



**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 FSLD**

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

Public Copy/Copie du public

Report Date(s) / Date(s) du rapport	Inspection No / N° de l'inspection	Log # / N° de registre	Type of inspection / Genre d'inspection
4 octobre 2017	2017_548592_0020	019238-17	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Licensee / Titulaire de permis

CVH (n° 6) Inc. à titre d'associé commandité de CVH (n° 6) LP
a/s Southbridge Care Homes Inc. 766, chemin Hespeler, bureau 301,
CAMBRIDGE ON N3H 5L8

Long-Term Care Home / Foyer de soins de longue durée

The Palace
92, RUE CENTRE, ALEXANDRIA ON K0C 1A0

Name of Inspector(s) / Nom de l'inspectrice/inspecteur ou des inspectrices/inspecteurs

MELANIE SARRAZIN (592), JOANNE HENRIE (550)

Inspection Summary / Résumé de l'inspection



Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 25, 26, 27, 28 et 29 septembre, et 2 octobre 2017.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur/les inspectrices/inspecteurs ont également effectué deux inspections d'incidents critiques n^{os} de registre 011217-17 et 003352-17 (chute provoquant une fracture).

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur/les inspectrices/inspecteurs ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : personnes résidentes, membres de familles, membre du conseil des résidents, présidente/président du conseil des familles, membres du personnel des services de soutien à la personne (PSSP), infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), infirmières et infirmiers autorisés (IA), auxiliaire de buanderie, directrice/directeur des activités, directrice/directeur adjoint des soins (DAS), directrice/directeur des soins (DDS) et administratrice/administrateur.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur ou les inspectrices/inspecteurs ont fait une tournée des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et des marches à suivre du foyer, les habitudes de travail du personnel. Ils et elles ont observé des chambres de personnes résidentes, les aires communes des personnes résidentes, le processus d'admission et le système d'amélioration de la qualité, des procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles, une distribution de médicaments aux fins de leur administration, la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, et les interactions entre le personnel et les personnes résidentes.

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Prévention des chutes

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Conseil des résidents

Soins de la peau et des plaies

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

2 AE

2 PRV

0 OC

0 RD

0 OTA

NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

<p>Legend</p> <p>WN – Written Notification VPC – Voluntary Plan of Correction DR – Director Referral CO – Compliance Order WAO – Work and Activity Order</p>	<p>Légende</p> <p>AE – Avis écrit PRV – Plan de redressement volontaire RD – Renvoi de la question au directeur OC – Ordre de conformité OTA – Ordres, travaux et activités</p>
<p>Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).</p> <p>The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.</p>	<p>Le non-respect des exigences prévues par la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> (LFSLD) a été constaté. [Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».]</p> <p>Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.</p>

AE n° 1 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la LFSLD 2007, chap. 8. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires, 2007, chap. 8, par. 6 (10).

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).



Findings/Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Cette inspection concerne le registre n° 011217-17.

À une certaine date, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur faisant rapport d'un incident qui a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé. On a fait rapport qu'à une certaine date, le personnel a entendu la personne résidente n° 022 qui appelait de sa chambre, et on l'avait trouvée assise sur le plancher au seuil de la porte entre sa chambre et sa salle de bains. Lors de l'évaluation, l'IAA n° 101 a indiqué que la personne résidente exprimait de la douleur à une certaine partie du corps. La personne résidente a été transférée à l'hôpital où l'on a diagnostiqué qu'elle avait une blessure à une certaine partie du corps et qu'elle nécessitait des interventions.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 022 le 28 septembre 2017 par l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 révélait que la personne résidente avait été admise au foyer à une certaine date de 2016 avec de multiples problèmes de santé. On avait indiqué dans les notes d'évolution que la personne résidente n° 022 était tombée trois fois au cours d'un certain mois de 2017. Lors du premier incident, on avait trouvé la personne résidente sur le plancher de sa chambre et elle avait subi une blessure à une certaine partie du corps pour laquelle elle avait dû être transportée à l'hôpital où elle avait fait l'objet d'interventions. Lors du deuxième incident, on avait trouvé la personne résidente sur le plancher à côté de son lit et elle avait subi une blessure à deux parties du corps. Le dernier incident a eu lieu comme nous l'avons décrit ci-dessus. Le programme de soins en place au moment des chutes de la personne résidente indiquait qu'elle présentait un risque élevé de faire des chutes et mentionnait cinq interventions pour atténuer les chutes. Le programme de soins en place au moment considéré avait également été revu. Il indiquait que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes et mentionnait les cinq mêmes interventions en place pour atténuer les chutes.

