



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

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

**Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée**

**Rapport d'inspection sous la  
Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée**

<b>Long-Term Care Homes Division Long-Term Care Inspections Branch Division des foyers de soins de longue durée Inspection de soins de longue durée</b>	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**

<b>Report Date(s) / Date(s) du apport</b>	<b>Inspection No / No de l'inspection</b>	<b>Log # / Registre no</b>	<b>Type of Inspection / Genre d'inspection</b>
Le 5 avril 2017	2017_618211_0006	006058-17	Système de rapport d'incidents critiques

**Licensee/Titulaire de permis**  
BRUYERE CONTINUING CARE INC.  
43, RUE BRUYÈRE OTTAWA (Ontario) K1N 5C8

**Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée**  
RÉSIDENCE SAINT- LOUIS  
879, CHEMIN PARC HIAWATHA OTTAWA (Ontario) K1C 2Z6

**Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs**  
JOELLE TAILLEFER (211)

**Inspection Summary/Resume 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 sous la  
Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée**

**Cette inspection avait pour objet de faire une vérification du Système de rapport d'incidents critiques.**

**Cette inspection s'est tenue aux dates suivantes : les 3 et 4 avril 2017**

**Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec le directeur des soins de longue durée, l'administrateur/le gestionnaire de la clinique, le gestionnaire de l'établissement, l'infirmière praticienne (IP), l'éducateur des soins de longue durée, plusieurs infirmières autorisées (IA) infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et préposés aux services de soutien personnel (PSSP) ainsi qu'avec l'adjoint(e) d'administration.**

**En outre, l'inspecteur a effectué une visite des aires de soins aux résidents, a examiné les dossiers médicaux des résidents et a assisté aux routines de travail du personnel dans les salles d'eau des résidents, les espaces communs des résidents, la prestation des soins et des services aux résidents ainsi que les interactions entre les membres du personnel et résidents, et entre les résidents mêmes.**

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :  
L'hospitalisation et un changement relatif à la condition dans le cadre des services de soutien personnel**

**Une ou plusieurs non-conformités ont été constatées au cours de cette inspection.**

**1 AE  
1 PRV  
0 OC  
0 RD  
0 OTA**



### NON-COMPLIANCE / NON - RESPECT DES EXIGENCES

Legend WN - Written Notification VPC - Voluntary Plan of Correction DR - Director Referral CO - Compliance Order WAO - Work and Activity Order	Légende WN - Avis écrit VPC - Plan de redressement volontaire DR - Aiguillage au directeur CO - Ordre de conformité WAO - Ordres : travaux et activités
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).	Le non-respect des exigences de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD) a été constaté. (une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD.
The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.	Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

**AE n° 1 : le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36**  
**Chaque titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que le personnel utilise des dispositifs ou des techniques de transfert et de positionnement sécuritaires au moment d'aider les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36.**

#### Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des dispositifs ou des techniques de transfert et de positionnement sécuritaires au moment d'aider les résidents.

Le rapport d'incidents critiques a été envoyé par le foyer à une date donnée; celui-ci faisait état d'un incident ayant causé des blessures au résident 001 pour lesquelles il avait dû être transporté à l'hôpital, ce qui avait entraîné des changements importants dans son état de santé. Le rapport d'incidents indiquait que le résident 001 a heurté une partie de son corps, ce qui a fini par provoquer une blessure grave. Le résident a également subi une blessure sur une autre surface corporelle.



**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 sous la  
Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée**

Le résident 001 avait été admis au foyer à une date donnée et est décédé à une date précise. Le diagnostic comprend de nombreux problèmes médicaux.

L'examen des notes sur la progression à une date donnée indique que l'IAA 108 a été informé par la PSSP 104 que l'intégrité de la peau sur le corps du résident s'est trouvée altérée, parce que celui-ci a heurté la pièce de soutien métallique sur le matériel de lit dans la salle d'eau.

Les notes sur la progression à une date donnée ont indiqué que l'infirmière praticienne (IP) a été informée et qu'elle a évalué le résident. L'IP a observé que le résident avait subi un traumatisme précis et a décrit la blessure comme une altération de l'intégrité de la peau sur une partie connue du corps. Le résident a été transféré à l'hôpital par les services paramédicaux.

