



**Ministry of Health and  
Long-Term Care**

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

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

**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

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

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<sup>e</sup> étage  
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

### Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
15 juin 2015	2015_284545_0012	O-000387-14, O-001287-14, O-001349-14	Système de rapports d'incident critique

#### Titulaire de permis

VILLE D'OTTAWA  
Direction des soins de longue durée  
275, avenue Perrier, OTTAWA (Ontario) K1L 5C6

#### Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN  
275, rue PERRIER, VANIER (Ontario) K1L 5C6

#### Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

### Résumé de l'inspection



**Ministry of Health and  
Long-Term Care**

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

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

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

Cette inspection a été menée conformément au Système de rapports d'incident critique.

Cette inspection s'est tenue les 2, 3 et 4 juin 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, deux chefs des soins aux résidents, un coordonnateur de l'évaluation RAI, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposés aux services de soutien personnel (PSSP), un membre d'une famille et des résidents.

L'inspectrice a également visité deux aires résidentielles, observé les chambres à coucher et les parties communes des aires résidentielles, examiné le dossier de santé de certains résidents et le programme de prévention des chutes en vigueur au foyer, puis observé la fourniture des soins et services aux résidents.

Le protocole d'inspection suivant a été utilisé lors de cette inspection :  
prévention des chutes.

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

2 AE  
1 PRV  
0 OC  
0 RD  
0 OTA

**NON-RESPECTS****Définitions**

- AE** — Avis écrit  
**PRV** — Plan de redressement volontaire  
**OC** — **Ordre de conformité**  
**RD** — Renvoi de la question au directeur  
**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 au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 8 (Politiques et dossiers).**

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

**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 n'a pas veillé, comme se doit de le faire le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée lorsque la Loi ou le Règlement exige qu'il 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, à ce que ceux-ci soient respectés, ceci dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que soit respecté le programme suivant :

- programme de prévention des chutes, mars 2014, notamment le programme suivant de prévention des chutes : Resident Assessment for Falls Tool (RAFT), AP & OP 315.08, septembre 2013.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 48 (1) 2, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants : un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion. Conformément au par. 48 (2), outre qu'il doit satisfaire aux exigences énoncées à l'article 30, chaque programme doit : a) prévoir des protocoles de dépistage; b) prévoir des outils d'évaluation et de réévaluation.

Le programme de prévention des chutes au foyer, *Resident Assessment for Falls Tool (RAFT)*, indique aux points 2 et 3, dans la section « Operational Procedure », que le personnel autorisé devra :

Point 2 : tenir une réunion concernant une chute (Huddle) et remplir le formulaire Huddle durant le quart de travail au cours duquel la chute est survenue. Dans le cas d'une chute sans témoin, le sujet sera examiné pour blessure à la tête et il faudra prendre ses signes neurologiques et vitaux.

Point 3 : remplir le formulaire RAFT quand l'état de santé ou la situation du résident l'exige : au moment de l'admission, s'il y a une blessure après une chute nécessitant une hospitalisation et si le résident a fait plus de deux chutes au cours d'une période d'une semaine (7 jours).

Lors d'un entretien le 4 juin 2015, l'employée 101, chef des soins aux résidents, a indiqué que le formulaire Huddle était l'outil d'évaluation sous format papier employé par le foyer après une chute et que le personnel autorisé devait en remplir un exemplaire chaque fois qu'un résident fait une chute, avec ou sans témoin.

L'inspectrice a examiné les rapports d'incident grave de trois résidents. Les trois incidents graves concernaient une chute qui avait causé à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

Concernant le dossier O-000387-14, pour le résident 001 :

Le résident 001 a été admis au foyer un jour d'août 2012 avec de multiples affections, notamment la maladie d'Alzheimer. L'évaluation du résident a révélé une démarche instable. Il s'est vu offrir un ambulateur pour se déplacer dans l'unité, mais il oubliait de s'en servir.

L'inspectrice a examiné un rapport d'évaluation du risque de chute pour le résident (RAFT), qui indiquait que le résident 001 était à risque modéré (score de 9) pour les chutes en raison d'une démarche instable, avait besoin d'une supervision lors de l'utilisation d'une aide à la mobilité et devait uriner au moins deux fois par nuit. Le rapport d'évaluation du risque de chute pour le résident (RAFT) n'était pas daté ni signé.

