



**Bureau du vérificateur général – Rapports sur  
les enquêtes menées dans les foyers de soins de  
longue durée, déposés au Comité de la  
vérification – le 30 avril 2018**



Bureau du vérificateur général

Le 30 avril 2018

Au maire, aux membres du Comité de la vérification et aux membres du Conseil,

C'est avec plaisir que je vous présente nos rapports concernant les enquêtes menées par le Bureau du vérificateur général de la Ville d'Ottawa au sujet des centres de soins de longue durée.

Le présent rapport renferme un résumé pour chacune des enquêtes qui ont été menées.

Le tout respectueusement soumis,

A handwritten signature in black ink that reads 'Ken Hughes'.

Ken Hughes

Vérificateur général



**Personnel du Bureau du vérificateur général**

Suzanne Bertrand

Sonia Brennan

Ken Hughes

Paul Karam

Ed Miner

Louise Proulx

Ines Santoro

Nathan Sassi

Margaret Sue

## Table des matières

Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée ...	1
Résumé .....	1
Objectif .....	1
Contexte et justification .....	1
Objectifs et critères .....	2
Constatations .....	2
Conclusion .....	8
Recommandations et réponses.....	9
Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa .....	19
Résumé .....	19
Objectif .....	19
Contexte et justification .....	19
Portée et méthode.....	20
Constatations .....	21
Conclusion .....	23
Recommandations et réponses.....	25

# Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

## Résumé

### Objectif

L'examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée (les « foyers de SLD ») de la Ville d'Ottawa est un projet spécial initié par le Bureau du vérificateur général (le « BVG ») en mai 2017. Il a été mené en réponse aux préoccupations soulevées en 2017 par l'intermédiaire de la Ligne directe de fraude et d'abus de la municipalité.

### Contexte et justification

La Ville d'Ottawa (la « Ville ») s'emploie à fournir des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées qui ne peuvent plus vivre seules chez elles. Elle exploite quatre foyers de soins de longue durée qui offrent une gamme de services et de programmes destinés à assurer le bien-être des résidents. Chacun des foyers est géré par un administrateur qui relève du directeur des services de soins de longue durée de la Ville. Les foyers sont régis par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la « *Loi* ») et le Règlement de l'Ontario 79/10 (le « Règlement »). La *Loi* est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010. Depuis, une série d'amendements ont été apportés à la *Loi* et au Règlement. Pour répondre aux exigences de la *Loi* et du Règlement, chaque foyer de SLD doit avoir des politiques et des protocoles écrits pour garantir que tous les médicaments utilisés au foyer sont acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Les foyers de SLD sont financés par la Ville d'Ottawa, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et les frais de pension établis par le gouvernement provincial. Les personnes à faible revenu sont admissibles à une subvention susceptible de réduire leurs frais de pension. Les quatre foyers de SLD gérés par la Ville sont le foyer Garry J. Armstrong, le foyer Peter-D.-Clark, le Centre d'accueil Champlain et le foyer Carleton Lodge.

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

Le présent examen est un projet spécial initié à la suite d'un signalement reçu par la Ligne directe de fraude et d'abus de la municipalité concernant les pratiques de gestion des médicaments de l'un des foyers de SLD exploités par la Ville. En réponse à la plainte, le BVG a réalisé un examen de la gestion des médicaments dans les foyers de SLD Garry J. Armstrong et Peter-D.-Clark.

### **Objectifs et critères**

L'objectif général de cet examen est de déterminer si les foyers de SLD gérés par la Ville disposent de pratiques, de procédures et de moyens de contrôle appropriés pour garantir que tous les médicaments sont acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse, conformément à la *Loi* et au Règlement. Les critères ont été élaborés dans le respect de la *Loi*, du Règlement et des politiques et procédures de la Ville. Voici les objectifs de l'examen :

1. Cadre de gestion – Il existe un cadre de gestion efficace pour encadrer la gestion des médicaments dans les foyers de SLD.
2. Acquisition et réception – Les foyers de SLD disposent de systèmes et de procédures efficaces pour gérer l'acquisition et la réception des médicaments.
3. Entreposage – Les foyers de SLD disposent de systèmes adéquats d'entreposage et de protection des médicaments en vue de prévenir tout accès non autorisé.
4. Préparation/fournisseur de services pharmaceutiques – Des ententes officielles ont été conclues concernant la fourniture et la préparation des médicaments.
5. Administration des médicaments – Les foyers de SLD disposent de moyens de contrôle adéquats pour garantir que les médicaments sont administrés conformément au Règlement et aux politiques et procédures de la Ville.
6. Destruction et élimination – Les foyers de SLD disposent de moyens de contrôle adéquats pour garantir que les médicaments sont détruits et éliminés de façon sécuritaire et efficace.
7. Réserve de médicaments en cas d'urgence – La réserve de médicaments en cas d'urgence est gérée conformément aux exigences du Règlement.

### **Constatations**

Voici les principales constatations découlant de l'examen des foyers de SLD :

## Objectif n° 1 de l'examen

Cadre de gestion – Il existe un cadre de gestion efficace pour encadrer la gestion des médicaments dans les foyers de SLD.

1.1 Il y a des lacunes entre les politiques et procédures de la Ville et le Règlement  
Nous avons constaté que la P et P n° 360.22 – Indicateurs et vérifications de la Ville ne comprend pas de procédure portant sur la mise en œuvre et la documentation des mesures correctives découlant des vérifications ou des examens du système de destruction et d'élimination des médicaments conformément aux alinéas 136(5)b) et c) et du Règlement.

L'objectif global de la P et P n° 360.22 indique que les examens d'amélioration de la qualité seront menés à intervalle régulier, et que les « *résultats seront examinés, et les plans d'action, déterminés* ». Cependant, la P et P 360.22 ne comprend pas de procédures exhaustives sur la *façon* dont les plans d'action seront déterminés, mis en œuvre et documentés aux termes des alinéas 136(5)b) et c).

Même si la résolution des problèmes opérationnels et de pratique entre dans le champ de compétences du comité de pratique professionnelle (p. ex., discuter des points relatifs aux soins et aux services interdisciplinaires et fournir des directives y afférent), les conclusions des examens d'amélioration de la qualité du fournisseur de services pharmaceutiques indiquent que plusieurs mêmes problèmes ont été relevés lors d'examens consécutifs. On nous a indiqué que des mesures sont prises pour donner suite aux constatations des examens, mais concrètement, nous n'avons aucun document prouvant que des mesures correctives avaient été prises, ce qui contrevient à l'alinéa 136(5)c) du Règlement.

## Objectif n° 2 de l'examen

Acquisition et réception – Les foyers de SLD disposent de systèmes et de procédures efficaces pour gérer l'acquisition et la réception des médicaments.

2.1 Les renseignements sont insuffisants pour déterminer si les commandes ont été passées et reçues uniquement par le personnel autorisé

Nous n'avons pas pu déterminer si les formulaires d'ordonnance du médecin (DigiOrders) ou les documents de réception des médicaments ont été signés par des personnes autorisées en raison de l'illisibilité des initiales ou des signatures figurant sur les documents.

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

### 2.2 Les médicaments ne sont pas vérifiés à la livraison

Notre examen révèle que les médicaments sont acceptés et qu'une signature est apposée à la livraison sans qu'aucune vérification ne soit faite. Même si un processus de vérification a lieu ultérieurement, les écarts, s'il y en a, sont constatés et communiqués après que la signature a été apposée.

### 2.3 Les médicaments ne sont pas correctement protégés lors de leur livraison au foyer

#### 2.3.1 La réserve de médicaments n'est pas correctement protégée au [REDACTED]

Nous avons constaté que les boîtes de médicaments des résidents pour la semaine étaient laissées dans des sacs au [REDACTED] du foyer pendant que le fournisseur de services pharmaceutiques prenait les commandes au poste infirmier. Le [REDACTED] est accessible aux résidents, aux bénévoles et aux visiteurs. Le fait d'y laisser les médicaments facilite leur accès et accroît le risque de détournement.

