



**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***

**Long-Term Care Homes Division  
Long-Term Care Inspections Branch  
Division des foyers de soins de  
longue durée  
Inspection des FLSD**

Ottawa Service Area Office  
347 Preston St Suite 420  
OTTAWA ON K1S 3J4  
Telephone : (613) 569-5602  
Facsimile : (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
OTTAWA ON K1S 3J4  
Téléphone : 613 569-5602  
Télécopieur : 613 569-9670

## **Copie destinée au public**

---

<b>Date du rapport :</b>	<b>N° d'inspection :</b>	<b>N° de registre :</b>	<b>Type d'inspection :</b>
11 octobre 2018	2018_619550_0014	011664-18	Système de rapport d'incidents critiques

---

### **Titulaire de permis**

Ville d'Ottawa  
Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée  
200, chemin Island Lodge, OTTAWA ON K1N 5M2

---

### **Foyer de soins de longue durée**

Centre d'accueil Champlain  
275, rue Perrier, VANIER ON K1L 5C6

---

### **Nom de l'inspectrice**

JOANNE HENRIE (550)

---

## **Résumé de l'inspection**

---



**Il s'agissait d'une inspection effectuée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.**

**Elle a eu lieu aux dates suivantes : 27, 28, 29 et 30 août 2018.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSR), responsable du programme des soins personnels (RPSP), infirmière autorisée ou infirmier autorisé (IA), infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), et une personne résidente.**

**En outre, l'inspectrice a observé les soins et les services fournis à une personne résidente et l'interaction entre le personnel et la personne résidente; elle a aussi examiné les dossiers médicaux d'une personne résidente et les politiques relatives aux chutes.**

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :  
Prévention des chutes  
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles**

**Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :**

**4 AE  
3 PRV  
0 OC  
0 RD  
0 OTA**

**NON-RESPECT DES EXIGENCES****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 non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

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

**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 concernant 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; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**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 n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente 001.

Cette inspection concerne le registre n° 011664-18.

Un RIC (rapport d'incident critique) a été soumis au directeur et faisait rapport de la chute d'une personne résidente qui s'était traduite par d'éventuelles lésions. On déclarait que la personne résidente 001 avait été laissée sans surveillance lors d'une situation déterminée et qu'elle avait fait une chute. Un test de diagnostic avait révélé la présence d'une lésion déterminée. On documentait également dans le rapport que la personne résidente avait subi de multiples chutes lors d'une période déterminée de six mois.

L'inspectrice 550 avait examiné les notes d'évolution, et remarqué que l'on y documentait de multiples chutes au cours de la période déterminée.

La ou le RPSPR 100 a dit à l'inspectrice 550 que le programme de soins de la personne résidente incluait le kardex, car l'on conservait les programmes de soins dans les dossiers électroniques auxquels les PSSP n'avaient pas accès. Un kardex est à leur disposition dans un classeur au poste infirmier ainsi que dans la salle de bains des personnes résidentes. Le risque de chutes de la personne résidente et les interventions sont documentés dans le kardex.

L'IA 101 a dit à l'inspectrice que la personne résidente 001 présentait un risque élevé de faire des chutes et qu'elle était souvent tombée au cours des derniers mois. Le risque de chutes des personnes résidentes et les interventions sont documentés dans leur programme de soins qui se trouve dans les dossiers électroniques et dans le kardex, et l'on en garde une copie dans un classeur au poste infirmier et dans la salle de bains de la personne résidente. Le kardex est l'outil utilisé par les PSSP pour les guider dans la fourniture des soins, car les PSSP n'ont pas accès aux dossiers électroniques. La ou le PSSP 104 a dit à l'inspectrice 550 fournir régulièrement des soins à la personne résidente 001, que celle-ci était connue pour tomber fréquemment et qu'elle avait subi une fracture dans le passé. La ou le PSSP a indiqué qu'au moment de la chute dont on avait fait rapport, cette personne résidente nécessitait l'assistance de deux membres du personnel pour une certaine activité de la vie quotidienne, et que l'on ne devait pas la laisser seule, car elle continuait de penser qu'elle était capable de marcher, se levait par ses propres moyens et tombait.