L'inspectrice a examiné le dernier protocole d'évaluation (RAP) du résident 001 pour la prévention des chutes. Les déclencheurs de chute suivants ont été identifiés : errance, utilisation d'antidépresseurs,

possibilité d'hypotension causée par des psychotropes, démarche instable et chutes survenues au cours des 180 derniers jours (deux chutes sans blessure).

L'examen du dossier de santé du résident a révélé deux incidents pour lesquels, contrairement à la politique du foyer, le rapport d'évaluation concernant une chute (formulaire Huddle) n'a pas été rempli :

- Chute n° 1 – un jour d'avril 2014 : on a trouvé par terre dans le couloir, en face de sa chambre, le résident 001 qui criait « à l'aide »; une blessure à la tête (lacération et hématome) et un saignement modéré ont été notés et la plaie était ouverte et tendre au toucher. Le résident était alerte, incohérent et désorienté. Le résident a été transporté à l'hôpital par ambulance pour des points de suture. Une déficience cognitive (delirium/confusion mentale) a été citée comme facteur. Les notes indiquaient que le résident avait été placé dans un fauteuil Broda avec contention temporaire au retour de l'hôpital pour une surveillance plus étroite. Les notes indiquaient que le résident avait été vu en train de marcher dans l'unité sans l'aide de son ambulateur à quatre dates différentes entre son retour de l'hôpital et une deuxième chute (décrite plus loin). Les notes indiquaient que le résident avait refusé d'utiliser l'ambulateur et avait essayé à quelques reprises de s'asseoir sur le siège de l'ambulateur sans appliquer les freins. Une note indiquait que le résident était à risque pour les chutes.

- Chute n° 2 – huit jours après la chute n° 1 : le résident 001 a été trouvé au lit, se plaignant de douleur au bras droit, ses draps et sa chemise de pyjama étaient tachés de sang et il avait des ecchymoses. Le résident a été changé pour cause d'incontinence urinaire, l'infirmière de service a été informée et, après l'évaluation, des pansements ont été appliqués. Une déficience cognitive a été citée comme facteur. Le résident s'est plaint de douleur; un antidouleur contenant un narcotique lui a été administré régulièrement pour gérer la douleur. Le deuxième et le troisième jours après la blessure, des notes indiquaient que le résident se plaignait de douleur; une radiographie a été prise quatre jours après la blessure. Le résident 001 ne marchait plus en raison de la douleur. Les résultats de la radiographie montraient une fracture, le résident a été transféré à l'hôpital par ambulance pour une chirurgie six jours après la blessure.

Lors d'un entretien le 3 juin 2015, l'IA 103 a indiqué qu'une évaluation concernant une chute avait été effectuée chaque fois qu'un résident était tombé, elle a ajouté que l'évaluation aidait le personnel à comprendre pourquoi le résident était tombé et les renseignements étaient utilisés pour mettre à jour le programme de soins et y ajouter des stratégies pour prévenir d'autres chutes. L'IA a indiqué que le résident 001 était tombé souvent l'an dernier parce qu'il oubliait d'utiliser l'ambulateur mais qu'à présent le résident ne tombait plus puisqu'il était confiné à un fauteuil roulant.

Lors d'un entretien le 4 juin 2015, l'IAA 108 a indiqué que chaque fois qu'un résident tombait, une évaluation de la tête aux pieds était effectuée, le médecin était informé et un rapport d'incident ainsi qu'une évaluation concernant une chute étaient remplis. Elle a indiqué qu'elle ne se rappelait pas les incidents de chute d'avril 2014, mais elle se rappelait que le résident 001 était à risque élevé de chute

et qu'en raison des chutes qui lui avaient causé des blessures, le résident ne marchait plus avec un ambulateur, était maintenant confiné à un fauteuil roulant et montrait une crainte de tomber. L'IAA 108 a été incapable de fournir la documentation de l'évaluation concernant la chute survenue un jour d'avril 2014 et l'incident sans témoin impliquant une blessure survenue un jour d'avril 2014 et ayant entraîné une fracture.

L'IAA a été incapable de trouver de la documentation pour les évaluations concernant les chutes survenues à deux dates différentes d'avril 2014. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

2. En ce qui concerne le dossier O-001287-14 pour le résident 002 :

Le résident 002 été admis au foyer un jour de mai 2014 et présentait différentes affections, notamment une démence. Le résident a été évalué comme ayant une démarche instable (octobre 2014) et utilisait un ambulateur pour se déplacer dans l'unité et nécessitait l'aide assidue d'une personne.