#### 2.3.2 Les médicaments conservés au [REDACTED] situé dans la zone accessible aux résidents ne sont pas correctement surveillés

Notre examen révèle que les médicaments livrés dans une unité de l'un des foyers ont été laissés sans surveillance au [REDACTED] pendant que le fournisseur de services pharmaceutiques cherchait une infirmière pour les accepter. Certains [REDACTED] sont accessibles aux visiteurs et aux résidents de l'unité. Le fait de laisser les médicaments sans surveillance accroît le risque d'accès non autorisé aux médicaments, en particulier aux narcotiques.

### 2.4 Les renseignements relatifs aux médicaments ne sont pas correctement protégés

Des [REDACTED] ont été laissés ouverts. C'est dans ces [REDACTED] que sont conservés les renseignements relatifs aux médicaments de chaque résident dans chaque unité. Nous avons également constaté que la carte d'accès remise au fournisseur de services pharmaceutiques livrant les médicaments lui permettait d'accéder à une unité sécurisée et que l'infirmière n'était pas constamment présente lors de la livraison.

## Objectif n° 3 de l'examen

Entreposage – Les foyers de SLD disposent de systèmes adéquats d'entreposage et de protection des médicaments en vue de prévenir tout accès non autorisé.



## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

3.1 Les [REDACTED] ne sont pas systématiquement verrouillés pour prévenir tout accès non autorisé

Nous avons constaté à plusieurs reprises que des personnes non autorisées pouvaient avoir accès aux [REDACTED] contenant les médicaments pour la semaine durant le laps de temps où les infirmières gérant les médicaments laissent les [REDACTED] et le moment où ces [REDACTED] s'autoverrouillent automatiquement. Dans d'autres cas, des [REDACTED] ont été laissés déverrouillés, notamment lorsque l'infirmière a été distraite par des résidents; les tiroirs contenant les médicaments se sont alors retrouvés accessibles.

3.2 Moyens de contrôle des médicaments se trouvant dans la réserve du gouvernement et dans la réserve excédentaire des résidents

3.2.1 Il n'y a pas de moyens de contrôle visant à prévenir l'utilisation non autorisée de médicaments stockés dans les pharmacies des foyers de SLD

Dans les deux foyers de SLD, il n'existe aucun système adéquat permettant de consigner l'acquisition, le retrait et l'utilisation de médicaments provenant de la pharmacie du gouvernement, qui contient des médicaments sans ordonnance en grande quantité (p. ex., acétaminophène). Il n'est donc pas possible de savoir si les médicaments ont été pris pour être administrés à un résident. En outre, aucun inventaire ni rapprochement n'est effectué pour relever des écarts entre les quantités se trouvant dans la réserve et celles figurant sur les bons de commande et les documents de préparation.

3.2.2 Il n'y a pas de système approprié pour tenir à jour la réserve de médicaments excédentaire des résidents dans les salles de médicaments

Notre examen révèle qu'il n'existe aucun registre pour tenir à jour la réserve de médicaments excédentaire au nom des résidents. Aucun inventaire ni rapprochement des médicaments en excédent n'est effectué pour garantir que les quantités en réserve correspondent en tout temps aux quantités commandées.

Examen de la gestion des médicaments dans  
les foyers de soins de longue durée

### 3.2.3 Il n'y a pas de caméras dans les salles d'entreposage des médicaments

Lors des examens réalisés dans les deux foyers de SLD, nous avons constaté que les salles de médicaments et les pharmacies du gouvernement n'étaient pas équipées de caméras. Compte tenu du volume de médicaments entreposés dans ces pièces, des caméras permettraient de renforcer la sécurité et de réduire le risque de détournement de médicaments.

## **Objectif n° 4 de l'examen**

Préparation/fournisseur de services pharmaceutiques – Des ententes officielles ont été conclues concernant la fourniture et la préparation des médicaments.

Aucune constatation importante n'a été faite.

## **Objectif n° 5 de l'examen**

Administration des médicaments – Les foyers de SLD disposent de moyens de contrôle adéquats pour garantir que les médicaments sont administrés

5.1 Il est impossible de prouver que les médicaments sont administrés par une personne autorisée, puisque des renseignements (initiales) inscrits au Registre d'administration des médicaments (le « MAR ») sont illisibles.

Nous n'avons pas pu déterminer par qui les médicaments avaient été administrés, car les initiales inscrites au MAR étaient illisibles, ce qui peut être attribuable à l'espace dont dispose la direction pour mettre le document à jour. Ainsi, nous ne pouvons conclure que les médicaments ont été administrés par une personne autorisée, conformément à l'alinéa 131(3) et à la P et P n° 345.3 –Administration des médicaments.

5.2 L'identité des résidents n'est pas toujours vérifiée

Durant le processus d'administration des médicaments, outre le fait de s'adresser aux résidents en utilisant leur nom, nous n'avons pas observé d'autres façons de vérifier l'identité des résidents qui ne parlent pas. Nous avons remarqué à plusieurs occasions que des résidents non verbaux ne portaient pas de bracelet ou de brassard pour les identifier, conformément à la P et P n° 345.3 – Administration des médicaments.

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

### 5.3 À cause des renseignements manquants dans le MAR, il est impossible de savoir si les médicaments ont été administrés

Dans certains cas, il n'y avait pas de note au MAR pour indiquer que le ou les médicaments avaient été administrés au résident à certaines dates, et aucun rapport d'incident n'avait été rempli pour ces dates. Nous avons remarqué que les infirmières étaient fréquemment interrompues durant la distribution des médicaments, ce qui pourrait expliquer pourquoi le MAR n'est pas mis à jour. Cependant, l'absence de note pourrait aussi indiquer que les médicaments n'ont pas été administrés.

## **Objectif n° 6 de l'examen**

Destruction et élimination – Les foyers de SLD disposent de moyens de contrôle adéquats pour garantir que les médicaments sont détruits et éliminés de façon sécuritaire et efficace.

### 6.1 Les médicaments non contrôlés ne sont pas détruits conformément aux politiques et procédures de la Ville et au Règlement

À plusieurs occasions, nous avons constaté que les médicaments non contrôlés étaient placés dans les contenants d'élimination dans leur emballage original. De plus, les contenants utilisés pour ranger les médicaments devant être détruits n'étaient pas scellés. Cette situation a été observée deux fois, dans deux endroits différents. Par ailleurs, il n'y avait pas d'eau dans les contenants pour rendre les médicaments inactifs, et ce, même si à au moins une occasion le contenant était plein.

### 6.2 Les médicaments non contrôlés qui doivent être détruits ou éliminés ne sont pas sécurisés de façon adéquate

Les contenants de médicaments sont transportés d'une zone sécurisée située à l'intérieur des foyers de SDL jusqu'à une zone d'entreposage sur la propriété dans l'attente d'être ramassés par une partie externe, ce qui peut prendre plusieurs jours. La zone d'entreposage n'est pas sécurisée. De plus, il n'existe aucune trace écrite du nombre de contenants ramassés dans les foyers de SDL, ce qui contrevient à la P et P n° 345.02 – Élimination des médicaments non contrôlés et contrôlés.

## **Objectif n° 7 de l'examen**

Réserve de médicaments en cas d'urgence – La réserve de médicaments en cas d'urgence est gérée conformément aux exigences du Règlement.

### **7.1 Renseignements incomplets et inexacts concernant la réserve de médicaments en cas d'urgence**

Dans certains cas, aucun document ne permettait de documenter un retrait de la réserve de médicaments en cas d'urgence, y compris le nom de la personne ayant effectué le retrait et le motif du retrait. Dans d'autres cas, nous avons relevé des erreurs mathématiques dans le calcul des médicaments restants.

