liquides et les comparer avec l'objectif individualisé d'ingestion des liquides, selon l'évaluation effectuée par la diététiste agréée ou le diététiste agréé ou bien par sa remplaçante désignée ou son remplaçant désigné.
- faire un aiguillage à l'intention de la ou du DA si une personne résidente consommait 50 % de tous ses repas ou moins pendant trois (3) jours ou plus.

**Sources :** Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec la diététiste agréée ou le diététiste agréé, et la ou le DSI.

[211]

## **AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

**Avis écrit de non-conformité n° 019 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du sous-alinéa 74 (2) e) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de respecter la politique et marche à suivre relative au système de surveillance du poids d'une personne résidente pour mesurer son poids tous les mois.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en œuvre un système de surveillance du poids.

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis intitulée *Height and Weight Monitoring* (surveillance de la taille et du poids), datée de janvier 2022, qui indiquait que toutes les personnes résidentes devaient être pesées, et que leur poids devait être surveillé au moins une fois par mois et chaque fois qu'il se produisait un changement important pouvant avoir une incidence sur le poids de la personne résidente. La marche à suivre indiquait de faire une comparaison avec le poids du mois précédent, et que tout poids présentant 2,5 kilogrammes (kg) de différence avec le mois précédent nécessitait, pour garantir son exactitude, que l'on pèse de nouveau la personne résidente. C'est l'infirmière ou l'infirmier qui ordonne au personnel chargé des soins de peser de nouveau la personne résidente.

**Justification et résumé :**

Le poids consigné d'une personne résidente indiquait qu'il avait été pris en juillet 2022, et il n'y avait aucune documentation concernant le poids de la personne résidente en août 2022. La ou le DA a indiqué que la documentation concernant le poids de la personne résidente était erronée pour les mois de septembre et d'octobre 2022.

La documentation figurant dans les notes d'évolution de la personne résidente en août 2022 indiquait que l'on avait été incapables de prendre le poids de la personne résidente. En septembre 2022, on avait fait deux demandes pour peser de nouveau la personne résidente afin de confirmer l'exactitude du poids du mois de septembre.

La ou le DSI a déclaré que la personne résidente refusait fréquemment les soins. Toutefois, s'ils étaient incapables de prendre le poids de la personne résidente, ils auraient dû essayer plus tard ou informer un membre du personnel du poste de travail suivant. La ou le DA a déclaré que puisque l'on n'avait pas pris le poids de la personne résidente en août 2022, et que le poids de septembre et d'octobre 2022 n'était pas exact, il était difficile d'évaluer si la personne résidente avait perdu du poids en raison d'une déshydratation ou si elle mangeait bien.

Par conséquent, la ou le DA a été incapable d'évaluer avec exactitude l'état de santé de la personne résidente en matière d'alimentation, car l'on n'avait pas pris son poids en août 2022 et que l'on avait repris son poids en septembre et octobre 2022 à la demande de la ou du DA.

**Sources :** Dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec la ou le DSI et la ou le DA.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

[211]

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 — prévention des mauvais traitements et de la négligence

**Non-conformité n° 020 — ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD 2021**

Non-respect du paragraphe 24 (1) de la LRSLD 2021

**L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :**

Le titulaire de permis doit veiller à ce que les personnes résidentes soient protégées contre la négligence.

En particulier, le titulaire de permis doit :

A — fournir de la formation à toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel concernant la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de négligence envers les personnes résidentes. Dans le cadre de cette formation, d'une part donner des exemples de la façon de ne pas fournir des soins conformes au programme de soins d'une personne résidente, et d'autre part discuter de ces exemples qui pourraient être considérés comme une négligence, et de la façon de pouvoir prévenir de tels cas;

B — consigner au dossier la formation, en indiquant notamment la date à laquelle elle a été terminée, qui l'a fournie, et le nom de toutes les PSSP qui y ont assisté.

**Motifs :**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de la part du personnel.

Selon l'article 7 du Règl. de l'Ont. Règl. de l'Ont. 246/22 « 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.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**A) Justification et résumé**

Le programme de soins de la première personne résidente indiquait ses préférences en matière de soins.

Un jour de janvier 2022, la personne résidente a été plusieurs fois incontinente et le personnel lui a fourni des soins. La personne résidente a signalé à la ou au DSI que le membre du personnel ne s'était pas convenablement occupé d'elle; ce point a été confirmé par la ou le DSI lors de son enquête.

