

Ministry of Health and Long-Term Care
Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4

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

Division de la responsabilisation et de la performance du
système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la
conformité

Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

☐ Copie du titulaire de permis ☒ Copie destinée au public

Date du rapport 1 ^{er} octobre 2013	N° d'inspection 2013_225126_0022	N° de registre : O-000587, 000643, 000718-13	Type d'inspection Système de rapport d'incidents critiques
Titulaire de permis REVERA LONG TERM CARE INC. 55 STANDISH COURT, 8 ^e ÉTAGE, MISSISSAUGA (ONTARIO), L5R 4B2			
Foyer de soins de longue durée MONTFORT 705, chemin Montreal, OTTAWA (Ontario), K1K 0M9			
Inspecteur(s) LINDA HARKINS (126)			

Résumé de l'inspection

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

L'inspection s'est tenue les 18, 19, 20 et 25 septembre 2013.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, le directeur des soins, le directeur adjoint des soins, plusieurs infirmières autorisées, plusieurs infirmières auxiliaires autorisées et plusieurs préposés aux services de soutien à la personne.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné le dossier de santé de plusieurs résidents, visionné la vidéo de surveillance du foyer concernant un incident et passé en revue la politique LTC-F-20 du foyer relative à l'administration des médicaments.

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

- prévention des chutes;
- médicaments;
- prévention des mauvais traitements, des actes de négligence et des représailles;
- comportements réactifs.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

NON-RESPECTS

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

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, article 19 (Obligation de protéger).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 19 (1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, dans la mesure où il n'a pas protégé le résident n° 3 et le résident n° 7 contre des mauvais traitements d'ordre physique de la part du résident n° 2. Aux termes de l'alinéa 2 (2) c) du Règl. de l'Ont. 79/10, un mauvais traitement d'ordre physique est l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

1) Le résident n° 2 a affiché des comportements agressifs à plusieurs occasions pendant une période de six jours avant l'incident de mauvais traitement d'ordre physique envers le résident n° 3 :

Un jour particulier de l'année 2013, le résident n° 2 a essayé de casser la porte pour quitter le service. Il a été documenté dans les notes d'évolution que le comportement du résident n° 2 était difficile à gérer. Le résident hurlait et voulait frapper le personnel. Le médecin, la police et la famille ont été informés du comportement du résident.

Le jour suivant, le résident n° 2 s'est assis à une table qui ne lui avait pas été assignée. Le personnel a demandé que le résident s'assoie à la table qui lui avait été assignée, mais le résident n° 2 a refusé catégoriquement et s'est mis en colère. Le personnel a laissé le résident s'asseoir à la table qu'il voulait.

Quatre jours après cet incident, comme l'indiquent les notes d'évolution, le résident n° 2 s'est fâché avec l'assistant(e) du service de diététique au petit déjeuner à cause d'une banane qu'il ou elle voulait avoir immédiatement. Quand l'assistant(e) du service de diététique s'est retourné(e) pour lui donner la banane, le résident n° 2 l'a attrapé(e) par la nuque pour le (la) frapper. L'infirmière ou infirmier autorisé (IA) a tenté d'intervenir, le résident n° 2 a essayé de donner un coup de pied à l'IA et l'a suivi(e) pour le (la) frapper avec les poings. L'IA a couru à la salle d'informatique et attendu quelques minutes que le résident n° 2 s'éloigne de la porte. Au déjeuner, le résident n° 2 ne se souvenait plus de l'incident.

Le lendemain de cet incident, un jour particulier de juillet 2013, le résident n° 2 était dans le couloir et a frappé le résident n° 3 jusqu'à ce que le personnel vienne les séparer. Le résident n° 3 a subi une blessure. Avant de frapper le résident n° 3, le résident n° 2 avait affiché un comportement agressif à plusieurs reprises. Les interventions utiles n'ont pas été mises en place pour assurer la protection des résidents.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux résidents présentant un comportement réactif soient surveillés de près. Un jour particulier d'août 2013, le résident n° 2 a poussé le résident n° 7 par terre et ce dernier a subi une lacération à l'arrière de la tête.