Les notes sur la progression à une date donnée indiquent qu'un membre de la famille du résident a informé le foyer qu'une intervention liée à l'altération de l'intégrité de la peau avait été effectuée. Le personnel a été informé d'une blessure sur une autre surface corporelle. Le jour suivant, les notes indiquent que la famille a communiqué avec le foyer en précisant que le résident recevait des soins spécialisés à l'hôpital. Trois jours plus tard, le résident est décédé à l'hôpital.

Les notes sur la progression du médecin à une date donnée indiquent que lors de son évaluation, il avait déjà remarqué que le résident 001 cédait à des mouvements spécifiques dans son fauteuil roulant et que la partie du corps identifiée exécutait des mouvements soudains vers l'arrière comme l'ont décrit les aides-soignants. Le médecin a noté qu'il en avait parlé à l'un des aides-soignants et que ce celui-ci a confirmé que le résident cédait parfois à deux mouvements spécifiques pendant le bain. Il a également noté qu'il comprenait que le résident avait souffert d'un problème médical connu découlant de la blessure.

L'examen de l'enquête menée par le foyer selon deux dates connues révèle que la PSSP 104 a remarqué que le résident est entré et sorti de la baignoire avec l'aide de deux membres du personnel. La PSSP 104 a également indiqué que le résident a été transféré de la baignoire au lit se trouvant dans la salle d'eau, au moyen du lève-personne fixé au plafond. La PSSP 104 a déclaré que le lit était placé pour veiller à transférer le résident 001, au moyen du lève-personne fixé au plafond, de manière à ce que la partie du corps identifiée soit positionnée d'une certaine manière dans le lit. La PSSP 104 a révélé que lorsqu'elle avait épongé le résident sur le lit, ce dernier a cédé à un mouvement soudain



connu et a heurté la surface corporelle identifiée sur le support métallique du matériel de lit. Les notes révélaient également que la PSSP 104 a précisé ne pas savoir que le résident avait pu subir une blessure sur une autre partie du corps.

Le programme de soins écrit du résident à une date connue, a indiqué d'examiner le lève-personne et les techniques de transfert et de veiller à ce que les pictogrammes appropriés se trouvent à la tête du lit. La feuille de soins précise que le résident a nécessité l'aide de deux personnes lors de transfert au moyen du lève-personne mécanique.

Les entretiens réalisés auprès de la PSSP 104, la PSSP 105 et l'IA 103 le 3 avril 2017, et l'entretien effectué auprès de l'IAA 108 le 4 avril 2017 ont indiqué que le résident nécessitait une aide complète ainsi que la présence de deux employés lors de tout transfert à l'aide du lève-personne mécanique. En outre, ils n'avaient pas été informés d'incidents impliquant une chute concernant le résident 001.

Un entretien auprès de la PSSP 104 le 3 avril 2017, a indiqué que l'incident s'est produit sur un plancher connu situé dans une unité connue dans la salle d'eau. La PSSP 104 a démontré à l'inspecteur 211 que la salle d'eau contenait une baignoire, un lit et un lève-personne fixé au plafond. La PSSP 104 a indiqué que le résident 001 a heurté la surface corporelle identifiée sur l'un des supports métalliques du matériel de lit. L'inspecteur 211 a constaté que le lit était doté de deux supports métalliques à l'intérieur de l'une des parties du lit. Toutefois, l'autre partie du lit n'est pas dotée de tels supports.

L'entretien auprès du gestionnaire de l'établissement le 4 avril 2017 a révélé que le lit dans la salle d'eau était fixé conformément aux instructions concernant les dispositifs médicaux de Bertec, et que les deux supports métalliques doivent être fixés à l'intérieur de l'une des parties du lit.

L'entretien réalisé auprès de la PSSP 104 le 3 avril 2017 indique que le résident 001 a été transféré dans la baignoire au moyen du lève-personne fixé au plafond, avec l'aide du PSSP 113. Pendant le transfert dans la baignoire, le résident n'a heurté aucune surface corporelle. La peau du résident était intacte. La PSSP 104 a indiqué qu'elle était la seule à donner le bain au résident. Une fois le bain du résident terminé, elle a transféré le résident de la baignoire au lit, au moyen du lève-personne fixé au plafond avec l'aide de la PSSP 105. Pendant le transfert, le résident n'a heurté aucune zone corporelle sur le lit. On a allongé le résident sur le dos. La PSSP 104 a déclaré que le lit était placé pour veiller à transférer le résident 001, au moyen du lève-personne fixé au plafond, de manière à ce que la partie du corps identifiée soit positionnée à un endroit spécifique du lit. La PSSP 104

