



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

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

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

Health System Accountability and Performance
Division
Performance Improvement and Compliance
Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

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

Copie destinée au public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
31 mars 2014	2014_84545_0007	O-000990-13, O-001217-13	Système de rapport d'incidents critiques
Titulaire de permis CARESSANT CARE NURSING AND RETIREMENT HOMES LIMITED 264, AVENUE NORWICH, WOODSTOCK (ONTARIO), N4S 3V9			
Foyer de soins de longue durée CARESSANTCAREBOURGET 2279, rue Laval, C.P. 99, Bourget (Ontario), K0A 1E0			
Inspecteur(s) ANGELE ALBERT-RITCHIE (545)			
Résumé de l'inspection			
Cette inspection a été menée conformément au Système de rapport d'incidents critiques. L'inspection s'est tenue les 10, 11, 12, 13 et 14 mars 2014. Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec l'administrateur, la directrice des soins infirmiers, le coordonnateur de l'évaluation des résidents (RAI), plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et plusieurs préposés aux services de soutien à la personne (PSSP). Au cours de l'inspection, l'inspecteur a examiné le dossier de santé des résidents n ^{os} 1 et 2, la politique et procédure relative au plan de sécurité des résidents (Safety Plan - Resident Policy and Procedure) revue en septembre 2013, la politique de prévention des chutes et le Code C.A.R.E., ainsi que les feuilles de participation à la formation pour 2013, et observé les soins et les services fournis aux résidents. Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection : prévention des chutes; recours minimal à la contention; 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 ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

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

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;
- b) les objectifs que visent les soins;
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 6 (1) c), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs au résident n° 1 et au résident n° 2.

Un examen du programme de soins du résident n° 1 a révélé que le résident n° 1 avait été diagnostiqué d'ostéoporose (sans précision) et d'une démence. Le résident n° 1 se baladait dans les chambres d'autres résidents et dans l'unité en raison de son agitation; il a été jugé à haut risque pour les chutes et il avait d'ailleurs des antécédents à cet égard. Le résident n° 1 a fait une chute dont personne n'a été témoin un jour de 2013; il a été transporté à l'hôpital pour une fracture et est décédé après une intervention chirurgicale. Le programme de soins établi en avril 2013 indiquait que le personnel était censé contrôler le résident n° 1 toutes les heures pour assurer sa sécurité en raison de son haut risque de chute, de l'utilisation de médicaments psychotropes, de sa démarche instable, de sa déficience intellectuelle et du fait qu'il n'appelait jamais pour avoir de l'aide.

Un jour de mars 2014, le PSSP n° 105 a précisé que le résident n° 1 était sous étroite surveillance. Lorsqu'on lui a demandé de décrire ce que signifiait « étroite surveillance », le PSSP n° 105 a répondu que parfois il ou elle emmenait le résident n° 1 au salon, où ils regardaient la télévision ensemble.

Au cours d'un entretien le 12 mars 2013, la directrice des soins infirmiers et l'administrateur ont affirmé que le programme de soins électronique du foyer ne prévoyait pas de contrôle de sécurité horaire et que, par conséquent, les PSSP n'auraient pas surveillé ni documenté l'état du résident n° 1 toutes les heures pour assurer sa sécurité.

Au cours d'entretiens avec le PSSP n° 108 et le PSSP n° 102 le 12 mars 2014, ceux-ci ont expliqué que, si le résident n° 1 avait été sous surveillance horaire, ceci aurait été prévu comme tâche et documenté au point de service (programme de soins électronique) du résident n° 1.

Le rapport de tâches et d'interventions du PSSP qui a été examiné pour le résident n° 1 sur une période de dix jours en octobre 2013 ne comportait aucune tâche indiquant la nécessité de contrôler le résident n° 1 toutes les heures.

L'administrateur et la directrice des soins infirmiers ont expliqué que le programme de soins n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel concernant une surveillance horaire visant à assurer la sécurité du résident n° 1. [alinéa 6 (1) c)]

2. L'examen du programme de soins du résident n° 2 a révélé que celui-ci avait été diagnostiqué d'une démence, présentait les symptômes de la maladie de Parkinson, notamment des maladies cardiaques et pulmonaires. Le résident n° 2 a été admis au foyer en mars 2013 et a immédiatement été jugé à haut risque de chute en raison de sa démarche instable. Un jour de décembre 2013, un PSSP a vu que le résident n° 2 avait un membre retourné alors qu'il était dans son lit avec deux côtés de lit complets en position relevée. Le résident n° 2 a été transporté à l'hôpital avec un membre fracturé et est décédé après une intervention chirurgicale.

