



**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 FLSD**

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

Date du rapport :	N° d'inspection	N° de registre :	Type d'inspection :
7 février 2019	2019_583117_0007	015781-18, 016586-18, 028204-18, 030419-18, 031338-18, 031551-18, 000684-19	Systeme de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Soins continus Bruyère Inc.
43, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

Résidence Saint-Louis
879, chemin Parc Hiawatha, OTTAWA ON K1C 2Z6

Nom de l'inspectrice

LYNE DUCHESNE (117)

Résumé de l'inspection



Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 30 et 31 janvier, 1^{er} et 5 février 2019.

Les incidents critiques suivants ont été inspectés :

- Registre n° 015781-18 — incident critique (n° C567-000032-18) concernant une chute de personne résidente avec blessure nécessitant un transfert à l'hôpital aux fins d'évaluation.**
- Registre n° 016586-18 — incident critique (n° C567-000033-18) concernant une chute de personne résidente avec blessure nécessitant un transfert à l'hôpital aux fins d'évaluation.**
- Registre n° 028204-18 — incident critique (n° C567-000041-18) concernant le décès inattendu d'une personne résidente.**
- Registre n° 030419-18 — incident critique (n° C567-000043-18) concernant un incident de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.**
- Registre n° 031338-18 — incident critique (n° C567-000044-18) concernant un incident de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.**
- Registre n° 031551-18 — incident critique (n° C567-000045-18) concernant une chute de personne résidente avec blessure nécessitant un transfert à l'hôpital aux fins d'évaluation.**
- Registre n° 000684-19 — incident critique (n° C567-000001-19) concernant le décès inattendu d'une personne résidente.**

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), directrice adjointe ou directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), plusieurs membres du personnel infirmier autorisé (IA), plusieurs membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), plusieurs membres du personnel des services d'entretien ménager, une infirmière ou un infirmier d'intervention en psychiatrie gériatrique du Service de santé Royal Ottawa, ainsi que plusieurs personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné des dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, observé la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, observé des aides à la mobilité de personnes résidentes, des systèmes de lit, des interventions en matière de prévention des chutes et des chambres de personnes résidentes.



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

Intervention en cas d'incident critique

Prévention des chutes

Hospitalisation et changement de l'état pathologique

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

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, art. 6. Programme de soins

En particulier concernant les dispositions suivantes :



Par. 6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; 2007, chap. 8, par. 6 (4).

b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent a) d'une part, à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent, et b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. (Registre n° 015781-18)

La personne résidente 002 est atteinte de démence à un stade avancé. Elle se déplaçait de façon autonome sans aides pour la marche, toutefois elle avait effectivement une démarche mal assurée, et était identifiée comme présentant un risque élevé de faire des chutes. À une certaine date de 2018, la personne résidente avait une chute sans témoin et avait subi une blessure. On l'avait envoyée à l'hôpital aux fins d'évaluation, et elle était revenue au foyer avec un diagnostic de blessure.

Les 1^{er} et 5 février 2019, on avait observé la personne résidente assise dans un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale à deux fixations en place. On indiquait également que le 1^{er} février 2019 on avait observé un membre du personnel infirmier qui fournissait de l'aide à la personne résidente pour qu'elle se déplace dans son unité de soins lorsqu'elle manifestait une agitation croissante quand elle était assise dans le fauteuil roulant. L'IAA 111, et les PSSP 112 et 113 ont dit à l'inspectrice que la personne résidente utilise un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale en place à titre d'appareil d'aide personnelle. Ces membres du personnel ont déclaré que la personne résidente utilisait quotidiennement le fauteuil roulant et une ceinture abdominale à titre d'intervention en matière de prévention des chutes depuis sa chute susmentionnée en 2018. L'IAA 111 et la ou le PSSP 112 ont déclaré que la personne résidente est toujours en mesure de se déplacer dans l'unité avec l'assistance d'un membre du personnel. Les PSSP ont dit promener la personne résidente régulièrement, car cela contribue à diminuer ou prévenir son agitation et son instabilité psychomotrice quand elle est assise pendant une durée prolongée dans le fauteuil roulant.



On a effectué un examen du dossier médical de la personne résidente, de son programme de soins en place au moment de la chute déterminée, et de son programme de soins actuel. On remarquait que des services d'ergonomie et de physiothérapie avaient évalué la mobilité de la personne résidente et son risque de faire des chutes avant et après la chute déterminée de 2018. Un certain jour de 2018, deux semaines avant la chute, l'ergothérapeute avait indiqué que la personne résidente avait un fauteuil roulant prêté avec une ceinture abdominale en place à titre d'appareil d'aide personnelle comme étant l'une des interventions en matière de gestion des chutes. À une certaine date, deux mois après la chute, l'ergothérapeute a indiqué que la personne résidente se déplaçait de façon autonome et ne nécessitait pas l'utilisation d'un fauteuil roulant. Un examen des notes d'évolution, de la date de la chute à ce jour, indique que la personne résidente utilise régulièrement un fauteuil roulant avec une ceinture abdominale, et qu'elle a besoin de l'assistance d'une personne pour se déplacer dans l'unité. Le programme de soins actuel de la personne résidente 002 ne mentionne pas que ses besoins en matière de mobilité ont changé, ni l'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'une ceinture abdominale comme appareil d'aide personnelle à titre de prévention des chutes. Le programme de soins n'indique pas non plus que la personne résidente a des périodes d'agitation et d'instabilité psychomotrice comme l'indiquait le personnel, et il ne mentionne pas non plus d'interventions pour ces comportements.

L'IA 110 a déclaré à l'inspectrice que l'on utilisait un fauteuil roulant et une ceinture abdominale à titre d'interventions en matière de prévention des chutes pour la personne résidente 002 depuis après sa chute mentionnée de 2018. L'IA 110 était au courant de l'évaluation de l'ergothérapeute pour l'utilisation du fauteuil roulant et de l'appareil d'aide personnelle, mais l'IA n'était pas au courant de la réévaluation effectuée deux mois plus tard qui indiquait que la personne résidente ne nécessitait plus le fauteuil roulant, et que l'on demanderait une consultation d'une ou d'un autre ergothérapeute pour réévaluer l'utilisation du fauteuil roulant et de la ceinture abdominale de la personne résidente. L'IA 110 a confirmé que la personne résidente était toujours ambulatoire avec l'assistance d'une personne. Cependant, en raison de son risque élevé de faire des chutes, on utilisait quotidiennement un fauteuil roulant et une ceinture abdominale à titre d'intervention en matière de prévention des chutes. L'IA 110 a dit que la personne résidente a de fréquentes périodes d'agitation et d'instabilité psychomotrice quand elle est assise dans le fauteuil roulant, et que la faire bouger régulièrement aide à gérer ces comportements. L'IA 110 a effectivement dit que les périodes d'agitation de la personne résidente, son besoin d'assistance pour se déplacer, l'utilisation du fauteuil roulant et de l'aide à la mobilité ne sont pas mentionnés dans son programme de soins. La ou le DSI du foyer a dit que tout changement dans les interventions concernant la mobilité, le comportement et la gestion des chutes d'une personne résidente doit être inclus dans



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*

son programme de soins afin de veiller à ce que le personnel fournisse une approche compatible en matière de soins et à ce que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres et se complètent. [Alinéa 6. (4)a)]

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 membres du personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent a) d'une part, à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent, et b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 7 février 2019.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.