Le résident n° 2 s'était montré agressif dans le passé et il a récemment reçu son congé de l'hôpital. Depuis sa mise en congé, le résident n° 2 n'avait pas affiché de comportement agressif avant ce jour.

Avant l'incident de ce jour d'août 2013, le résident n° 7 s'était plus agité et agressif pendant plusieurs jours.

La vidéo de surveillance du foyer pour ce jour particulier d'août 2013 montre les résidents dans la salle à manger et a été visionnée par l'inspectrice n° 126. Il a été constaté que le résident n° 2 était assis, tranquille, dans la salle à manger. Le résident n° 7 s'est approché de la table où le résident n° 2 était assis. Le résident n° 2 a été vu montrant du doigt le résident n° 7. Le résident n° 7 a été vu prenant sa pantoufle et la frappant sur la table. Le résident n° 2 s'est levé et a poussé le résident n° 7 par terre. Après qu'il est tombé, deux préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) ont été informés de sa chute par un visiteur. Sur la vidéo, les deux PSSP sont venus sur les lieux, l'un d'eux essayant d'approcher le résident n° 7 et le résident n° 7 agitant les mains pour faire signe au PSSP de s'en aller. Les deux PSSP sont ensuite retournés à leur point de départ sans informer l'infirmière. Le visiteur a continué à chercher de l'aide pendant plusieurs minutes. Le PSSP est allé prévenir l'infirmière environ 10 minutes après avoir été informée de l'incident. Le personnel infirmier autorisé est arrivé et a évalué le résident n° 7.

Le foyer a omis d'assurer l'étroite surveillance de deux résidents présentant un comportement à risque potentiel et réel afin de veiller à ce que les résidents soient en sécurité et protégés contre des mauvais traitements potentiels. Les deux PSSP qui ont été informés de l'incident n'ont pas pris de mesures immédiates pour prévenir l'infirmière et n'ont pas surveillé les allées et venues du résident n° 2 [par. 19 (1)].

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, article 8 (Politiques et dossiers).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis a enfreint le paragraphe 8 (1) du Règlement de l'Ontario 79/10, dans la mesure où il n'a pas respecté la politique LTC-F-20 du foyer concernant l'administration des médicaments en ce sens qu'il n'a pas été en mesure d'administrer le médicament ordonné par le médecin et la pharmacie et de transcrire une prescription selon l'ordonnance du médecin.

Selon la politique LTC-F-20 sur l'administration des médicaments :

10. le personnel administre les médicaments conformément aux « droits » concernant l'administration des médicaments;

14. le fournisseur de produits pharmaceutiques est avisé immédiatement si un médicament prescrit n'est pas disponible et ne peut pas être administré. Le médecin ou l'infirmière praticienne sont avisés si le médicament n'est pas disponible.

Un jour particulier de juillet 2013 où le résident n° 2 avait un comportement agressif, le médecin a été alerté et il a prescrit l'administration immédiate d'un sédatif par voie intramusculaire (IM). Le membre n° 100 du personnel autorisé a documenté dans les notes d'évolution de ce jour particulier que le médicament injectable n'était pas disponible et que le médicament avait donc été donné par la bouche. Le résident n° 2 était devenu calme après 30 minutes.

Le 19 septembre 2013, l'inspectrice n° 126 a examiné le dossier de santé du résident n° 2. Il était documenté dans l'ordonnance du médecin, un jour particulier d'août 2013, qu'un sédatif particulier devait être donné par la bouche ou par voie IM, au besoin. Le dossier d'administration des médicaments a été examiné et on a constaté que la transcription de l'ordonnance de sédatif n'incluait pas la voie IM indiquée dans l'ordonnance du médecin.