Un rapport d'évaluation du risque de chute (RAFT) rempli au moment de son admission a été examiné par l'inspectrice; le rapport indiquait que le résident 002 était à risque modéré (score de 4) pour les chutes attribuables à l'utilisation de psychotropes, à une perte cognitive et au non-respect concernant une demande d'assistance, l'observation des consignes ou à l'attention réduite à son environnement.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé, sur une période de neuf jours, quatre chutes pour lesquelles, contrairement à la politique du foyer, le rapport d'évaluation (formulaire Huddle) n'a pas été rempli :

- Chute n° 1 – un jour d'octobre 2014 : le résident 002 a été trouvé par terre sur le dos, entre le lit et la salle de toilette. Le résident essayait de se diriger vers la salle de toilette et est tombé du lit. Une perte cognitive, une démarche instable et un besoin d'assistance lors de l'utilisation de l'ambulateur étaient au nombre des facteurs cités dans les notes. Après une évaluation de la tête aux pieds, aucune blessure n'a été notée.
- Chute n° 2 – deux jours après la chute n° 1: le résident 002 a été trouvé par terre, sur le dos, près du poste infirmier. Le résident essayait de s'asseoir dans un fauteuil et est tombé. Une perte cognitive, une démarche instable et un besoin d'assistance lors de l'utilisation de l'ambulateur étaient au nombre des facteurs cités dans les notes. Après une évaluation de la tête aux pieds, aucune blessure n'a été notée. Le même jour, le résident a été mis sous antibiotiques pour traiter une infection pulmonaire.
- Chute n° 3 – cinq jours après la chute n° 2 : le résident 002 a été trouvé par un autre résident sur les genoux près du lit. Le résident était désorienté et incapable d'expliquer ce qui s'était passé. Le résident a été soulevé et remis au lit par trois employés au moyen d'un lève-patient mécanique. Le résident a été encouragé à appeler pour avoir de l'aide en utilisant la sonnette d'appel. Après une évaluation de la tête aux pieds, aucune blessure n'a été notée.

• Chute n° 4 – trois jours après la chute n° 3: le résident 002 a été trouvé par terre, sur son côté gauche, dans la chambre, après qu'un membre du personnel a entendu un grand bruit et un cri. Les jambes du résident étaient pliées, le résident se plaignait d'une douleur sévère et avait de la difficulté à bouger. Le résident a été transporté à l'hôpital par ambulance car l'infirmière soupçonnait une fracture. Le résident est rentré de l'hôpital le lendemain avec une fracture, est retourné à l'hôpital trois jours plus tard avec une douleur sévère. Le résident est décédé à l'hôpital d'affections pulmonaire et cardiaque, comme l'indique la note du médecin, six jours après la chute.

Lors d'un entretien le 3 juin 2015, la PSSP 105 a indiqué qu'elle se rappelait que le résident 002 était à risque pour les chutes, qu'il avait un ambulateur mais que souvent il ne s'en servait pas, et a ajouté que le résident était tombé plusieurs fois, jusqu'à son décès après une chute.

Lors d'un entretien le 3 juin 2015, l'IAA a indiqué qu'elle était chargée de remplir le rapport d'évaluation concernant les chutes au moyen du formulaire d'évaluation approprié chaque fois qu'un résident tombait et a ajouté que, si un résident tombait trois fois le même jour, il fallait remplir trois évaluations. Elle a également indiqué qu'une copie des formulaires d'évaluation était envoyée à l'administrateur, aux deux chefs des soins aux résidents et à la coordonnatrice de l'évaluation RAI et que l'original était conservé au dossier du résident. L'IAA a indiqué que le résident 002 était à risque pour les chutes étant donné qu'il prenait des psychotropes et qu'il fallait le surveiller, particulièrement lorsqu'il allait aux toilettes; elle a ajouté que le résident était capable de se mettre au lit et de sortir de son lit de manière autonome lorsqu'il a été admis en mai 2014. L'IAA a également indiqué qu'un tapis n'aurait probablement pas été utilisé; en effet, les tapis étaient rarement utilisés dans cette unité particulière vu que de nombreux résidents erraient dans la chambre d'autres résidents et que ces tapis risquaient de créer un risque de trébuchement.

L'IAA n'a pas trouvé, ainsi que le voudrait la politique du foyer, de documentation concernant les évaluations relatives aux chutes survenues à quatre dates différentes en octobre 2014 ni de documentation de l'évaluation RAFT montrant une réévaluation du risque de chute pour le résident 002.