De plus, aucun inventaire périodique du stock de médicaments dans la réserve n'est réalisé, et aucun rapprochement de données n'est effectué.

### **7.2 Le niveau des stocks ne correspond pas toujours à la quantité maximale recommandée**

Dans certains cas, la quantité d'un médicament dans la réserve excède la quantité maximale recommandée pour ce médicament. Durant notre observation, nous avons constaté que certains médicaments du chariot de médicaments et de l'entrepôt de médicaments approchaient de la date d'expiration.

## **Conclusion**

Dans l'ensemble, nous constatons que la Ville doit mieux gérer les médicaments dans les foyers de SLD pour régler les problèmes liés aux pratiques actuelles. Bien que les politiques et procédures existantes en gestion des médicaments soient adéquates, elles ne sont pas entièrement respectées. À l'intérieur des principaux cycles du système de gestion des médicaments, nous avons remarqué de nombreuses lacunes dans les pratiques des foyers de SLD, lesquelles augmentent les risques de détournement des médicaments associés à l'entreposage, à la destruction et à l'élimination des médicaments ainsi qu'à la réserve de médicaments en cas d'urgence.

Nous avons aussi noté des incohérences entre le Règlement et les politiques et procédures de la Ville. Il suffirait de régler ce manque d'uniformité pour améliorer considérablement le délai de détection et de correction des problèmes relevés dans les examens d'amélioration de la qualité du fournisseur de services pharmaceutiques. En somme, il est possible de resserrer les mesures de protection et d'administration des

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

médicaments afin d'atténuer les risques de détournement des médicaments et d'améliorer les pratiques des foyers de SLD. Les recommandations fournies dans le présent rapport aideront donc à combler les lacunes en matière de respect des procédures, à réduire les risques de détournement des médicaments et à protéger les résidents des foyers de SLD.

## **Recommandations et réponses**

### **Recommandation n° 1**

Que les foyers de SLD comparent les politiques et procédures de la Ville avec le Règlement pour relever les lacunes dans les politiques et procédures, et que de nouvelles politiques soient élaborées et mises en œuvre afin que les foyers de SLD soient exploités conformément au Règlement.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Les services pharmaceutiques sont offerts par un tiers ayant conclu une entente avec la Ville d'Ottawa. Le fournisseur de services pharmaceutiques sous contrat donnera à chaque foyer un guide détaillé sur les politiques et procédures qui répondent aux exigences du Règlement et s'ajouteront aux pratiques et procédures (P et P) des foyers de la Ville.

Les P et P sont conformes aux normes d'Agrément Canada. Lors de la dernière visite d'Agrément Canada, en 2016, la Ville respectait 98 % des normes relatives aux médicaments.

Chaque année, tous les foyers réalisent l'auto-évaluation annuelle de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, puis apportent tout changement nécessaire aux P et P applicables.

Le personnel des Soins de longue durée examinera les P et P applicables et collaborera avec le fournisseur de services pharmaceutiques pour relever toute lacune et veiller à ce que les P et P soient conformes au Règlement d'ici la fin du quatrième trimestre de 2018.

### **Recommandation n° 2**

Que les foyers de SLD mettent en place des systèmes appropriés pour consigner officiellement les constatations issues des vérifications et examens semblables, de même que les mesures adoptées pour résoudre les problèmes. Ces documents pourraient être utilisés dans le cadre d'activités de planification et de formation.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Actuellement, les erreurs de médicament et les incidents évités de justesse, ainsi que les renseignements les concernant et les facteurs qui y ont contribué, sont consignés dans un outil de suivi officiel, que les foyers examinent régulièrement pour dégager les tendances et améliorer les P et P.

D'ici le deuxième trimestre de 2019, le personnel élaborera et mettra en œuvre un système de suivi officiel dans lequel seront consignés les conclusions des vérifications et des examens, les mesures prises et leurs résultats, qui serviront à aiguiller la prise de décision, l'orientation et la formation.

### **Recommandation n° 3**

Que les foyers de SLD mettent en place un système pour consigner le nom et la signature ou les initiales sur les documents, afin de permettre une vérification indépendante des personnes ayant rempli des formulaires d'ordonnance du médecin (DigiOrders) et des personnes ayant reçu des médicaments au foyer.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

La Ville a actuellement un système en place pour vérifier les signatures et initiales apposées sur les documents, au besoin. Conformément à la P et P n° 345.02, chaque unité tient une liste maîtresse de signatures permettant la vérification indépendante des personnes qui ont passé des commandes.

La Ville négocie actuellement l'acquisition d'un nouveau système automatisé d'information sur les soins aux résidents. La deuxième phase de ce projet comprendra un Registre d'administration des médicaments électronique (eMAR). Ce système, qui sera déployé d'ici le deuxième trimestre de 2019, servira à vérifier les activités du personnel autorisé qui administre les médicaments.

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

### **Recommandation n° 4**

Que les foyers de SLD mettent en place un processus permettant la vérification des médicaments reçus à la livraison.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Actuellement, on signe les boîtes au point de livraison pour confirmer leur réception. Les boîtes demeurent scellées jusqu'à ce que le personnel autorisé puisse entreprendre une vérification complète et exhaustive du contenu du colis et du bordereau d'expédition. Après cette vérification, toute erreur est signalée au fournisseur de services pharmaceutiques pour qu'elle soit corrigée rapidement.

Le personnel examinera les pratiques exemplaires du secteur des soins de longue durée relatives à la vérification des médicaments reçus au point de livraison, puis élaborera, d'ici le premier trimestre de 2019, un plan d'action sur les améliorations à apporter.

### **Recommandation n° 5**

Que la Ville exige que tous les médicaments soient sécurisés lors de leur transport à l'intérieur des foyers.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

À la réception de médicaments, le personnel qui a signé à la livraison doit placer les colis reçus en lieu sûr. Le personnel avisera l'infirmière de l'unité, qui se rendra alors à la réception pour récupérer la livraison, puis la rangera dans un lieu d'entreposage sûr.

De plus, en réponse à la recommandation n° 6, une communication sera envoyée au personnel concerné d'ici la fin du deuxième trimestre de 2018 pour l'informer que le [REDACTED] doit être verrouillé en tout temps lorsque personne ne s'y trouve. La vérification de la conformité sera ajoutée aux rondes régulières de la direction.

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

### Recommandation n° 6

Que les foyers de SLD instaurent un système pour que les [REDACTED] soient toujours verrouillés lorsque l'infirmière ne s'y trouve pas, afin d'atténuer le risque d'accès non autorisé.

### Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation.

Une communication sera envoyée au personnel concerné d'ici la fin du deuxième trimestre de 2018 pour l'informer que le [REDACTED] doit être verrouillé en tout temps lorsque personne ne s'y trouve. La vérification de la conformité sera ajoutée aux rondes régulières de la direction.

### Recommandation n° 7

Que les foyers de SLD explorent des façons de réduire l'interruption des infirmières pendant la distribution des médicaments, ce qui atténuerait également le risque que des [REDACTED] soient laissés déverrouillés, donnant lieu à des accès non autorisés.

### Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation.

Le personnel des Soins de longue durée examinera les pratiques exemplaires relatives à la protection des médicaments ainsi que les façons de réduire au minimum les interruptions pour les infirmières, dans la mesure du possible.

D'ici la fin du deuxième trimestre de 2018, une communication sera envoyée au personnel concerné pour l'informer que les [REDACTED] doivent être verrouillés lorsqu'ils sont sans surveillance, conformément à la P et P n° 345.3 – Administration des médicaments.

La vérification de la conformité sera ajoutée aux rondes régulières de la direction.

### Recommandation n° 8

Que les foyers de SLD mettent en place des systèmes appropriés pour consigner le déplacement des médicaments de la pharmacie du gouvernement, y compris le motif du déplacement.



## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

### Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation.

Tout médicament administré, y compris les médicaments de la pharmacie du gouvernement, doit être consigné dans le Registre d'administration des médicaments (MAR).