Le 28 septembre 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé la personne résidente qui dormait au lit avec un certain appareil en place. Le 29 septembre 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 a observé la personne résidente dans un fauteuil roulant avec un autre dispositif de sécurité particulier en place.

Lors d'entrevues les 28 et 29 septembre, et le 2 octobre 2017, les PSSP n^{os} 110, 104 et 114 ont indiqué aux inspectrices/inspecteurs n^{os} 550 et 592 que la personne résidente n^o 022 présente un risque élevé de faire des chutes parce qu'elle essaie de se transférer par ses propres moyens et qu'elle ne se souvient pas qu'elle ne peut pas marcher seule. La personne résidente a cinq interventions particulières en place pour prévenir les chutes. La/le PSSP n^o 110 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n^o 550 que les interventions n'ont pas changé depuis les trois chutes de la personne résidente; elles sont les mêmes qu'auparavant. La/le DDS a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n^o 550 lors d'une entrevue que les interventions en place avant les chutes de la personne résidente sont les mêmes que les interventions actuelles. Il/elle a indiqué qu'ils n'ont pas essayé d'autres interventions pour tenter d'empêcher la personne résidente de tomber lorsque les interventions actuelles se sont révélées inefficaces.

Le 2 octobre 2017, la directrice/le directeur des soins intérimaire a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n^o 550 ne pas avoir connaissance d'autres interventions qui pourraient tenter d'empêcher la personne résidente de tomber.

Ainsi, le programme de soins de la personne résidente n^o 022 n'avait pas été réexaminé et révisé quand les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. [Alinéa 6 (10)c]

Autres mesures requises :

PRV - Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le programme de soins de la personne résidente n^o 022 sera réexaminé et révisé quand les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n^o 2 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 76 de la LFSLD 2007, chap. 8. Formation

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 76 (7) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec ceux-ci, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

- 1. Le dépistage et la prévention des mauvais traitements. 2007, chap. 8, par. 76 (7).**
- 2. Les questions de santé mentale, y compris les soins aux personnes atteintes de démence. 2007, chap. 8, par. 76 (7).**
- 3. La gestion des comportements. 2007, chap. 8, par. 76 (7).**
- 4. La façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et, si la contention se révèle nécessaire, la façon de l'utiliser conformément à la présente loi et aux règlements. 2007, chap. 8, par. 76 par (7).**



Par. 5 Les soins palliatifs. 2007, chap. 8, par. 76 (7).

Par. 6 Les autres domaines que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 76 (7).

Findings/Faits saillants :

1. La ou le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec elles, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

6. Les autres domaines que prévoient les règlements.

Conformément au paragraphe 221 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10, pour l'application de l'alinéa 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, voici d'autres domaines dans lesquels une formation est dispensée à tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes :

1. La prévention et la gestion des chutes.

Le paragraphe 221 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10 indique que la/le titulaire de permis veille à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes reçoivent la formation prévue au paragraphe 76 (7) de la Loi compte tenu de ce qui suit :

1. Sous réserve de la disposition 2, les membres du personnel doivent recevoir chaque année une formation dans tous les domaines prévus au paragraphe 76 (7) de la Loi.

Cette inspection concerne le registre n° 011217-17.

À une certaine date, un rapport d'incident critique a été soumis au directeur faisant rapport d'un incident qui a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et provoquant un changement important dans son état de santé. On a fait rapport qu'à une certaine date, le personnel a entendu la personne résidente no 022 qui appelait de sa chambre. Lorsque le personnel est arrivé dans la chambre de la personne résidente, il l'avait trouvée assise sur le plancher au seuil de la porte entre sa chambre et sa salle de bains. Lors de l'évaluation, l'IAA n° 102 a remarqué que la personne résidente exprimait de la douleur à une certaine partie du corps. La personne résidente a été transférée à l'hôpital où l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une lésion qui nécessitait des interventions. L'enquête du foyer avait déterminé qu'une erreur humaine avait pu contribuer à la chute de la personne résidente. Avant la chute, une/un IAA était intervenu à la suite de l'activation d'un dispositif de sécurité particulier et avait conduit la personne résidente aux toilettes. Il est possible que le dispositif de sécurité n'ait pas été réenclenché correctement après que l'IAA avait amené la personne résidente aux toilettes, ou que cette dernière ne fût pas positionnée correctement pour assurer que le dispositif de sécurité était activé.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 022 le 28 septembre 2017 par l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 révélait que la personne résidente avait été admise au foyer à une certaine date de 2016 avec de multiples problèmes de santé. Le programme de soins proprement dit indiquait que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes et il comportait cinq interventions particulières pour atténuer les chutes.

