



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report
under the *Long-Term
Care Homes Act, 2007***

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

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue
durée
Rapport d'inspection
prévu par la *Loi de 2007
sur les foyers de soins de
longue durée***

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

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 15 septembre 2017	Numéro d'inspection 2017_618211_0013	N° de registre 006830-17, 009789-17	Type d'inspection Système de rapport d'incidents critiques
Titulaire de permis COMTÉS UNIS DE PRESCOTT ET RUSSELL 59, rue Court, case postale 304, L'Orignal ON K0B 1K0			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE PRESCOTT ET RUSSELL 1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY ON K6A 1W7			
Nom de l'inspectrice ou de l'inspecteur, des inspectrices ou des inspecteurs JOELLE TAILLEFER (211)			
Résumé de l'inspection			

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

Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : 23, 24 et 25 août 2017.

Au cours de cette inspection, les registres suivants ont été inspectés :

Registre n° 009789-17 relativement à une chute et à un incident qui a causé une lésion nécessitant le transport de la personne résidente à l'hôpital.

Registre n° 006830-17 relativement à des chutes et à un incident qui s'est produit et a causé une lésion nécessitant le transport de la personne résidente à l'hôpital.

De plus, l'inspectrice/l'inspecteur a eu un entretien avec les personnes suivantes :

administratrice/administrateur du foyer, directrice/directeur des soins (DDS), surveillante/surveillant des soins infirmiers, superviseure/superviseur des services, plusieurs infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP) et les personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice/l'inspecteur a examiné ce qui suit : planning du personnel, dossiers médicaux de personnes résidentes, politiques et marches à suivre pertinentes de la ou du titulaire de permis. Il/elle a également observé des chambres de personnes résidentes, ainsi que la prestation des soins et des services aux personnes résidentes.

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

Réponse aux incidents graves

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 : La ou le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 107 du Règl. de l'Ont. 79/10. Rapports : incidents graves

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 107 (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

4. une lésion à un résident nécessitant son transport à un hôpital. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

Faits saillants :

1. La/le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé d'un incident qui cause à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé.

Cette inspection concerne le registre n° 006830-17. Le rapport d'incident critique à une date déterminée a été soumis au directeur cinq jours plus tard, et indiquait que la personne résidente n° 002 avait subi une blessure après deux chutes à une date déterminée.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

La personne résidente n° 002 a été admise au foyer à une date déterminée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de multiples problèmes de santé. Un formulaire déterminé indiquait, à une date ultérieure, que l'on avait diagnostiqué que la personne résidente avait une déficience cognitive.

Les notes d'évolution des soins de santé de la personne résidente examinées par l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 indiquaient que la personne résidente n° 002 avait subi de multiples chutes sur une période d'environ quatre mois.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente à une date déterminée indiquait que la personne résidente avait été identifiée comme présentant un risque élevé de chute. Les interventions devaient veiller à ce qui suit :

- La personne résidente a un ambulateur dans sa chambre.
- La sonnette d'appel doit être disponible en tout temps.
- On doit encourager la personne résidente à demander de l'assistance pendant un transfert et pour se déplacer.
- La personne résidente a un fauteuil roulant pour parcourir de longues distances.

Lors d'une date déterminée pendant le poste de travail de jour, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que la personne résidente avait fait deux chutes. Les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que les deux fois on avait trouvé la personne résidente gisant sur le sol à côté de son lit. Le personnel interrogé avait déclaré que l'on avait mis une alarme au fauteuil roulant après la deuxième chute, et que l'on avait ajouté ce point au programme de soins écrit de la personne résidente. Les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que le médecin avait été contacté, que l'on avait ordonné de faire passer un certain test, et augmenté la dose d'un analgésique particulier. Le même jour, pendant le poste de travail du soir, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que l'on avait trouvé la personne résidente assise sur ses fesses sur le plancher devant son fauteuil roulant. La personne résidente avait poussé l'alarme du fauteuil roulant sous elle à l'arrière du fauteuil roulant, ce qui avait eu pour effet que l'alarme n'avait pas sonné quand la personne avait glissé sur le sol.