Le programme de soins mis à jour en novembre 2013 indiquait que le personnel était censé contrôler le résident n° 2 toutes les heures pour assurer sa sécurité en raison du haut risque de chute qu'il présentait.

Au cours d'un entretien avec le PSSP n° 111 le 14 mars 2014, il a été dit que le résident n° 2 avait besoin de deux membres du personnel pour tous ses transferts. L'employé n° 111 a affirmé que le résident n° 2 présentait un risque de chute parce qu'il ou elle était instable et avait fait de nombreuses chutes auparavant. Le PSSP a expliqué que les deux côtés de lit complets étaient toujours en position relevée quand le résident n° 2 était au lit, ceci pour l'empêcher de se lever et de tomber. Le PSSP a ajouté que le résident n° 2 essayait parfois de sortir du lit en passant les jambes par-dessus les côtés de lit. Lorsqu'on lui a demandé comment la surveillance du résident n° 2 était assurée, le PSSP a répondu qu'il ou elle jetait un coup d'œil sur le résident n° 2 tout en travaillant dans l'unité. Le PSSP n° 111 a affirmé qu'aucun rapport ni aucune documentation de contrôles horaires n'étaient faits pour assurer la sécurité du résident n° 2.

Le rapport de tâches et d'interventions du PSSP qui a été examiné pour le résident n° 2 sur une période d'une semaine avant l'incident en décembre 2013 ne comportait aucune tâche indiquant la nécessité de contrôler le résident n° 2 toutes les heures.

Au cours d'un entretien le 12 mars 2014, la directrice des soins infirmiers et l'administrateur ont affirmé que les PSSP avaient accès au programme de soins des résidents et qu'ils étaient censés documenter la prestation des soins dans le dossier électronique des résidents. Selon ce qu'a affirmé la directrice des soins infirmiers lors d'un entretien le 14 mars 2014, quand « un contrôle horaire est prévu dans le programme de soins », le foyer exige que le personnel assure une observation toutes les heures, fasse rapport de ce qu'il a observé et documente l'observation dans une note d'évolution chaque fois que l'observation a lieu.

Ainsi, le programme de soins n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins au résident n° 1 et au résident n° 2. [alinéa 6 (1) c)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer

le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel qui fournit des soins directs au résident. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 221 (Formation complémentaire — personnel chargé des soins directs).

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

Par. 221 (1) Pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants :

1. La prévention et la gestion des chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 221 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, alinéa 221 (1) 1, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs reçoivent une formation sur la prévention et la gestion des chutes.

Lors de l'examen de la formation du personnel du foyer Bourget pour 2013, il a été dit qu'en 2013, 47 % du personnel fournissant des soins directs avait reçu une formation sur la prévention des chutes et que cette formation avait comporté un examen des politiques et procédures de prévention des chutes.

Au cours d'un entretien le 14 mars 2014, la directrice des soins infirmiers a affirmé que le foyer avait déployé le Code C.A.R.E. dans le cadre du programme relatif aux chutes en 2013 et déclaré que le personnel avait reçu une formation. L'examen des feuilles de participation à la formation sur le Code C.A.R.E. a révélé que 31 % du personnel fournissant des soins directs avait reçu une formation sur le Code C.A.R.E. en mai 2013. Au sein de la proportion de 47 % de membres du personnel fournissant des soins directs et ayant reçu une formation sur la prévention des chutes en 2013, 10 % ont également reçu une formation sur le Code C.A.R.E.

Lors d'un entretien le 14 mars 2014, le PSSP n° 111 a déclaré ne pas connaître l'existence du Code C.A.R.E. et ne savait pas ce qu'il représentait.

Ainsi, le foyer n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel fournissant des soins directs reçoivent une formation sur la prévention et la gestion des chutes en 2013. [alinéa 221 (1) 1]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux résidents reçoivent une formation sur la prévention et la gestion des chutes en 2014. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, art. 31 (Contention au moyen d'appareils mécaniques).