Le 19 septembre 2013, l'inspectrice n° 126 a inspecté la boîte de médicaments d'urgence et le sédatif injectable ne s'y trouvait pas. Le membre n° 101 du personnel infirmier auxiliaire autorisé a indiqué que si le médicament ne figurait pas sur la liste de la « Trousse des médicaments d'urgence 2013 », il n'était pas disponible.

Date de délivrance : 4 octobre 2013

Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Original signé par Linda Harkins

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

		☐ Copie du titulaire de permis	☐ Copie destinée au public
Nom de l'inspecteur :	Linda Harkins	N° d'identification :	126
N° de registre :	O-00058, 000643, 000718-13		
N° du rapport d'inspection :	2013_225126_0022		
Type d'inspection :	Système de rapport d'incidents critiques		
Date du rapport :	1 ^{er} octobre 2013		
Titulaire de permis :	REVERA LONG TERM CARE INC. 55 STANDISH COURT, 8 ^e ÉTAGE, MISSISSAUGA (ONTARIO), L5R 4B2		
Foyer de soins de longue durée :	MONTFORT 705, chemin Montreal, OTTAWA (Ontario), K1K 0M9		
Nom de l'administrateur :	GAÉTAN GRONDIN		

Aux termes du présent document, REVERA LONG TERM CARE INC. est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre :	001	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)
Aux termes de : la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 19 (1)</i> : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).			
Ordre : Le titulaire de permis est tenu de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan de conformité visant à assurer que des mesures sont prises pour protéger tous les résidents contre le comportement agressif du résident n° 1, notamment : - surveiller les allées et venues du résident n° 2 à tout moment pour protéger les autres résidents; - identifier les résidents potentiellement susceptibles de subir des mauvais traitements de la part du résident n° 1 et réaliser une analyse des risques afin de prendre les mesures nécessaires pour protéger ces résidents à tout moment; - intervenir immédiatement si le résident n° 1 inflige des mauvais traitements d'ordre verbal et			

physique;

- appliquer des recommandations et en discuter avec l'équipe psychogériatrique;
- éduquer le préposé aux services de soutien à la personne sur la gestion des comportements agressifs;
- élaborer un plan d'intervention efficace pour protéger l'autre résident et, si le plan de soins n'est pas adéquat, prendre les mesures de protection appropriées;
- examiner et modifier le plan de soins du résident n° 1 pour faire en sorte qu'une orientation claire soit fournie au personnel et aux autres en matière de gestion des comportements agressifs;
- veiller à ce que les incidents allégués, soupçonnés ou observés de mauvais traitement fassent l'objet d'enquêtes approfondies et à ce que les mesures appropriées soient prises en réponse à de tels incidents.

Ce plan doit être présenté par écrit à l'inspectrice Linda Harkins, au 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario), K1S 3J4, ou par télécopieur au 613 569-9670 au plus tard le 7 octobre 2013.

Motifs :

1.1 Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 19 (1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, dans la mesure où il n'a pas protégé le résident n° 3 et le résident n° 7 contre des mauvais traitements d'ordre physique de la part du résident n° 2. Aux termes de l'alinéa 2 (2) c) du Règl. de l'Ont. 79/10, un mauvais traitement d'ordre physique est l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

1) Le résident n° 2 a affiché des comportements agressifs à plusieurs occasions pendant une période de six jours avant l'incident de mauvais traitement d'ordre physique envers le résident n° 3 :

Un jour particulier de l'année 2013, le résident n° 2 a essayé de casser la porte pour quitter le service. Il a été documenté dans les notes d'évolution que le comportement du résident n° 2 était difficile à gérer. Le résident hurlait et voulait frapper le personnel. Le médecin, la police et la famille ont été informés du comportement du résident.

Le jour suivant, le résident n° 2 s'est assis à une table qui ne lui avait pas été assignée. Le personnel a demandé que le résident s'assoie à la table qui lui avait été assignée, mais le résident n° 2 a refusé catégoriquement et s'est mis en colère. Le personnel a laissé le résident s'asseoir à la table qu'il voulait.