Le lendemain, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que la personne résidente ne s'était pas plainte d'une douleur.

Deux jours après les chutes, les notes d'évolution des soins infirmiers indiquaient que la personne résidente se plaignait d'une forte douleur à un endroit déterminé. Les notes indiquaient que l'on avait contacté le médecin et transféré la personne résidente à l'hôpital à ce jour-là. La personne résidente était retournée au foyer le même jour pendant le poste du soir. L'intervention figurant dans le sommaire de congé de l'hôpital indiquait de suivre une certaine intervention en raison de la lésion.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

L'inspectrice/l'inspecteur n° 211 a examiné le sommaire de congé de la personne résidente no 002 fourni par l'hôpital à une date déterminée, et il indiquait que la personne résidente avait subi une certaine blessure.

Lors d'une entrevue le 24 août 2017, l'IAA n° 103 a indiqué à l'inspectrice/l'inspecteur n° 211 que la personne résidente ressentait déjà auparavant une douleur à cet endroit du corps avant la chute qui avait eu lieu à une date déterminée. La personne résidente avait subi un problème de santé identifié et, en raison de sa déficience cognitive, elle oubliait d'utiliser son ambulateur dans sa chambre. L'IAA n° 103 a indiqué que l'on avait installé une alarme au lit et au fauteuil roulant pour prévenir les chutes. La personne résidente avait eu une autre chute environ trois mois plus tard. L'IAA n° 103 a indiqué que le personnel avait entendu l'alarme, mais lorsque le personnel est arrivé dans la chambre de la personne résidente, elle avait déjà fait une chute.

Lors d'une entrevue les 24 et 25 août 2017, l'IA n° 102 a indiqué que la personne résidente avait commencé à se plaindre d'une douleur croissante à cet endroit du corps après la chute qui avait eu lieu à une date déterminée. L'IA n° 102 a indiqué que l'on n'avait pas fait un certain test puisque la technicienne/le technicien pouvait prendre plus de 24 heures pour venir au foyer. L'IA no 102 a dit que l'on avait essayé plusieurs interventions pour faire diminuer la douleur de la personne résidente, mais que puisqu'elles n'étaient pas efficaces, on avait envoyé la personne résidente à l'hôpital deux jours après les chutes identifiées. L'IA n° 102 a indiqué que la personne résidente était retournée au foyer le même jour pendant le poste de travail du soir. L'IA n° 102 a déclaré que le formulaire du sommaire de congé de l'hôpital indiquait que la personne résidente avait subi une certaine blessure, et que le formulaire avait été donné au foyer ce soir-là. L'IA n° 102 a reconnu que la chute de la personne résidente à la date déterminée lui avait causé une lésion qui avait provoqué un changement important dans son état de santé. L'IA n° 102 a indiqué qu'elle pensait que la législation mentionnait qu'il/elle avait trois jours civils pour faire rapport de l'incident au directeur. L'IA n° 102 a déclaré ne pas avoir fait rapport de l'incident dans un délai d'un jour ouvrable.

Lors d'une entrevue le 25 août 2017, l'IA n° 102 et la/le DDS ont dit comprendre que le délai pour faire rapport de ce genre d'incident était d'un à trois jours ouvrables. La/le DDS a reconnu que le foyer avait été informé à une date déterminée que la personne résidente avait subi une lésion et que le directeur n'avait pas été informé dans un délai d'un jour ouvrable.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût informé, dans un délai d'un jour ouvrable, de l'incident qui a causé à la personne résidente n° 002 une lésion nécessitant son transport à un hôpital et provoquant un changement important dans son état de santé. [Disposition 107 (3)4]

Émis le 18 septembre 2017.

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

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