La direction examinera les exigences relatives à la consignation des médicaments sans ordonnance dans le registre de la P et P 345.15 – Pharmacie du gouvernement. Actuellement, la P et P exige seulement que chaque semaine, le personnel autorisé de chaque secteur des foyers dresse la liste des médicaments sans ordonnance nécessaires sur le formulaire de commande, puis passe la commande aux magasins internes de la pharmacie du gouvernement. À des fins de vérification, les membres du personnel indiqueront le nombre d'articles conservés en réserve dans l'unité.

La direction veillera à ce que la P et P soit communiquée à tout le personnel concerné, et à ce que les outils et les modèles soient préparés conformément à la P et P d'ici le premier trimestre de 2019.

### Recommandation n° 9

Que les foyers de SLD dénombrent périodiquement tous les médicaments de la pharmacie du gouvernement et les surplus conservés pour les résidents. Tout écart doit faire l'objet d'une enquête et être traité dans un délais raisonnable.

### Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation.

La direction examinera les exigences en matière de vérification de la P et P 345-15 – Pharmacie du gouvernement.

La direction veillera à ce que la P et P soit communiquée à tout le personnel concerné, et à ce que les outils et les modèles soient préparés conformément à la P et P d'ici le premier trimestre de 2019.

### Recommandation n° 10

Que la Ville envisage l'installation de caméras dans les entrepôts de médicaments et dans les pharmacies du gouvernement afin d'atténuer les risques de détournement des médicaments.

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

On réalisera une analyse des coûts-avantages et des risques d'ici le deuxième trimestre de 2019 pour envisager l'installation de caméras dans les entrepôts de médicaments et les pharmacies du gouvernement afin d'atténuer les risques de détournement des médicaments.

### **Recommandation n° 11**

Que la Ville, de concert avec le fournisseur de services pharmaceutiques, explore des façons de consigner plus clairement le nom des employés qui administrent les médicaments, ce qui permettrait d'effectuer une vérification indépendante de la conformité au Règlement.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

La Ville a actuellement un système en place pour vérifier les signatures et initiales apposées sur les documents, au besoin. Conformément à la P et P n° 345.02, chaque unité tient une liste maîtresse de signatures permettant la vérification indépendante des personnes qui ont passé des commandes.

La Ville mène actuellement des négociations pour l'acquisition d'un nouveau système automatisé d'information sur les soins aux résidents. La deuxième phase de ce projet comprendra un Registre d'administration des médicaments électronique (eMAR). Ce système, qui sera déployé d'ici le deuxième trimestre de 2019, servira à faire le suivi des activités du personnel autorisé qui administre les médicaments.

### **Recommandation n° 12**

Que les foyers de SLD identifient les résidents non verbaux et qu'ils mettent en place une autre façon de les identifier (p. ex. à l'aide de bracelets ou de brassards), afin de faciliter le processus d'identification, en particulier pour le personnel occasionnel qui pourrait ne pas bien connaître les résidents.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Les foyers utilisent principalement les photos des résidents pour identifier ces derniers. Conformément aux normes d'Agrément Canada, un deuxième identifiant est fourni pour les résidents non verbaux. Actuellement, ceux-ci portent des bracelets d'identification, mais ils les brisent ou les enlèvent souvent, car ils n'aiment pas les porter.

La Ville mène actuellement des négociations pour l'acquisition d'un nouveau système automatisé d'information sur les soins aux résidents. La deuxième phase de ce projet comprendra un Registre d'administration des médicaments électronique (eMAR), qui sera déployé d'ici le deuxième trimestre de 2019. Le personnel examinera les possibilités qu'offre le système concernant l'identification des résidents. Le personnel consultera nos partenaires d'AdvantAge Ontario à propos des pratiques exemplaires du secteur, et mettra en œuvre une nouvelle méthode d'identification des résidents non verbaux d'ici le troisième trimestre de 2019.

### **Recommandation n° 13**

Que l'administration adopte des mesures visant à réduire l'interruption du personnel infirmier durant la distribution des médicaments, et qu'elle mette en place un système pour rappeler au personnel infirmier qu'il doit consulter le MAR après chaque administration pour vérifier que le dossier du résident concerné a été mis à jour.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Le personnel des Soins de longue durée examine les pratiques exemplaires du secteur, et prendra des mesures pour réduire les interruptions durant la distribution des médicaments.

La Ville mène actuellement des négociations pour l'acquisition d'un nouveau système automatisé d'information sur les soins aux résidents. La deuxième phase de ce projet comprendra un Registre d'administration des médicaments électronique (eMAR). Ce système générera des messages pour veiller à ce que le Registre d'administration des médicaments (MAR) soit vérifié après chaque

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

distribution, ce qui fera réduire le pourcentage actuel de dossiers d'administration des médicaments incomplets, qui s'élève à 1 %. Cette mesure sera mise en œuvre d'ici le deuxième trimestre de 2019.

### **Recommandation n° 14**

Que les foyers de SLD se dotent de pratiques pour répondre aux exigences énoncées dans le Règlement, ainsi qu'aux politiques de destruction et d'élimination de la Ville. Il s'agit notamment de vérifier que le contenant servant à entreposer les médicaments non contrôlés, à détruire ou à éliminer, est scellé afin de le rendre inviolable.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

La direction examinera la P et P n° 345.02 – Élimination des médicaments contrôlés et non contrôlés pour s'assurer qu'elle est conforme aux exigences du Règlement.

La direction veillera à ce qu'une communication soit envoyée au personnel autorisé à propos des exigences de la P et P de la Ville sur la destruction et l'élimination des médicaments.

Le personnel sera désigné, et une procédure sera élaborée pour s'assurer, à une fréquence déterminée, que les contenants servant à entreposer les médicaments contrôlés à détruire ou à éliminer sont scellés. Cette mesure sera mise en œuvre d'ici le quatrième trimestre de 2018.

### **Recommandation n° 15**

Que la Ville adopte des pratiques pour que les médicaments non contrôlés devant être détruits ou éliminés, soient conservés dans une zone d'entreposage verrouillée jusqu'à ce qu'un entrepreneur tiers vienne les ramasser. Il est aussi recommandé que les foyers de SLD mettent en place des systèmes appropriés pour consigner le nombre de contenants ramassés dans les foyers SLD, et qu'ils demandent à l'entrepreneur tiers de corroborer par une signature le nombre de contenants reçus. Ce système fournirait un registre du nombre de contenants ramassés.

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Conformément à la P et P n° 345.02 – Élimination des médicaments contrôlés et non contrôlés, les contenants d'élimination des médicaments seront conservés dans une zone d'entreposage verrouillée jusqu'à ce qu'un entrepreneur tiers vienne les ramasser. Une communication sera envoyée au personnel concerné pour lui rappeler les dispositions de la P et P et veiller à ce que les médicaments non contrôlés devant être détruits ou éliminés soient conservés dans une zone d'entreposage avant le ramassage.

Le personnel collaborera avec notre entrepreneur tiers afin d'élaborer un processus d'autorisation pour les contenants au moment du ramassage. Cette mesure sera mise en œuvre d'ici le quatrième trimestre de 2018.

### **Recommandation n° 16**

Que les foyers de SLD se dotent d'un système de tenue de dossiers facile à comprendre pour suivre le déplacement des médicaments de la réserve de médicaments en cas d'urgence, et qu'ils fassent des rappels à leur personnel concernant la façon de bien remplir les formulaires afin que les renseignements qu'ils contiennent soient exacts.

Que les foyers de SLD procèdent périodiquement à l'inventaire et au rapprochement de tous les médicaments de la réserve de médicaments en cas d'urgence pour relever et résoudre les problèmes dans un délai raisonnable.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Conformément à la P et P no 345.01 – Réserve de médicaments en cas d'urgence, tout retrait d'un médicament de la réserve en cas d'urgence doit être immédiatement consigné, et la quantité restante, indiquée. Les médicaments de la réserve doivent être utilisés une dose à la fois, et sur ordonnance d'un médecin. Seul le personnel autorisé a accès aux médicaments de la réserve de médicaments en cas d'urgence.