Lors d'un entretien le 3 juin 2015, l'employée 102, chef des soins aux résidents, a indiqué qu'après trois chutes, une évaluation aurait dû être réalisée. Elle a indiqué que le résident 002 avait une infection pulmonaire et recevait un traitement antibiotique; elle a ajouté que les chutes avaient été causées par une affection aiguë. La chef des services aux résidents a indiqué qu'à sa connaissance le résident n'avait pas fait de chutes avant celles d'octobre 2014 et était jugé comme étant à risque modéré pour ce type d'incident. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

3. En ce qui concerne le dossier O-001349-14 pour le résident 003 : le résident 003 a été admis au foyer un jour de janvier 2013. Le résident avait été diagnostiqué d'affections multiples, notamment de démence. Le résident prenait un anticoagulant tous les jours. Un jour d'octobre 2014, le résident a été

évalué comme ayant une démarche instable, utilisait un ambulateur, avait besoin d'aide pour les transferts et a été identifié comme ayant fait une chute au cours des 31 à 180 derniers jours.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé que celui-ci avait fait trois chutes au cours d'une période de trois jours et, contrairement à la politique du foyer, on n'a pas trouvé d'évaluation RAFT visant à réévaluer le risque de chute du résident 003 :

- Chute n° 1 – un jour de novembre 2014 : le résident 003 a été trouvé par terre après le petit-déjeuner. Le résident essayait de placer une tasse de café sur le siège de son ambulateur à quatre roulettes et, quand la tasse s'est renversée, le résident a glissé et est tombé. Aucune blessure n'a été notée et le résident a été encouragé à finir son repas dans la salle à manger.
- Chute n° 2 – le même jour que la chute n° 1, environ une heure plus tard : le résident 003 a été trouvé par terre, sur son côté droit, devant la télévision, dans le petit salon le plus proche de sa chambre. Le résident, angoissé, demandait l'aide du personnel. Le résident a été transféré dans le fauteuil inclinable et, après une évaluation, une blessure à la tête a été observée : une bosse du côté droit de la tête. On a appliqué de la glace et pris les signes vitaux. Le résident était alerte. Le lendemain, le résident a commencé à prendre des antibiotiques pour traiter une infection.
- Chute n° 3 – trois jours après les chutes 1 et 2 : le résident 003 a été trouvé par terre dans sa chambre, les jambes repliées en arrière et la tête sur le côté du lit. Le résident a été transféré au lit par trois membres du personnel; il était alerte mais incapable de répondre aux questions de manière cohérente. Après une évaluation de la tête aux pieds, aucune lésion n'a été notée. Le lendemain, une note indiquait que le résident se plaignait d'une douleur à la hanche, qu'il était très instable en position debout et qu'il avait de la difficulté sur les points d'appui. Le résident a été transporté à l'hôpital le même jour, et de nouveau le lendemain pour des examens plus poussés. Le résident a été diagnostiqué d'un traumatisme crânien et d'une fracture.

Lors d'un entretien le 4 juin 2015, l'IAA 108 a indiqué que le résident 003 n'avait pas été identifié comme étant à risque pour les chutes avant de tomber trois fois en novembre 2014 et a ajouté que le résident marchait avec un ambulateur. L'IAA a indiqué que lorsque le résident a fait sa première chute, en novembre 2014, c'était parce que sa tasse de café s'était renversée et que cela lui avait fait perdre l'équilibre. L'IAA 108 a indiqué qu'à ce moment-là, le résident avait besoin d'une aide minimale pour les activités de la vie quotidienne mais qu'après la troisième chute, en novembre 2014, en raison d'un accident cérébral vasculaire, l'état du résident avait changé considérablement et que maintenant il ne marchait plus, avait besoin de l'aide de deux personnes pour les transferts et était confiné à un fauteuil roulant. L'IAA a également indiqué que le résident avait commencé à passer le plus clair de son temps au lit, sauf pour les repas.

L'IAA n'a pas trouvé, ainsi que le voudrait la politique du foyer, de documentation concernant l'évaluation du risque de chute pour le résident (formulaire RAFT) et montrant une réévaluation de ce risque pour le résident 003 après trois chutes le 20 novembre 2014.