Quatre jours après cet incident, comme l'indiquent les notes d'évolution, le résident n° 2 s'est fâché avec l'assistant(e) du service de diététique au petit déjeuner à cause d'une banane qu'il ou elle voulait avoir immédiatement. Quand l'assistant(e) du service de diététique s'est retourné(e) pour lui donner la banane, le résident n° 2 l'a attrapé(e) par la nuque pour le (la) frapper. L'infirmière ou infirmier autorisé (IA) a tenté d'intervenir, le résident n° 2 a essayé de donner un coup de pied à l'IA et l'a suivi(e) pour le (la) frapper avec les poings. L'IA a couru à la salle d'informatique et attendu quelques minutes que le résident n° 2 s'éloigne de la porte. Au déjeuner, le résident n° 2 ne se souvenait plus de l'incident.

Le lendemain de cet incident, un jour particulier de juillet 2013, le résident n° 2 était dans le couloir et a frappé le résident n° 3 jusqu'à ce que le personnel vienne les séparer. Le résident n° 3 a subi une

blesseure. Avant de frapper le résident n° 3, le résident n° 2 avait affiché un comportement agressif à plusieurs reprises. Les interventions utiles n'ont pas été mises en place pour assurer la protection des résidents.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux résidents présentant un comportement réactif soient surveillés de près. Un jour particulier d'août 2013, le résident n° 2 a poussé le résident n° 7 par terre et ce dernier a subi une laceration à l'arrière de la tête.

Le résident n° 2 s'était montré agressif dans le passé et il a récemment reçu son congé de l'hôpital. Depuis sa mise en congé, le résident n° 2 n'avait pas affiché de comportement agressif avant ce jour.

Avant l'incident de ce jour d'août 2013, le résident n° 7 s'était plus agité et agressif pendant plusieurs jours.

La vidéo de surveillance du foyer pour ce jour particulier d'août 2013 montre les résidents dans la salle à manger et a été visionnée par l'inspectrice n° 126. Il a été constaté que le résident n° 2 était assis, tranquille, dans la salle à manger. Le résident n° 7 s'est approché de la table où le résident n° 2 était assis. Le résident n° 2 a été vu montrant du doigt le résident n° 7. Le résident n° 7 a été vu prenant sa pantoufle et la frappant sur la table. Le résident n° 2 s'est levé et a poussé le résident n° 7 par terre. Après qu'il est tombé, deux préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) ont été informés de sa chute par un visiteur. Sur la vidéo, les deux PSSP sont venus sur les lieux, l'un d'eux essayant d'approcher le résident n° 7 et le résident n° 7 agitant les mains pour faire signe au PSSP de s'en aller. Les deux PSSP sont ensuite retournés à leur point de départ sans informer l'infirmière. Le visiteur a continué à chercher de l'aide pendant plusieurs minutes. Le PSSP est allé prévenir l'infirmière environ 10 minutes après avoir été informée de l'incident. Le personnel infirmier autorisé est arrivé et a évalué le résident n° 7.

Le foyer a omis d'assurer l'étroite surveillance de deux résidents présentant un comportement à risque potentiel et réel afin de veiller à ce que les résidents soient en sécurité et protégés contre des mauvais traitements potentiels. Les deux PSSP qui ont été informés de l'incident n'ont pas pris de mesures immédiates pour prévenir l'infirmière et n'ont pas surveillé les allées et venues du résident n° 2 [par. 19 (1)].

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :

31 octobre 2013



RÉEXAMEN ET APPELS

AVIS IMPORTANT :

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur
a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2B1

Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

Commission d'appel et de révision des services de santé
À l'attention du greffier
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

et **Directeur**
a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 1^{er} octobre 2013	
Signature de l'inspecteur :	Copie originale signée par
Nom de l'inspecteur :	Linda Harkins
Bureau régional de services :	Ottawa