



**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

## **Copie du public**

---

<b>Date du rapport</b>	<b>N° de l'inspection</b>	<b>N° de registre</b>	<b>Type d'inspection</b>
9 janvier 2018	2017_619550_0026	027613-17	Système de rapport d'incidents critiques

---

### **Titulaire de permis**

CVH (n° 4) GP inc. à titre d'associé commandité de CVH (n° 4) LP  
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge Care Homes Inc.  
CAMBRIDGE ON N3H 5L8

---

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

MANOIR MAROCHEL  
949, ROUTE DE MONTRÉAL OTTAWA ON K1K 0S6

---

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

JOANNE HENRIE (550)

---

## **Résumé de l'inspection**



**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***

**Cette inspection a été menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.**

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 4 et 5 décembre 2017.**

**Cette inspection concerne la prévention et la gestion des chutes.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : directrice/directeur des soins (DDS), plusieurs membres du personnel infirmier autorisé (IA) et plusieurs personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP).**

**En outre, l'inspectrice a examiné un rapport d'incident critique et des dossiers médicaux d'une personne résidente.**

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

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

- 1 AE**
- 1 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, par. 6. Programme de soins**  
**En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**Par. 6. (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

À une certaine date de 2017, on a signalé un incident au directeur par la Ligne ACTION, suivi par la présentation d'un rapport d'incident critique. On avait fait rapport qu'à une autre date et heure déterminées la personne résidente 001 avait subi une chute avec lésions et avait été transférée à l'hôpital où l'on avait diagnostiqué qu'elle avait un type particulier de lésion. La personne résidente était décédée à l'hôpital par la suite.



L'inspectrice 550 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente. La personne résidente 001 a été admise au foyer en 2015 en ayant fait l'objet de multiples diagnostics. Le programme de soins actuel daté d'une certaine date de 2017 indiquait que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes. Elle nécessitait une assistance importante d'un membre du personnel pour tous les transferts, et il fallait lui rappeler d'appeler pour demander de l'assistance quand elle voulait effectuer un transfert. L'examen des notes d'évolution pour une période déterminée de six mois indiquait que la personne résidente avait eu une chute pendant cette période. À une certaine date, la personne résidente 001 avait tenté de se transférer par ses propres moyens afin d'aller aux toilettes et on l'avait trouvée sur le plancher, sans avoir de lésions. À la suite de cet incident, on avait ajouté de nouvelles interventions au programme de soins, notamment un certain appareil à mettre à la personne résidente quand elle était au lit, et l'on avait amélioré la surveillance avec des contrôles de sécurité à un intervalle déterminé.

Lors d'un entretien, le 4 décembre 2017, la/le PSSP 100 qui s'occupait de la personne résidente à la date de la dernière chute, a indiqué à l'inspectrice avoir conduit la personne résidente 001 à la toilette à un moment déterminé et avoir surveillé régulièrement la personne résidente par la suite, entre les soins fournis à d'autres personnes résidentes. La/le PSSP 100 a indiqué avoir donné dans la main de la personne résidente l'appareil spécifié quand il l'avait mise au lit afin qu'elle puisse utiliser cet appareil pour demander de l'assistance au besoin. Environ une heure plus tard, alors que la/le PSSP 100 faisait sa dernière ronde avant la fin de son poste de travail, il/elle a trouvé la personne résidente sur le plancher de sa chambre. La personne résidente a été trouvée dans une certaine position et elle avait subi des blessures à certains endroits du corps. La personne résidente n'avait pas été en mesure d'expliquer comment l'incident s'était produit, et on l'avait immédiatement transférée à l'hôpital. La/le PSSP 100 a indiqué à l'inspectrice être au courant que la personne résidente nécessitait qu'on lui mette un certain appareil quand elle était au lit, mais elle avait refusé et avait préféré tenir l'appareil dans sa main.

Le 5 décembre 2017, l'inspectrice 550 a eu un entretien avec les PSSP 101 et 102 qui s'occupaient régulièrement de la personne résidente 001. Les PSSP ont indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 001 nécessitait l'assistance d'un membre du personnel pour tous les transferts, mais que souvent elle n'était pas docile; elle se transférait souvent elle-même. Les deux PSSP ont indiqué ne pas être au courant que la personne résidente nécessitait une surveillance étroite avec des contrôles de sécurité à un intervalle déterminé, par conséquent les PSSP n'avaient pas surveillé la personne résidente conformément aux exigences figurant dans le programme de soins.



L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente 001 avec la directrice/le directeur des soins (DDS). La/le DDS a dit à l'inspectrice que, parce que la personne résidente présentait un risque élevé de faire des chutes, et parce qu'elle n'était pas toujours docile pour demander l'assistance du personnel pour les transferts, elle nécessitait d'être étroitement surveillée par le personnel. Les contrôles de sécurité devaient être effectués à des intervalles déterminés, et il fallait mettre à la personne résidente un certain appareil quand elle était au lit pour alerter le personnel quand elle tentait de se transférer par ses propres moyens. La directrice/le directeur des soins a indiqué à l'inspectrice que les soins prévus dans le programme de soins n'étaient pas fournis à la personne résidente 001 tel que le précisait le programme. [Paragraphe 6 (7)]

***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 soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente lui soient fournis tel que le précise le programme. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

Émis le 7 février 2018

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.