L'inspectrice a examiné, avec l'IA 101, le kardex actuel pour la personne résidente 001, kardex qui se trouvait dans le classeur au poste infirmier. L'inspectrice a observé qu'il n'y avait pas dans le kardex de documentation concernant le risque de chutes de cette personne résidente. L'inspectrice a alors examiné le kardex qui se trouvait dans la salle de bains de cette personne résidente et a remarqué que le risque de chutes de la personne résidente n'était pas non plus documenté dans ce kardex. L'inspectrice a examiné le kardex qui était en place au moment de la dernière chute de la personne résidente et a remarqué qu'il n'y avait aucune documentation concernant le risque de chutes de la personne résidente ni toute intervention indiquant que cette personne résidente ne devait pas être laissée sans surveillance dans certaines situations.

Lors d'un entretien, la ou le RPSPR 100 a dit à l'inspectrice 550 que le programme de soins n'établissait pas des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente 001, car le kardex en place au moment de la dernière chute et le kardex actuel ne comportaient pas le risque de chutes de la personne résidente, et que le kardex en place au moment de la dernière chute n'indiquait pas que l'on ne devait pas laisser la personne résidente sans surveillance dans une certaine situation. [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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le programme de soins de la personne résidente 001 établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne résidente. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :**

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

**Constatations :**

- 1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute politique établie ou par ailleurs mise en place :
  - b) soit respectée.



Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 48 (1)1, le titulaire de permis veille à ce qu'il y ait un programme interdisciplinaire de prévention et de gestion des chutes élaboré et mis en œuvre au foyer, et visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion.

Cette inspection concerne le registre n° 011664-18.

Un RIC (rapport d'incident critique) a été soumis au directeur et faisait rapport de la chute d'une personne résidente qui s'était traduite par d'éventuelles lésions. On avait déclaré que la personne résidente 001 avait été laissée sans surveillance dans une certaine situation, et qu'elle avait fait une chute. On documentait également dans le rapport d'incident critique que la personne résidente 001 avait subi de multiples chutes au cours d'une période déterminée de six mois.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001, notamment la documentation figurant dans les notes d'évolution pour la période déterminée. L'inspectrice a remarqué que l'on avait documenté de multiples chutes. Toutes les chutes avaient eu lieu sans témoin et sans lésion pour la personne résidente à l'exception de la dernière chute lorsque l'on avait diagnostiqué que la personne résidente avait une lésion déterminée.

La ou le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) 100 a dit à l'inspectrice 550 que chaque fois qu'une personne résidente fait une chute, on doit faire et documenter une évaluation après chute dans son dossier électronique. On doit effectuer une évaluation neurologique pour chaque chute qui a eu lieu sans témoin ou qui se traduit par un traumatisme crânien. Ces évaluations doivent se faire et être documentées sur copie papier que l'on garde dans le dossier de la personne résidente.

L'inspectrice a examiné le programme de prévention des chutes : politique n° 315.08 intitulée *Falls Prevention Program: Resident Assessment for Falls Tool* (programme de prévention des chutes : outil d'évaluation des personnes résidentes pour les chutes) et la politique n° 315.11 intitulée *Assessment: Head Injury* (évaluation - traumatisme crânien), toutes deux avec une date de révision de septembre 2013. Ces deux politiques font partie du programme de prévention des chutes du foyer. La politique intitulée *Fall Prevention Program: Fall Risk Assessment Tool*, (programme de prévention des chutes : outil d'évaluation des risques de chutes) indiquait ce qui suit :

3. Le personnel autorisé doit remplir l'outil d'évaluation des risques quand l'état de la personne résidente ou la situation l'exige, par exemple :
- au moment de l'admission,
  - quand une lésion causée par la chute nécessite une hospitalisation,
  - quand une personne résidente fait deux chutes ou davantage au cours d'une semaine (7 jours).

