

**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 destinée au public**

---

<b>Date du rapport :</b>	<b>N° d'inspection :</b>	<b>N° de registre :</b>	<b>Type d'inspection :</b>
22 août 2019	2019_730593_0024	011195-19	Plainte

---

**Titulaire de permis**

CVH (n° 4) LP par ses associés commandités, Southbridge Health Care GP inc. et Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Care Homes inc.)

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 ou des inspectrices**

GILLIAN CHAMBERLIN (593)

---

**Résumé de l'inspection**

---

**Cette inspection concernait une plainte.**

**Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 6, 7, 15 et 16 août 2019.**

**La plainte dont le registre porte le n° 011195-19 a fait l'objet d'une inspection concernant un cas allégué d'administration d'un traitement de façon inappropriée à une personne résidente.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), du personnel infirmier autorisé, des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), et des membres d'une famille.**

**L'inspectrice a observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, les interactions du personnel avec les personnes résidentes, les interactions des personnes résidentes entre elles, et l'environnement des personnes résidentes; l'inspectrice a également examiné 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  
0 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 au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves**

**En particulier concernant la disposition suivante :**

**Par. 107. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur soit immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :**

**2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (1).**

### Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût immédiatement informé, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, lorsque se produisirent au foyer les incidents suivants, et à faire suivre le rapport exigé à la disposition (4) 2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Une plainte faite par un membre de la famille de la personne résidente 001 a été reçue par l'intermédiaire de la Ligne ACTION. On alléguait que la personne résidente 001 avait subi une chute et qu'elle était décédée deux jours plus tard. On alléguait que la chute pouvait avoir contribué au décès soudain de la personne résidente 001.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 001 révélait ce qui suit (résumé) :

Premier jour - la personne résidente 001 était en état de confusion, on avait prélevé un échantillon de fluides corporels aux fins d'analyse.

Deuxième jour - la personne résidente 001 était anxieuse.

Troisième jour - la personne résidente 001 était agitée, anxieuse et en état de confusion, elle était sujette à l'errance. La personne résidente 001 avait subi une chute, sans lésions apparentes. Elle s'était plainte d'une douleur particulière. La ou le médecin du foyer avait prescrit un antibiotique.

Quatrième jour - La personne résidente 001 était sujette à l'errance et demeurait en état de confusion. Vers 22 heures environ, on avait trouvé la personne résidente 001 sur le sol, sans signes vitaux, on avait appelé des ambulanciers paramédicaux, on avait appelé la ou le médecin, on avait appelé la ou le SDM. La personne résidente 001 avait été déclarée morte.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 593 le 15 août 2019, l'IAA 101 a indiqué que pendant son poste de travail la personne résidente 001 était en état de confusion et sujette à l'errance avant de décéder. L'IAA 101 a déclaré avoir ressenti de l'inquiétude pour la personne résidente 001 et, avec l'aide d'une PSSP, avoir ramené la personne résidente dans sa chambre pour qu'elle se repose. L'IAA avait quitté la chambre pendant 20 minutes et, à son retour pour surveiller la personne résidente, celle-ci était sur le sol inconsciente et sans signes vitaux. L'IAA 101 a signalé que la personne résidente 001 était décédée. L'IAA 101 a indiqué que ce décès était inattendu, car hormis d'être traitée pour une infection, la personne résidente ne présentait pas d'indice qu'elle n'était pas bien jusqu'aux instants précédant sa mort.

L'inspectrice 593 a examiné le Système de rapport d'incidents critiques (SIC). On n'avait pas soumis de rapport d'incident critique pour le décès soudain et inattendu de la personne résidente 001. Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût informé du décès soudain et inattendu de la personne résidente 001.

[Disposition 107. (1) 2]

---

**Émis le 23 août 2019.**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**

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