Conformément à la P et P no 345.01 – Réserve de médicaments en cas d'urgence, la vérification des médicaments de la réserve en cas d'urgence doit être réalisée au moins chaque trimestre par le fournisseur de services

## Examen de la gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée

pharmaceutiques, qui doit alors vérifier les dates d'expiration et réapprovisionner la réserve. Toute disparité dans le suivi ou l'inventaire des médicaments de la trousse doit être signalée au gestionnaire de programme, Soins aux résidents. Les résultats de la vérification seront examinés lors des réunions du comité de pratique professionnelle, et les modifications nécessaires seront apportées dans les foyers.

La direction veillera à ce que le personnel reçoive une communication décrivant le processus à suivre pour tenir les dossiers et remplir les formulaires. Cette mesure sera mise en œuvre d'ici le troisième trimestre de 2018.

### **Recommandation n° 17**

Que les foyers de SLD respectent les quantités maximales établies pour le réapprovisionnement de la réserve de médicaments en cas d'urgence afin de réduire le risque que les médicaments atteignent leur date d'expiration avant l'épuisement du stock.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Conformément à la P et P n° 354.01 – Réserve de médicaments en cas d'urgence, le contenu, la pertinence et l'utilisation de la réserve doivent faire l'objet d'un examen annuel par le comité de pratique professionnelle. Les directeurs médicaux de chaque foyer de la Ville d'Ottawa doivent approuver, signer et dater la liste des médicaments approuvés.

La direction continuera de travailler avec le comité de pratique professionnelle pour examiner annuellement la réserve de médicaments en cas d'urgence afin de revoir les quantités maximales et les médicaments compris en fonction de la loi, des tendances et de l'expertise médicale relatives aux commandes et aux risques d'expiration, et ce, d'ici le quatrième trimestre de 2018.

# Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

## Résumé

### Objectif

À l'automne 2017, le Bureau du vérificateur général (le « BVG ») a reçu des lettres anonymes (les « lettres ») présentant des allégations de pratiques de gestion douteuses relativement à un incident de violence sexuelle qui aurait eu lieu dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa (la « Ville ») en 2017. Pour donner suite à ces lettres, le BVG a lancé une enquête spéciale (l'« enquête ») afin d'examiner les pratiques de gestion de ce foyer.

L'enquête visait à réfuter ou à confirmer les allégations et les préoccupations présentées dans les lettres concernant les mesures prises par le gestionnaire, puis à produire un rapport fondé sur les faits.

### Contexte et justification

La Ville exploite quatre foyers de soins de longue durée, qui offrent une gamme de services et de programmes destinés à assurer le bien-être des résidents. Situés un peu partout à Ottawa, les foyers sont chacun gérés par un administrateur qui relève du directeur des services de soins de longue durée de la Ville.

Ces foyers sont régis par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (la « Loi »), qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010, et le Règlement de l'Ontario 79/10 (le « Règlement »). Par ailleurs, la Ville a aussi adopté des politiques et procédures auxquelles son personnel doit adhérer.

En 2017, un incident présumé de violence sexuelle (l'« incident ») a eu lieu entre un résident et une résidente après que le résident a emmené la résidente (confinée à un fauteuil roulant) dans sa chambre. Un préposé aux services de soutien à la personne (« PSSP ») a découvert l'incident. Un autre PSSP, une infirmière auxiliaire autorisée (« IAA ») et une infirmière autorisée (« IA ») sont également intervenus. Certaines décisions ont été prises au vu de l'interprétation de la situation faite par l'IA et des

## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

directives du gestionnaire de garde. La police et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MSSLD ») n'ont pas été avisés pendant leur quart de travail.

Le lendemain, à son arrivée pour le quart de jour, l'IA (« IA n° 2 ») lit dans Goldcare<sup>1</sup> les notes d'évolution de l'incident et est préoccupée par le fait que le MSSLD et la police n'ont pas été appelés. L'IA n° 2 appelle le gestionnaire de garde (le même que celui de la veille) et lui fournit d'autres détails sur l'incident. À la lumière de ces renseignements additionnels, les deux conviennent que la police et le MSSLD doivent être avisés.

On indique dans les notes que le gestionnaire de garde n'a pas traité l'incident comme un incident de violence sexuelle, et qu'il aurait dû savoir qu'il fallait aviser la police immédiatement après l'incident.

### **Portée et méthode**

L'enquête visait à mettre en lumière les faits concernant l'intervention du gestionnaire par rapport aux exigences de signalement d'un incident établies par la *Loi*, le Règlement et les politiques et procédures de la Ville. L'enquête porte précisément sur les mesures ou l'absence de mesures prises par le gestionnaire en réponse à l'incident, et non pas sur la nature ou les détails de l'incident, ni sur son fondement.

La méthode visait à recueillir la preuve permettant de réfuter ou de confirmer les allégations formulées à l'égard du gestionnaire et de sa réaction à l'incident, et de déterminer si son intervention était conforme à la *Loi*, au Règlement et aux politiques et procédures de la Ville. Ainsi, dans le cadre de l'enquête, nous avons mené des entretiens, passé en revue la *Loi*, le Règlement et certaines politiques et procédures de la Ville, et examiné d'autres documents pertinents.

---

<sup>1</sup> *Goldcare est le logiciel de gestion des renseignements et des dossiers médicaux des résidents.*



## Constatations

Voici les constatations découlant de l'enquête :

- 1. Il y a des incohérences dans les modalités requises de signalement à l'externe entre les documents suivants : 1) P et P n° 750.56 de la Ville – Système de déclaration des incidents critiques (CIS) – Rapport d'incident obligatoire et critique<sup>2</sup> (« P et P n° 750.56 »); 2) P et P n° 750.65 de la Ville – Maltraitance<sup>3</sup> (« P et P n° 750.65 »); et 3) la *Loi* et le *Règlement*.**

Ayant examiné les politiques et procédures pertinentes de la Ville à la *Loi* et au *Règlement*, nous avons noté un manque d'uniformité quant aux circonstances exigeant le signalement d'un incident allégué de violence sexuelle entre deux résidents.

L'article 24 (1) de la *Loi* stipule que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un résident a été victime de violence doit faire immédiatement rapport de ses soupçons.

Le guide de référence rapide de la P et P n° 750.56 exige que le MSSLD et la police soient avisés immédiatement de tout incident **seulement** si l'incident a donné lieu à des **blesures**. Cette P et P ne cadre pas avec la P et P n° 750.65 – Maltraitance<sup>4</sup>, selon laquelle le MSSLD doit être avisé immédiatement : 1) s'il y a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un incident de violence sexuelle s'est produit ou pourrait se produire; 2) en cas d'attouchement, de comportement ou de remarque de nature sexuelle ou d'exploitation sexuelle d'un résident; ou 3) en cas d'acte non consensuel.

- 2. Le gestionnaire n'a pas signalé immédiatement l'incident à la police et au MSSLD conformément à la P et P n° 750.65, à la *Loi* et au *Règlement*.**

Selon notre compréhension des faits en cause, l'incident aurait dû être signalé immédiatement à la police et au MSSLD conformément à la P et P n° 750.65, à la *Loi* et au *Règlement*. Or, d'après les dossiers examinés et les entretiens menés, le MSSLD et la police ont été avisés le lendemain, à la suite du suivi de l'IA n° 2 auprès du gestionnaire de garde.

---

<sup>2</sup> Mise à jour en septembre 2016.

<sup>3</sup> Mise à jour en février 2017.

<sup>4</sup> Mise à jour en février 2017.