La politique n° 315.11 intitulée *Assessment : Head Injury* (évaluation – traumatisme crânien) indiquait ce qui suit :

Pratique administrative :

On doit effectuer une évaluation de traumatisme crânien et des contrôles neurologiques, à l'aide de l'outil d'évaluation neurologique ci-joint, pendant 72 heures à compter du moment de la lésion pour les personnes résidentes qui ont eu un traumatisme crânien réel ou présumé,

Procédure opérationnelle :

2. Surveiller l'état neurologique en remplissant l'outil selon ce calendrier :

- toutes les heures pendant 4 heures, puis si l'état de la personne est stable,
- toutes les 4 heures pendant 24 heures, puis si l'état de la personne est stable,
- lors de chaque poste de travail pendant deux jours.

L'inspectrice a remarqué que le document joint était le formulaire 315.11a intitulé *Neurological Flow Sheet* (fiche de suivi neurologique). La ou le responsable du programme des soins personnels (RPSP) 106 a dit à l'inspectrice qu'une chute sans témoin est considérée comme une chute avec traumatisme crânien présumé.

L'inspectrice 550 a examiné les notes d'évolution dans les dossiers électroniques de la personne résidente 001 pendant une période déterminée, et elle a remarqué que l'on avait documenté de multiples chutes. Toutes les chutes avaient eu lieu sans témoin et sans lésion pour la personne résidente à l'exception de la dernière chute. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver une évaluation après chute pour trois chutes, et l'on avait commencé, mais pas terminé, une évaluation après chute pour six chutes. L'inspectrice a examiné la documentation dans la version papier du dossier de la personne résidente, et elle n'a pas été en mesure de trouver une évaluation neurologique pour dix chutes, et l'on avait commencé, mais pas terminé, une évaluation neurologique pour sept chutes. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de la documentation indiquant que l'on avait effectué une évaluation des risques de chutes après que la personne résidente 001 eut subi plus de deux chutes au cours d'une période de sept jours, ce qui s'est produit une fois pendant la période déterminée.

L'inspectrice 550 a examiné, avec la ou le DSI 100, les évaluations après chute et les évaluations neurologiques pour la personne résidente 001. La ou le DSI a indiqué à l'inspectrice que les deux politiques susmentionnées qui font partie de leur programme de gestion des chutes n'avaient pas été respectées, car l'on n'avait pas effectué les évaluations après chute et les évaluations neurologiques après chaque chute. On n'avait pas effectué d'évaluation des risques de chutes après que la personne résidente 001 eut subi plus de deux chutes au cours d'une période de sept jours. [Alinéas 8. (1)a), 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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les politiques qui font partie du programme de gestion des chutes soient respectées. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 49. Prévention et gestion des chutes**

**En particulier concernant les dispositions suivantes :**

**Par. 49. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (2).**

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui a fait une chute fût l'objet d'une évaluation et à ce que, si c'est nécessaire, une autre évaluation fût effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Cette inspection concerne le registre n° 011664-18.



Un RIC (rapport d'incident critique) a été soumis au directeur, et faisait rapport de la chute de la personne résidente 001 qui s'était traduite par d'éventuelles lésions à celle-ci. On avait déclaré que la personne résidente 001 avait été laissée sans surveillance dans une certaine situation et qu'elle avait fait une chute. On documentait également dans le rapport d'incident critique que la personne résidente avait subi de multiples chutes au cours d'une période déterminée de six mois.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001, notamment la documentation figurant dans les notes d'évolution pour cette période déterminée, et elle a remarqué que l'on avait documenté de multiples chutes. Toutes les chutes avaient eu lieu sans témoin et sans lésion pour la personne résidente à l'exception de la dernière chute. L'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver de la documentation indiquant que l'on avait effectué une évaluation après chute pour trois d'entre elles, et pour six chutes, on avait commencé, mais pas terminé une évaluation après chute.

La ou le responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR) 100 a dit à l'inspectrice 550 que chaque fois qu'une personne résidente fait une chute, on doit faire et documenter une évaluation après chute dans ses dossiers électroniques.