Lors d'un entretien le 4 juin 2015, l'employée 101, chef des soins aux résidents, a indiqué qu'elle savait que le personnel autorisé n'avait pas observé la politique de prévention des chutes en vigueur au foyer, par exemple l'obligation de remplir une évaluation après chaque chute et de remplir un formulaire d'évaluation du risque de chute si le résident fait plus de deux chutes au cours d'une semaine (période de sept jours). Elle a indiqué que le foyer avait lancé récemment (en mai 2015) un nouveau système de suivi des chutes et de surveillance plus étroite. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

#### **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 observent le programme de prévention des chutes en vigueur au foyer. 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. 107 (Rapports : incidents graves).**

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

**(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.**

#### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice soit immédiatement informée, de manière aussi détaillée que possible compte tenu des circonstances, lorsqu'un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

#### **Résident 001 :**

Le résident 001 a été admis au foyer un jour d'août 2012, présentant de multiples affections, dont la maladie d'Alzheimer. Le résident a été évalué comme ayant une démarche instable et un ambulateur lui a été fourni pour se déplacer dans l'unité, mais il oubliait de s'en servir.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé qu'un jour d'avril 2014, le résident 001 avait été trouvé dans le couloir, en face de sa chambre, criant « à l'aide »; une blessure à la tête (lacération et hématome) et un saignement modéré ont été notés et la plaie était ouverte et tendre au toucher. Le résident était alerte, incohérent et désorienté. Le résident a été transporté à l'hôpital par ambulance pour recevoir des points de suture. Une déficience cognitive (delirium/confusion mentale) a été citée comme facteur. Les notes indiquaient que le résident était faible, qu'il était instable en position debout et qu'il avait perdu de l'appétit à son retour de l'hôpital le jour de l'incident.

Contrairement au règlement, aucun rapport d'incident grave n'a été présenté au directeur.

Résident 003 :

Le résident a été admis au foyer un jour de janvier 2013. Le résident a été diagnostiqué de plusieurs affections, dont une démence et un accident vasculaire cérébral avec hémiplégié. Le résident prenait un anticoagulant tous les jours. Un jour d'octobre 2014, il a été évalué comme ayant une démarche instable, il utilisait un ambulateur de manière autonome et avait besoin de l'aide d'une personne pour les transferts.

L'examen du dossier de santé du résident a révélé qu'un jour de novembre 2014, le résident 003 a été trouvé par terre dans sa chambre, les jambes repliées en arrière et la tête sur le côté du lit. Le résident a été transféré au lit par trois membres du personnel; il était alerte mais incapable de répondre aux questions de manière cohérente. Après une évaluation de la tête aux pieds, aucune lésion n'a été notée. Le lendemain, une note indiquait que le résident se plaignait d'une douleur à la hanche, qu'il était très instable en position debout et qu'il avait de la difficulté sur les points d'appui. Le résident a été transporté à l'hôpital le même jour, et de nouveau le lendemain pour des examens plus poussés. Le résident a été diagnostiqué d'un traumatisme crânien et d'une fracture. Après l'incident, le résident a été alité pour réduire l'inflammation et, dans les trois jours qui ont suivi cette chute, il portait un produit pour incontinence urinaire, était incapable de se nourrir en raison de son incapacité à porter sa main droite à la bouche et était incapable de bouger sa jambe droite sans être aidé.

Un rapport d'incident grave a été présenté au directeur cinq jours après que le résident 003 a été transporté à l'hôpital pour une chute qui était survenue la veille et qui avait provoqué un changement important dans son état de santé.

Lors d'un entretien le 8 juin 2015, l'employée 101, chef des soins aux résidents, a indiqué qu'il était du devoir de l'équipe de direction d'informer le directeur lorsqu'un incident cause à un résident une lésion qui nécessite son transport à un hôpital et provoque un changement important dans son état de santé. La chef des soins aux résidents a confirmé que le directeur n'avait pas été informé quand le résident 001 a été transporté à l'hôpital un jour d'avril 2014 à la suite d'une chute ayant causé une lésion. En ce qui concerne le résident 003, la chef des soins aux résidents a confirmé que le directeur n'avait pas été immédiatement informé quand le résident 003 a fait une chute un jour de



**Ministry of Health and  
Long-Term Care**

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

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

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

novembre 2014. Elle a indiqué que le résident avait été transféré à l'hôpital un jour après sa chute pour des examens et renvoyé le lendemain avec un changement important dans son état de santé et un diagnostic de traumatisme crânien et de fracture. La chef des soins aux résidents a confirmé que le directeur avait été informé trop tard. [alinéa 107 (3) 4]

---

Date de délivrance :

**Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice**

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.