Le 28 septembre 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé la personne résidente qui dormait au lit avec un certain dispositif de sécurité en place. L'inspectrice/l'inspecteur a constaté que le dispositif de sécurité n'était pas fonctionnel, et ne serait donc pas activé si la personne résidente sortait du lit. Le 2 octobre 2017, l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 a observé le même dispositif de sécurité en position « off » et la personne résidente n'était pas dans le lit.

Lors d'une entrevue, la/le PSSP n° 110 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 que la personne résidente n° 022 présente un risque élevé de faire des chutes parce qu'elle essaie de se transférer par ses propres moyens et qu'elle ne se souvient pas qu'elle ne peut pas marcher seule. Quand la personne résidente est au lit, le personnel doit s'assurer qu'elle a un certain dispositif de sécurité en place afin qu'il les avise quand elle essaie de sortir de son lit. La/le PSSP a expliqué à l'inspectrice/l'inspecteur comment faire fonctionner le dispositif de sécurité. L'inspectrice/l'inspecteur a montré à la/au PSSP que le dispositif de sécurité n'était pas « activé » et que la personne résidente était au lit. La/le PSSP a indiqué n'avoir jamais su qu'il fallait vérifier que le dispositif de sécurité était en position « on » et qu'il/elle pensait qu'il était en position « on » tout le temps. Il/elle a alors activé le dispositif de sécurité et une lumière verte s'est allumée indiquant que le dispositif était en position « on ».

Les PSSP n°s 104 et 114 ont indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 lors d'une entrevue les 29 septembre et 2 octobre 2017 que le dispositif de sécurité pour la personne résidente n° 022 n'était jamais en position « off », et que par conséquent ils/elles n'avaient pas à le mettre en position « on ». La/le PSSP n° 104 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 592 ne pas se souvenir de quand il/elle avait reçu une formation sur la façon d'utiliser ce type particulier de dispositif de sécurité. L'IAA a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 550 ne pas se souvenir de quand il/elle avait reçu une formation sur la façon de faire fonctionner et d'utiliser ce type particulier de dispositif de sécurité.

Lors d'une entrevue, la/le DDS a indiqué que le dispositif de sécurité particulier est un outil utilisé par le personnel pour prévenir les chutes dans le cadre de leur programme de prévention des chutes. Il/elle a de plus indiqué que l'on n'avait pas donné de formation au personnel sur l'utilisation et le fonctionnement du dispositif de sécurité particulier, sauf à environ trois IAA (y compris l'IAA qui avait emmené la personne résidente à la toilette avant sa chute). La/le DDS a indiqué que le personnel fait environ vingt-cinq heures de formation sur le site de Surge Learning, formation qui comprend la prévention et la gestion des chutes. La/le DDS a de plus indiqué que la formation ne comprend pas la façon de faire fonctionner ce type particulier de dispositif de sécurité. Il/elle a indiqué qu'il existe de nombreuses différentes sortes de ce type de dispositif de sécurité utilisé au foyer et qu'il/elle avait l'impression que le personnel savait comment ce dispositif de sécurité fonctionnait et comment y avoir recours.

Comme le prouve ce qui précède, le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes n'avait pas reçu de formation sur la façon d'utiliser les dispositifs de sécurité avant de les utiliser. [Paragraphe 76 (7)]



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*

Autres mesures requises :

PRV - Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, la ou 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 personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes reçoit une formation sur l'équipement utilisé pour le programme de prévention et de gestion des chutes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 4 octobre 2017.

Signature de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs

Original du rapport signé par l'inspectrice ou l'inspecteur.