a précisé que la PSSP 105 a quitté la chambre, une fois que celle-ci a commencé à éponger l'avant du corps du résident avec une serviette. La partie du corps identifiée reposait sur un oreiller en plastique, à proximité de la partie du lit connue. Soudainement, la partie du corps identifiée du résident a cédé à un mouvement particulier et celui-ci a heurté très durement la pièce métallique. La PSSP 104 a remarqué une altération de la peau derrière la partie du corps et a immédiatement tiré la sonnette d'appel dans la salle d'eau puis a prévenu l'IAA 108.

Un entretien auprès de la PSSP 113 le 4 avril 2017 a révélé qu'elle a aidé la PSSP 104 à transférer le résident 001 dans la baignoire, au moyen du lève-personne fixé au plafond. La peau du résident était intacte et le transfert s'est déroulé sans incident.

L'entretien auprès de la PSSP 105 le 3 avril 2017, indique qu'elle a aidé la PSSP 104 à transférer le résident 001 de la baignoire au lit au moyen du lève-personne fixé au plafond. La PSSP 105 a remarqué que la partie du corps identifiée du résident était positionnée sur la partie connue du lit. La PSSP 104 a déclaré que le lit était toujours placé pour veiller à transférer un résident, au moyen du lève-personne fixé au plafond, de manière à ce que la partie du corps soit positionnée à l'endroit indiqué sur le lit.

Un entretien auprès de l'IA 103 le 3 avril 2017, a révélé qu'au moment de l'incident, le lit dans la salle d'eau était positionné sur le mauvais côté et que, par conséquent, la partie du corps identifiée du résident 001 a été placée vers la partie identifiée du lit. L'IA 103 a indiqué qu'elle ignorait comment le résident avait pu subir une blessure sur l'autre partie du corps identifié.

Un entretien auprès de l'IA 108 le 4 avril 2017, a révélé que, lorsqu'elle entra dans la salle d'eau le résident était couché sur le dos et que son corps exécutait toujours des mouvements précis. Elle a remarqué une altération de l'intégrité de la peau à l'arrière de la partie du corps identifiée du résident 001. Le résident a été transféré dans un fauteuil roulant puis amené dans la chambre identifiée. Il a été évalué immédiatement par l'IP.

Des entretiens auprès de la PSSP 104, du PSSP 109, du PSSP 110 et de l'IA 107 le 3 avril 2017 ont indiqué que le résident 001 ne s'est pas plaint de douleurs lors du transfert ou du repositionnement.

Un entretien avec l'administrateur le 4 avril 2017 a révélé qu'au cours de son enquête, elle a demandé à la PSSP 104 la raison pour laquelle la partie du corps identifiée du résident a été placée sur la partie identifiée du lit et non dans une autre direction. L'administrateur a



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

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

**Ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée**

**Rapport d'inspection sous la  
Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée**

été informé par la PSSP 104 que le lève-personne fixé au plafond était installé de sorte que la partie du corps identifiée du résident soit placée sur la partie du lit identifiée pendant le transfert. L'administrateur a demandé à la PSSP 104 pourquoi le lit n'avait pas été installé pour permettre au résident d'être placé dans l'autre direction; la PSSP a répondu qu'elle pensait ne pas avoir le droit de changer la direction du lit. L'administrateur a indiqué que la cause de l'autre blessure est inconnue.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au transfert et au positionnement sécuritaires du résident 001 puisque la surface corporelle identifiée a été positionnée selon la partie identifiée du lit, ce qui a causé des blessures sur la partie du corps identifiée du résident. [Art. 36.

**Autres mesures requises :**

**PRV – Conformément au paragraphe 2 de l'art. 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, 2007, c.8, art.152 (2), le titulaire de permis doit rédiger et mettre en application volontairement un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence suivante : tous les membres du personnel sont tenus d'utiliser des techniques de transfert et de positionnement sécuritaires lorsqu'ils ont recours au lève-personne fixé au plafond dans les salles d'eau pour aider les résidents.**

---

**Délivré ce 6<sup>e</sup> jour d'avril 2017**

**Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs**

**Original du rapport signé par l'inspecteur**