Un jour de mars 2023, des membres du personnel d'une unité ont remarqué que le membre du personnel était distrait et désorganisé. Inquiets pour la sécurité des personnes résidentes à qui le membre du personnel fournissait des soins, les membres du personnel de l'unité ont attiré l'attention de la ou du DSI sur leurs inquiétudes. La ou le DSI a indiqué avoir rencontré le membre du personnel.

Après la réunion avec la ou le DSI, un deuxième membre du personnel a rappelé au membre du personnel que la personne résidente n'avait pas reçu de soins et qu'elle nécessitait un soin déterminé. Le membre du personnel est allé dans la chambre de la personne résidente, et a commencé la préparation pour les soins de la personne résidente. Tout à coup, le deuxième membre du personnel a remarqué le membre du personnel qui était bouleversé et sortait de la chambre de la personne résidente, s'en allait, et fermait la porte de la chambre à coucher de la personne résidente.

Un deuxième membre du personnel était immédiatement allé dans la chambre de la personne résidente, et l'avait trouvée seule, ne portant que son produit pour incontinence, sans couverture, avec le lit dans sa position la plus élevée. La personne résidente n'était pas blessée, mais elle était bouleversée par la situation, et on lui avait prodigué du soutien émotionnel.

Par conséquent, la personne résidente a été négligée par le membre du personnel.

**Sources** : Programme de soins, enquête du foyer, entretiens avec des membres du personnel.

[502]

**B) Justification et résumé**

Un jour de décembre 2022, on avait trouvé une personne résidente au lit avec un produit pour incontinence souillé. La personne résidente n'avait pas reçu de soins déterminés ni de repas. La dernière fourniture documentée de soins liés à l'incontinence datait de la veille.

Le membre du personnel était censé rencontrer la ou le DSI avant la fin du poste de travail pour veiller à ce que toutes les tâches aient été effectuées comme on les avait attribuées. Le jour de l'incident, le membre du personnel a oublié de fournir à la personne résidente des soins liés à l'incontinence. Un autre membre du personnel qui travaillait dans l'unité n'avait pas remarqué que la personne résidente était au

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

lit avec un produit pour incontinence souillé jusqu'à ce que la ou le DSI fasse une vérification à la fin du poste de travail du membre du personnel.

La ou le DSI a déclaré effectuer des vérifications ponctuelles aléatoires pour veiller à ce que les soins soient fournis aux personnes résidentes. La ou le DSI a reconnu que laisser la personne résidente souillée sans lui fournir des soins liés à l'incontinence constituait un cas de négligence.

Par conséquent, la personne résidente a été négligée par le membre du personnel.

**Sources :** Enquête du foyer, dossier personnel du membre du personnel, entretiens avec des membres du personnel.

[502]

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 30 juillet 2023.**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**INFORMATION SUR LES RÉEXAMENS ET LES APPELS****PRENEZ AVIS**

Le titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres ou de cet avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre cet ordre ou ces ordres en attendant le réexamen. Si le titulaire de permis demande le réexamen d'un avis de pénalité administrative, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à ce qu'il soit statué sur le réexamen.

Nota : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'un réexamen par le directeur ou d'un appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de réexamen par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative au titulaire de permis.

La demande de réexamen présentée par écrit doit inclure :

- a) les parties de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

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

**Directeur**

a/s du coordonnateur ou de la coordonnatrice des appels

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

438, avenue University,  
8<sup>e</sup> étage Toronto, ON M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Si la signification est faite :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres ou le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

Aux termes de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de ce qui suit devant la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un avis de pénalité administrative délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) La décision du réexamen du directeur, délivrée en application de l'article 169 de la Loi, à l'égard de l'ordre de conformité d'un inspecteur ou d'une inspectrice (art. 155) ou d'un avis de pénalité administrative (art. 158).

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est établie par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le titulaire de permis décide de faire une demande d'appel, il doit présenter par écrit un avis d'appel dans les 28 jours suivant la date à laquelle on lui a signifié une copie de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur faisant l'objet de son appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur :

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registrateur ou de la registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur ou de la coordonnatrice des appels  
Direction de l'inspection des foyers  
de soins de longue durée Ministère  
des Soins de longue durée  
438, avenue University,  
8<sup>e</sup> étage Toronto, ON M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et fournira des instructions relatives au processus d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS en visitant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).