Enquête sur le signalement d'un incident dans  
un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

**3. Il y a incohérence entre ce que l'IA affirme avoir signalé verbalement au gestionnaire de garde au sujet de l'incident et ce que le gestionnaire de garde a consigné dans le journal des appels.**

Lorsqu'un incident se produit après les heures de travail, l'infirmière responsable doit appeler le gestionnaire de garde. Le rapport d'incident rédigé dans Goldcare par l'infirmière responsable contient des détails explicites qui n'ont pas été consignés dans le journal des appels du gestionnaire de garde. Quand nous nous sommes entretenus avec lui, le gestionnaire de garde nous a dit que ces détails explicites ne lui ont pas été fournis verbalement par l'infirmière responsable. Il affirme que s'ils l'avaient été, il aurait conclu qu'il s'agissait effectivement d'un incident de violence sexuelle devant être signalé immédiatement à la police et au MSSLD. Le MSSLD et la police en ont été avisés le lendemain, lorsque l'IA n° 2 lui a fourni les détails additionnels. Pour sa part, l'infirmière responsable (l'IA) nous a dit avoir bel et bien fourni au gestionnaire de garde tous les détails de l'incident.

**4. On indique un manque d'effectif par rapport au nombre de résidents, ce qui nuit à la capacité du personnel de fournir le niveau de soins attendu aux résidents.**

Lors des entretiens, de nombreux employés de première ligne nous ont indiqué qu'ils trouvent que le rapport employés-résidents est insuffisant pour leur permettre de répondre aux exigences opérationnelles, ce qui mène à des cas d'épuisement professionnel et d'absentéisme ainsi qu'au respect irrégulier des protocoles.

**5. Les mesures de réduction des risques d'incident n'ont pas été prises assez rapidement.**

Le résident était placé dans une unité du foyer à majorité de femmes, dont beaucoup n'ont pas la capacité mentale pour avoir une relation consensuelle. Avant l'incident, durant le quart de jour, le personnel avait rédigé un rapport d'incident lié à des « comportements sexuels inappropriés » concernant ce résident. Selon les notes d'évolution du cas, le personnel est intervenu immédiatement en administrant des médicaments à ce résident, en lui parlant et en le surveillant de près. Plus tard le même jour, selon une autre note consignée par le personnel, le résident a proféré des remarques sexuelles et a présenté des comportements de nature sexuelle. Ce n'est qu'à la suite de l'incident dont il est question dans le présent rapport que des mesures plus sévères ont été prises pour protéger les résidentes de l'unité, notamment avec le résident sous la surveillance individuelle d'un employé. Le résident a par la suite été

Enquête sur le signalement d'un incident dans  
un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

transféré dans une unité réservée aux hommes. Il aurait peut-être été possible d'éviter l'incident si les gestionnaires avaient pris des mesures préventives en tenant compte du contexte et des antécédents sexuels du résident.

**6. Selon le personnel, les gestionnaires du foyer ne répondent pas toujours assez rapidement aux problèmes.**

Pendant les entretiens, on nous a mentionné à plusieurs reprises que les gestionnaires du foyer ne répondent pas toujours rapidement aux problèmes. Certains employés trouvent aussi qu'il y a un manque de suivi de la part des gestionnaires dans l'élaboration et l'exécution d'un plan d'action lorsqu'un problème survient au foyer.

**7. La Ligne directe de fraude et d'abus (la « Ligne ») n'est pas bien connue du personnel du foyer.**

Nous avons noté que la majorité des personnes avec qui nous nous sommes entretenus n'étaient pas au courant de la Ligne. Et celles qui l'étaient ne savaient pas qu'elles pouvaient s'en servir pour signaler des manquements aux pratiques de la Ville ou d'autres préoccupations non financières. On semble croire que la Ligne est réservée aux affaires et aux préoccupations de nature financière.

**8. Les procédures municipales de sauvegarde des courriels nuisent à l'obtention d'une preuve électronique suffisante dans le cadre des enquêtes internes.**

Les sauvegardes des courriels de la Ville sont écrasées tous les trois mois. Or, puisqu'il peut parfois y avoir plusieurs mois entre un incident, sa détection et son signalement et le début de l'enquête, cette pratique pourrait empêcher la Ville de récupérer des éléments de preuve liés à l'enquête. Et sans preuve suffisante, il se peut qu'elle ne puisse pas prendre les mesures appropriées, dont la prise de mesures de recouvrement en vue de protéger ses intérêts.

## **Conclusion**

Selon les documents examinés et nos entretiens avec le personnel concerné, nous concluons que le foyer n'a pas signalé l'incident allégué de violence sexuelle conformément à la P et P n° 750.56, à la *Loi* et au Règlement. C'est en raison d'un manque allégué d'information de la part de l'infirmière responsable (IA) que le gestionnaire de garde a décidé a priori de ne pas signaler l'incident à la police et au MSSLD. Le gestionnaire de garde n'a pas fait de suivi auprès de l'IA concernant les

## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

détails qu'elle aurait supposément omis de lui fournir le soir de l'incident pour éviter que l'incident se reproduise. Pour sa part, l'infirmière responsable soutient qu'elle a donné tous les détails de l'incident au gestionnaire, comme elle l'a consigné dans les notes d'évolution dans Goldcare.

Bien que nous ayons observé un manque d'uniformité dans les politiques municipales (P et P n° 750.65 et P et P n° 750.56) concernant le signalement de mauvais traitements, l'engagement de la Ville à ne tolérer aucune forme de violence oblige tous les employés à prendre les mesures nécessaires pour signaler immédiatement les allégations de violence. Les exigences de signalement de la P et P n° 750.56, de la *Loi* et du Règlement ont toutefois été respectées par une autre infirmière (IA n° 2) qui a fait un suivi sur l'incident en cause durant le quart de travail suivant.

Le manque rapporté d'employés par rapport au nombre de résidents a une incidence sur la capacité du foyer à offrir des soins complets et réguliers aux résidents. Les employés de première ligne sont d'avis que le rapport employés-résidents nuit à leur capacité de répondre aux exigences opérationnelles, ce qui mène à des cas d'épuisement professionnel et d'absentéisme ainsi qu'à l'incapacité de respecter les protocoles en tout temps. Nous recommandons que la Ville revoie son modèle de dotation en personnel dans ses foyers de soins de longue durée pour relever et combler les lacunes.

À la lumière de l'information obtenue lors des entretiens et de l'examen des notes d'évolution, nous concluons que le risque de violence sexuelle était connu, étant donné les comportements présentés par le résident plus tôt le jour de l'incident. Selon les notes d'évolution, le personnel a administré des médicaments au résident et l'a surveillé de près. Or, ce n'est qu'après l'incident que des mesures plus sévères ont été prises, sous forme de surveillance individuelle. Le résident a par la suite été transféré dans une unité réservée aux hommes. Il aurait peut-être été possible de prévenir l'incident si le personnel avait pris des mesures de sécurité additionnelles pendant le quart de travail.

Le personnel a l'impression que les gestionnaires n'agissent pas assez rapidement lorsque des problèmes sont portés à leur attention. Plus précisément, les problèmes relevés pendant les entretiens portaient sur la dotation en personnel au foyer. Qui plus est, le personnel ne connaît pas l'utilité de la Ligne directrice de fraude et d'abus comme outil de signalement anonyme. Il est recommandé que la Ville fasse activement

Enquête sur le signalement d'un incident dans  
un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

la promotion de la sensibilisation à l'existence et à l'objectif de la Ligne directe auprès  
de tous les employés municipaux.

La pratique de la Ville d'écraser ses sauvegardes de courriels tous les trois mois  
l'empêche potentiellement de récupérer des éléments de preuve liés à ses enquêtes.  
Nous lui recommandons donc de modifier ses procédures pour qu'elle puisse  
sauvegarder et conserver ses courriels plus longtemps afin de pouvoir y accéder dans  
le cadre d'enquêtes futures.