Comme en témoigne ce qui précède, on n'avait pas fait d'évaluation après chute pour les chutes documentées identifiées. [Paragraphe 49. (2)]

### ***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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la personne résidente qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation après chute effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : 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. 19. Obligation de protéger**  
**En particulier concernant les dispositions suivantes :**



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

### **Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 001 ne fit l'objet d'aucune négligence de la part du personnel.

Cette inspection concerne le registre n° 011664-18.

Selon le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 5, la négligence est le défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être, et elle s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Un RIC (rapport d'incident critique) a été soumis au directeur et faisait rapport de la chute d'une personne résidente qui s'était traduite par d'éventuelles lésions à celle-ci. La personne résidente avait été laissée sans surveillance dans une certaine situation et avait fait une chute.

L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001, notamment les documents électroniques et le dossier en copie papier. On documentait dans les notes d'évolution que cette personne résidente avait subi de multiples chutes au cours d'une période déterminée de six mois. Une note d'évolution concernant le jour de la dernière chute indiquait que l'on avait trouvé la personne résidente sur le sol après que les PSSP 102 et 103 l'eurent laissée sans surveillance dans une certaine situation. Au moment de l'évaluation, la personne résidente s'était plainte d'une douleur accrue à une certaine partie du corps. Le test de diagnostic a révélé plus tard la présence d'une lésion déterminée de la personne résidente. Aucune documentation n'indiquait que la personne résidente s'était plainte de douleur dans les jours précédant cette chute.

Lors d'un entretien, la ou le PSSP 104 a dit à l'inspectrice 550 que la personne résidente 001 était connue pour tomber souvent. Au moment de la dernière chute, elle nécessitait l'assistance de deux membres du personnel pour une certaine activité de la vie quotidienne et l'on ne devait pas la laisser seule, car elle continuait de penser qu'elle était capable de marcher, se levait par ses propres moyens et tombait. L'IA 101 a dit à l'inspectrice que cette personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes et qu'elle tombait souvent.



L'inspectrice 550 a eu un entretien avec la personne résidente 001. Celle-ci n'était pas en mesure de dire ou de prouver à l'inspectrice ce qu'il fallait faire pour appeler le personnel afin d'obtenir de l'assistance. La personne résidente 001 n'était pas en mesure de dire à l'inspectrice à quoi servait la sonnette d'appel quand l'inspectrice la lui a montrée.

Un examen des entrevues documentées par la ou le RPSPR 100 dans le dossier d'enquête interne du foyer révélait que les PSSP 102 et 103 étaient au courant du risque de chute de la personne résidente 001. Les PSSP ont dit au ou à la RPSPR avoir placé une chaise près de la personne résidente au cas où celle-ci tenterait de se lever par ses propres moyens. La ou le PSSP 103 a indiqué qu'ils ou elles laissaient toujours les personnes résidentes seules dans une certaine situation et leur donnait la sonnette d'appel pour appeler le personnel si nécessaire; c'était leur façon de procéder habituelle.

Lors d'un entretien, la ou le RPSPR 100 et l'administratrice ou l'administrateur 105 ont dit à l'inspectrice que les deux PSSP étaient au courant du risque de chutes de la personne résidente 001 et du fait qu'elle était incapable d'utiliser la sonnette d'appel. La ou le RPSPR 100 et l'administratrice ou l'administrateur 105 ont dit à l'inspectrice avoir déterminé, par l'enquête interne du foyer et par des entrevues avec les PSSP, que les PSSP 102 et 103 avaient fait preuve de négligence envers la personne résidente 001 en la laissant sans surveillance dans une certaine situation en sachant qu'elle présentait un risque de faire des chutes et qu'elle n'était pas capable d'utiliser la sonnette d'appel.

Un ordre de conformité n° 003 avait été précédemment émis le 21 juin 2018 au titre du paragraphe 19 (1) pendant l'inspection n° 548592\_2018\_0008 avec une date de conformité au 28 septembre 2018. Cet incident est survenu avant la date d'échéance pour se conformer audit ordre de conformité. [Alinéa 19. (1)]

---

**Émis le 23 octobre 2018.**

**Signature de l'inspectrice**

**Rapport original signé par l'inspectrice.**