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

Par. 31 (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention. 2007, chap. 8, par. 31 (2).

Par. 31 (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

5. Le résident a consenti à être maîtrisé ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement a consenti à ce qu'il le soit. 2007, chap. 8, par. 31 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, chap. 8, alinéa 31 (2) 4, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce qu'un ordre de contention délivré par le médecin soit inclus dans le programme de soins du résident n° 2.

Lors de l'examen de l'évaluation RAI-MDS effectuée par le coordonnateur de l'évaluation RAI en novembre 2013, il a été documenté que le score du résident n° 2 à l'échelle de rendement des fonctions cognitives s'était dégradé de deux points par rapport à l'évaluation de juin 2013 et que des côtés de lit complets étaient utilisés tous les jours pour fermer les côtés de lit ouverts.

Lors d'un entretien le 14 mars 2014, le PSSP n° 111 a expliqué que les deux côtés de lit complets étaient toujours en position relevée lorsque le résident n° 2 était au lit, ceci pour l'empêcher de se lever et de tomber.

Lors d'un examen du dossier de santé du résident n° 2, on n'a trouvé aucune documentation indiquant qu'un médecin avait ordonné l'utilisation de deux côtés de lit complets quand le résident n° 2 était au lit.

Lors d'un entretien le 14 mars 2013, la directrice des soins infirmiers a indiqué que le médecin n'avait pas donné d'ordre exigeant l'utilisation de deux côtés de lit complets lorsque le résident n° 2 était au lit.

Ainsi, le programme de soins prévoyant la contention du résident n° 2 n'incluait pas d'ordre du médecin exigeant l'utilisation de deux côtés de lit complets lorsque le résident no 2 était au lit. [alinéa 31 (2) 4]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 31 (2) 5, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le programme de soins prévoyant la contention du résident n° 2 inclue le consentement du mandataire spécial.

Dans une note d'évolution datant de novembre 2013, il est indiqué que la directrice des soins infirmiers avait faxé une note au mandataire spécial lui demandant son consentement à l'utilisation de moyens de contention.

Lors d'un examen du dossier de santé du résident n° 2, on n'a trouvé aucune documentation d'un formulaire de consentement signé par le mandataire spécial pour l'utilisation de deux côtés de lit complets lorsque le résident n° 2 était au lit.

Lors d'un entretien le 14 mars 2014, la directrice des soins infirmiers a expliqué que le mandataire spécial du résident no 2 était difficile à joindre et qu'on avait tenté à de nombreuses reprises d'obtenir un consentement.

Ainsi, le programme de soins du résident n° 2 n'incluait pas le consentement du mandataire spécial du résident à l'utilisation de moyens de contention. [alinéa 31 (2) 5]

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 107 (Rapports : incidents graves).

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

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

4. Sous réserve du paragraphe (3.1), un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règlement de l'Ontario 79/10, par. 107 (3), dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que la direction soit informée dans un délai d'un jour ouvrable d'un incident qui a causé au résident n° 2 une blessure qui a nécessité le transport du résident n° 2 à l'hôpital et qui a entraîné un changement important dans l'état de santé de celui-ci.

Lors d'un entretien avec l'employé n° 104 membre du personnel autorisé, il a été dit que le résident n° 2 avait été trouvé dans son lit après 13 h un jour de décembre 2013, en détresse et un membre retourné vers l'intérieur.

Lors d'un entretien avec l'employé n° 100 membre du personnel autorisé, il a été dit qu'après avoir examiné le membre du résident n° 2, on avait cru que le membre s'était fracturé en raison d'une rotation vers l'intérieur et de la profonde douleur qu'éprouvait le résident n° 2. L'employé n° 100 membre du personnel autorisé a expliqué qu'il ou elle avait ordonné à l'IAA d'alerter le médecin immédiatement et que juste avant 14 h, un jour de décembre 2013, le résident n° 2 avait été transporté à l'hôpital par ambulance et avait été opéré de la hanche.

Le foyer a informé la direction au moyen d'un rapport d'incident critique qu'il a présenté un jour de décembre 2013, deux jours ouvrables après l'incident grave. [alinéa 107 (3) 4]

Date de délivrance : 31 mars 2014

Signature de l'inspecteur