## **Recommandations et réponses**

### **Recommandation 1**

Que la Ville examine les P et P n° 750.65 et P et P n° 750.56 et les modifie pour  
en assurer l'uniformité entre elles ainsi qu'avec la *Loi* et le *Règlement*.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

À l'heure actuelle, la P et P n° 750.65 est examinée et mise à jour annuellement, à  
la suite d'une réunion de rétrospective que tient la direction pour passer en revue  
tous les incidents survenus dans les foyers de soins de longue durée durant  
l'année civile.

On examinera et révisera les P et P n° 750.65 et P et P n° 750.56 afin de s'assurer  
qu'elles reflètent et respectent la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue  
durée* et le *Règlement*. Cette révision sera terminée avant la fin du troisième  
trimestre de 2018.

### **Recommandation 2**

Que la Ville envisage de simplifier les P et P n° 750.65 et P et P n° 750.56 afin de  
les rendre plus concises et faciles à consulter par le personnel pendant un  
incident.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Tous les membres du personnel doivent lire la P et P n° 750.65 dans le cadre de  
la formation annuelle obligatoire.

## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

Le personnel peut consulter les P et P sur place, au foyer. Les copies papier se trouvent dans des cartables, qui sont rangés à un emplacement central du foyer. Le personnel peut également consulter les P et P à partir de n'importe quel ordinateur de bureau, en cliquant sur l'icône appropriée ou en allant sur la page des Soins de longue durée dans Ozone, l'intranet de la Ville.

La direction procédera à un examen de l'uniformité des P et P n° 750.65 et P et P n° 750.56 afin de simplifier les procédures lors du signalement d'incidents. Les versions révisées seront transmises au personnel d'ici le troisième trimestre de 2018.

Les résidents des foyers de soins de longue durée et/ou leurs familles reçoivent les P et P n° 750.65 et P et P n° 750.56 dans la trousse d'information remise au moment de l'admission, de façon à ce qu'ils soient informés de l'obligation du personnel de signaler les incidents. La version révisée de ces P et P sera également transmise aux résidents et aux mandataires.

### **Recommandation 3**

Que la Ville offre une formation régulière (c.-à-d. chaque année) obligatoire et de l'encadrement au personnel sur ses politiques et procédures, la *Loi* et le Règlement, et plus précisément sur la détection de mauvais traitements, les mesures à prendre et le signalement (interne et externe) d'incidents. La formation devrait aussi établir les conséquences auxquelles seront soumis les employés qui ne signalent pas un incident.

Nous recommandons à la Ville de créer, dans le cadre de son programme de formation, un système lui permettant d'évaluer la compréhension du personnel de ses politiques et procédures pertinentes, de la *Loi* et de toute autre disposition législative applicable.

Nous recommandons aussi à la Ville d'offrir, dans le cadre de son programme de formation, des lignes directrices aux gestionnaires de garde sur la manière de gérer les appels de signalement d'incident afin d'obtenir tous les renseignements requis pour prendre une décision éclairée et conforme aux politiques et procédures municipales, à la *Loi* et au Règlement.

## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

### Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation.

Le personnel suit une formation annuelle obligatoire sur les mauvais traitements et la négligence, dans le cadre de laquelle les politiques et procédures municipales ainsi que les exigences de la *Loi* et du Règlement sont notamment passées en revue.

Tous les membres du personnel passent en revue la P et P n° 750.65 dans le cadre de la formation annuelle obligatoire; ils signent par la suite une déclaration attestant qu'ils ont lu et compris les documents, et on leur demande s'ils ont des questions sur le contenu. Outre la P et P n° 750.65, les superviseurs et les gestionnaires doivent également lire la P et P n° 750.56 et signer une déclaration semblable, attestant qu'ils ont lu et compris le contenu.

Depuis le troisième trimestre de 2017, tous les employés ont suivi, en personne, une formation améliorée sur la prévention, la détection et le signalement des cas de mauvais traitement et de négligence, qui présente les conséquences découlant de l'omission de signaler de tels cas. La formation comprend des mises en situation montrant les différents types de mauvais traitement ainsi que des questions de discussion pour permettre au personnel de parler de cas réels ou potentiels de mauvais traitement. Après la formation, les employés passent un test pour évaluer leur compréhension du contenu; ceux qui n'obtiennent pas une note de 100 % participent à des séances de suivi individuelles.

Des affiches, comportant notamment le slogan « Si vous remarquez ou entendez quelque chose, *dites-le!* » et des cartes aide-mémoire ont été créées à titre de rappels visuels, pour les employés, de leur obligation et devoir de signaler les cas de mauvais traitement et de négligence, avérés ou soupçonnés. Chaque foyer prévoit également à son calendrier une semaine de sensibilisation aux mauvais traitements, ce qui crée ainsi davantage d'occasions d'éduquer et de renseigner les résidents, les familles, les bénévoles et le personnel sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Un module de formation à l'intention des gestionnaires de garde sera aussi élaboré et présenté lors d'une prochaine réunion de l'équipe de gestion élargie des services, d'ici le quatrième trimestre de 2018. Un nouveau document de référence sera en outre élaboré en complément à la formation; il comportera une

## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

liste normalisée de questions à poser, pour garantir la collecte de renseignements uniformes et exhaustifs en lien avec un incident. Tous les membres du personnel infirmier autorisé devront également en prendre connaissance.

### **Recommandation 4**

Que la Ville inclut dans sa formation obligatoire du contenu visant à renseigner les employés sur leur obligation et leur devoir de signaler les incidents de maltraitance. Le personnel de la Ville est notamment tenu de consigner tous les détails d'un incident et de les fournir au gestionnaire afin que celui-ci ait les renseignements dont il a besoin pour prendre une décision conforme aux politiques, procédures et lois applicables.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Comme indiqué dans la réponse à la recommandation 3, la formation annuelle améliorée actuellement donnée sur la prévention de la maltraitance et de la négligence porte notamment sur l'obligation et le devoir de signaler les incidents.

Cette formation sera revue pour présenter des renseignements supplémentaires sur la description et la consignation des incidents et pour clarifier quelle information doit être donnée aux superviseurs et gestionnaires de garde lors du signalement d'un incident. Ces améliorations devraient être en vigueur au troisième trimestre de 2018, dans le cadre du programme de formation annuelle obligatoire.

### **Recommandation 5**

Que l'équipe de gestion des Soins de longue durée de la Ville, en collaboration avec les équipes de gestion des directions du service, revoit son modèle de dotation en personnel et mette en œuvre un plan d'action pour combler les lacunes relevées.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Les services de soins de longue durée ont achevé, au quatrième trimestre de 2017, un processus de mobilisation de leurs intervenants. Selon les commentaires reçus dans le cadre de ce processus, il avait déjà été établi qu'un



## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

examen des niveaux de dotation en personnel était nécessaire pour améliorer les services.

Dans le cadre de la soumission des plans de conformité au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, un examen du modèle de prestation des services de soins directs, incluant une analyse comparative des heures travaillées par le personnel de soins directs dans les foyers de soins de longue durée ontariens, a été mené par un tiers externe. La direction s'attend à en recevoir les résultats au deuxième trimestre de 2018.

La direction des Soins de longue durée prendra connaissance des recommandations reçues en lien avec son modèle de prestation des services et élaborera un plan d'action afin d'apporter les changements requis pour combler les lacunes, selon les directives et le calendrier du Conseil, compte tenu des répercussions financières.

### **Recommandation 6**

Que le foyer examine ses procédures d'intervention en cas de conduite sexuelle inappropriée de la part d'un résident pour veiller à ce que des mesures de sécurité soient mises en place rapidement en vue de prévenir les incidents de maltraitance et de protéger tous les résidents.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Dans le cadre du plan 2018 de formation annuelle obligatoire, un module sur le désamorçage (« 10 façons de désamorcer une situation ») a été créé à l'intention de tous les membres du personnel de soins directs pour leur rappeler les techniques efficaces en la matière.

