

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 3 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1171-0003	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Laurier Manor, Gloucester	
Inspecteur principal Marko Punzalan (742406)	Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs Shevon Thompson (000731)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22, 24, 27, 28 et 29 mai 2024.
L'inspection concernait :

- le registre n° 00104770 – IC n° 2665-000059-23 – ayant trait à des éclosions;
- le registre n° 00109357 – IC : n° 2665-000010-24 – ayant trait à une chute avec changement important dans l'état de santé;
- le registre n° 00113072 – IC n° 2665-000025-24 – ayant trait à des éclosions;
- le registre n° 00115953 – IC n° 2665-000032-24 – ayant trait à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente envers une personne résidente.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Politiques

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 54 (20 du Règl. de l'Ont. 246/22

Par. 54 (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 qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22; paragraphe 11 du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de prévention et gestion des chutes fût respecté. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si 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 plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés. En particulier, le titulaire de permis a omis de veiller 1) à ce que l'on effectue une évaluation postérieure à la chute, et 2) à ce que la personne résidente ne fût pas soulevée manuellement de l'endroit où elle était tombée après avoir fait une chute à une date déterminée.

n° 1

Un examen d'une évaluation postérieure à la chute d'une certaine date indiquait à la rubrique catégorie de risque qui en résulte de se reporter au précédent Ax pour le score et la catégorie de risque et que le score qui en résulte était 0.0. La dernière évaluation postérieure à la chute comportait ce qui suit : une date précise, une catégorie de risque élevé pour les chutes et un score de 95.0. L'évaluation avait été effectuée neuf mois avant la chute de la personne résidente à la date déterminée. L'inspecteur n'a pas été en mesure de déterminer le niveau de risque de la personne résidente d'après l'évaluation faite par le foyer à la date déterminée.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Un examen de l'article 5 à la page 3 de la rubrique marches à suivre du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer RC-15-01-01 indique de faire un dépistage de toutes les personnes résidentes à l'admission ou lors d'un changement d'état de santé qui pourrait accroître, pour la personne résidente, le risque de chutes ou de blessure causée par une chute. L'évaluation du risque de chutes en vigueur pour une personne résidente doit être révisée, et l'on doit envisager des modifications du niveau de risque quand une personne résidente fait une chute.

Lors d'un entretien, une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) a confirmé qu'après une chute d'une personne résidente on s'attend à ce que l'on effectue une nouvelle évaluation postérieure à la chute et à ce qu'un nouveau score de risque de chutes soit produit. Après examen de l'évaluation postérieure à la chute, du programme de soins et du Kardex de la personne résidente, l'IA n'a pas pu déterminer le niveau de risque de chutes pour la personne résidente.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a confirmé qu'effectuer une évaluation postérieure à la chute visait à déterminer si la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes. Toutefois après que la ou le DASI a examiné le programme de soins de la personne, il ou elle a confirmé ne pas être capable de déterminer le niveau de risque de la personne résidente d'après les renseignements contenus dans l'évaluation, dans le programme de soins, dans le Kardex ou dans n'importe quelle partie du programme de soins de la personne résidente.

En ne veillant pas à effectuer une évaluation postérieure à la chute qui détermine le niveau de risque de la personne résidente en matière de chutes, celle-ci risquait de ne pas bénéficier d'interventions élaborées pour atténuer son risque de faire des chutes.

n° 2

Un examen du dossier d'enquête du foyer – rapport d'incident critique n° 2665-00010-24 – confirmait que deux infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) avaient assisté manuellement la personne résidente en pratiquant une technique de transfert côte à côte pour la remettre dans son lit.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un examen de l'annexe 5 intitulée cheminement clinique après une chute (*Post Fall Clinical Pathway*) du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer RC-15-01-01 daté de mars 2023, l'inspecteur a remarqué que les trois options de la décision clinique du personnel autorisé consistaient à : décider de déplacer la personne résidente à l'aide d'un lève-personne mécanique, ou bien la personne résidente se lève par ses propres moyens, ou le personnel décide de ne pas déplacer la personne résidente.

Lors d'un entretien, la ou le DASI a confirmé que lorsqu'une personne résidente a fait une chute on s'attend à ce qu'on l'aide à se relever du sol en utilisant un lève-personne mécanique, car le foyer n'a pas de politique de levage manuel.

Ne pas veiller à ce que la personne résidente ne fit pas l'objet d'un levage manuel quand elle a fait une chute lui a fait courir un risque accru de blessure quand elle est tombée et que deux membres du personnel l'ont aidée manuellement à se relever.

Source : Dossier médical électronique d'une personne résidente, entretiens avec la ou le DASI et une ou un IA; annexe 5 intitulée cheminement clinique après une chute (*Post Fall Clinical Pathway*) du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer RC-15-01-01, daté de mars 2023. [000731]