Le contenu du programme a déjà été mis à jour pour 2018, et prévoit désormais un examen officiel des plans de soins et des kardex pour garantir qu'ils contiennent toute l'information pertinente.

Chaque foyer s'appuie également sur son champion du soutien comportemental, soit un préposé aux services de soutien à la personne qui a reçu une formation additionnelle sur les comportements réactifs et que le personnel peut consulter lors d'incidents. Les services de soins de longue durée ont reçu un financement supplémentaire en 2018 du réseau local d'intégration des services de santé pour

## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

offrir des heures supplémentaires relativement au soutien comportemental dans chaque foyer.

Les services de soins de longue durée ont également consulté l'équipe de sensibilisation du Royal pour établir les pratiques exemplaires en matière de techniques de désamorçage concernant les comportements sexuels inappropriés des résidents.

Un groupe d'employés provenant des quatre foyers de la Ville examinera les procédures et les pratiques exemplaires et fera des recommandations d'amélioration, lesquelles seront mises en œuvre d'ici le premier trimestre de 2019.

### **Recommandation 7**

Que l'équipe de gestion du foyer adopte un système de hiérarchisation et de suivi des problèmes soulevés par le personnel, de gestion de leur résolution et de communication des progrès avec le personnel, le tout dans un délai raisonnable.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

L'équipe de gestion du foyer fera connaître, à l'échelle de la Ville et dans les foyers de soins de longue durée, les mécanismes en place pour le signalement et la hiérarchisation des problèmes soulevés par le personnel, et veillera à ce que les communications relatives à ces problèmes se fassent dans des délais raisonnables. Ces mesures seront mises en œuvre d'ici la fin du troisième trimestre de 2018.

### **Recommandation 8**

Que la Ville lance un programme de sensibilisation interne à son Code de conduite du personnel, qui pourrait comprendre une déclaration annuelle.

### **Réponse de la direction**

La direction accepte cette recommandation.

Le Bureau du greffier municipal et de l'avocat général travaille actuellement à l'élaboration d'un module préliminaire de formation en ligne sur le Code de conduite du personnel. L'objectif est de créer éventuellement d'autres modules qui viendront compléter celui-ci, dans le cadre du travail constant de sensibilisation au

## Enquête sur le signalement d'un incident dans un foyer de soins de longue durée de la Ville d'Ottawa

Code de conduite du personnel, ainsi que de favoriser une réflexion sur les questions d'éthique chez le personnel municipal. Ce module portera sur les fondements éthiques du Code de conduite du personnel, les bases d'une prise de décisions éthiques, les attentes de la Ville à l'endroit de ses employés et les procédures de signalement d'une conduite inappropriée (contraire à l'éthique) ou d'une violation du Code. Le Bureau du greffier municipal et de l'avocat général étudie actuellement les mesures à prendre pour favoriser une réflexion sur les questions d'éthique, lesquelles pourraient comprendre des questionnaires et des exercices pratiques pour permettre aux employés de tester leur capacité à reconnaître un dilemme éthique et à décider comment le gérer. Le module initial et les autres seront disponibles sur iLearn, par l'intermédiaire d'Ozone, et sur uLearn (pour les employés qui n'ont pas accès au réseau).

À l'heure actuelle, la Ville offre plusieurs cours qui abordent des questions d'éthique, notamment le programme d'orientation des nouveaux employés destiné aux nouveaux membres du personnel. De plus, le Bureau du greffier municipal et de l'avocat général tient régulièrement des séances d'information sur les enjeux éthiques pour de petits et grands groupes d'employés, et publie souvent des articles dans les communications au personnel, comme *Au courant*, dans le cadre de son plan de communication sur le Code.

Les superviseurs et les gestionnaires nouvellement promus ou embauchés doivent en outre suivre une formation supplémentaire obligatoire qui aborde notamment le Code. La formation comprend les cours « Superviser dans un milieu syndiqué » et « La gestion en milieu syndiqué » ainsi que « Diriger un effectif diversifié », la version de la formation sur le respect en milieu de travail destinée aux superviseurs et aux gestionnaires.

De plus, le Bureau du greffier municipal et de l'avocat général souhaite offrir davantage de cours et de formations sur l'éthique et le Code de conduite du personnel, lesquels devraient être proposés à partir du quatrième trimestre de 2018 ou du premier trimestre de 2019. La direction s'efforcera également de promouvoir la Ligne directe de fraude et d'abus dans ses futures formations et communications relatives au Code.

La direction envisagera de mettre en place un processus de déclaration annuelle, dans le cadre de ses efforts continus de sensibilisation des employés au Code de conduite du personnel et aux questions d'éthique.

### **Recommandation 9**

Que la Ville présente activement et régulièrement la Ligne et son intention à ses employés.

### **Réponse de la gestion**

La direction accepte cette recommandation.

La direction fera appel à l'unité des communications internes d'Information du public et Relations avec les médias pour promouvoir activement la Ligne directe de fraude et d'abus au moyen de divers canaux de communication, dans une optique de sensibilisation du personnel municipal.

La Ville offre actuellement plusieurs cours abordant des questions d'éthique, et il est facile pour les employés de consulter l'information relative à la reddition de compte et à la transparence (Code de conduite du personnel, Ligne directe de fraude et d'abus et registre des lobbyistes) sur la page d'accueil de l'intranet de la Ville (Ozone). Le programme d'orientation des nouveaux employés et la formation donnée aux nouveaux gestionnaires font mention de la Ligne et présentent de façon générale les responsabilités du personnel relativement à la Politique en matière de fraude et d'abus.

Comme indiqué dans la réponse à la recommandation 8, le Bureau du greffier municipal et de l'avocat général souhaite offrir davantage de cours et de formations sur l'éthique et le Code de conduite du personnel, lesquels devraient être proposés à partir du quatrième trimestre de 2018 ou du premier trimestre de 2019. Il travaille actuellement à l'élaboration d'un module préliminaire de formation en ligne sur le Code de conduite du personnel. L'objectif est de créer éventuellement d'autres modules qui viendront compléter celui-ci, dans le cadre du travail constant de sensibilisation au Code de conduite du personnel, ainsi que de favoriser une réflexion sur les questions d'éthique chez le personnel municipal. Ce module portera sur les fondements éthiques du Code de conduite du personnel, les bases d'une prise de décisions éthiques, les attentes de la Ville à l'endroit de ses employés et les procédures de signalement d'une conduite inappropriée (contraire à l'éthique) ou d'une violation du Code, et abordera la Politique en matière de fraude et d'abus ainsi que la Ligne directe de fraude et d'abus. La direction intégrera également de l'information sur la Ligne aux futures formations sur le Code.

### **Recommandation 10**

Que la Ville modifie ses procédures afin de conserver plus longtemps ses courriels sauvegardés pour pouvoir y accéder dans le cadre d'enquêtes futures.

### **Réponse de la gestion**

La direction accepte cette recommandation et a déjà entrepris sa mise en œuvre.

En réponse à une recommandation d'une vérification précédente, la Ville a procédé à l'examen de la pratique consistant à conserver les courriels pour une période de trois mois en juin 2011. Cet examen a permis de confirmer qu'il n'existe aucune obligation législative – par exemple aux termes de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* (LAIMPVP) ou des lois en matière de relations de travail –, juridique ou municipale de prolonger la période de conservation des courriels au-delà de 90 jours. Compte tenu du consensus concernant l'absence d'exigence municipale à cet égard et des coûts associés à une période de conservation de deux ans (allant de 150 000 \$ à 500 000 \$ selon les estimations), aucun changement aux pratiques actuelles de gestion des courriels et aux politiques connexes n'est prévu. Les conclusions de l'examen mené sur la conservation des courriels sont résumées dans un rapport d'information qui a été présenté au Sous-comité de la technologie de l'information le 22 août 2011, au Comité des finances et du développement économique le 6 septembre 2011 et au Conseil le 14 septembre 2011.