

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

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

Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée

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 rapport public modifié

Date du Rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
19 juin 2020	2020_818502_0004 (M1)	021255-19, 022670-19, 022717-19, 000630-20	Inspection dans le cadre du Système 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 Élisabeth-Bruyère
75, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N 5C8

Nom de l'inspectrice ou des inspectrices

Modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) - (M1)

Résumé de l'inspection modifié

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

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

En raison des décrets d'urgence en place pendant la pandémie de coronavirus, nous prorogerons au 31 octobre 2020 la date de conformité à l'ordre de conformité n° 001 émis en vertu de l'article 6 dans le cadre du rapport d'inspection n° 2020_818502_0004.

Émis le 19 juin 2020 (M1)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice

Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des opérations relatives aux
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 rapport public modifié

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
19 juin 2020	2020_818502_0004 (M1)	021255-19, 022670-19, 022717-19, 000630-20	Inspection dans le cadre du Système 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 Élisabeth-Bruyère
75, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N 5C8

Nom de l'inspectrice ou des inspectrices

Modifié par JULIENNE NGONLOGA (502) – (M1)

Résumé de l'inspection modifié

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

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 30 et 31 janvier 2020, 3, 4 et 5 février 2020; le 6 février 2020 (à l'extérieur du foyer).

Au cours de cette inspection, les rapports suivants du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) ont été inspectés :

- Rapport du SIC n° 2759-000025-19 (registre n° 021255-19) concernant une chute avec blessure.**
- Rapport du SIC n° 2759-000028-19 (registre n° 022670-19) concernant un transfert effectué de façon inappropriée.**
- Rapport du SIC n° 2759-000029-19 (registre n° 022717-19) concernant une blessure de cause inconnue.**
- Rapport du SIC n° 2759-000001-20 (registre n° 000630-20) concernant des mauvais traitements.**

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : directrice générale ou directeur général, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), fournisseuse ou fournisseur de soins privés, et coordonnatrice ou coordonnateur et agente ou agent de recrutement d'Alternacare.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice a observé les soins aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes; elle a eu des entretiens avec le personnel, et a examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, un dossier du foyer, ainsi que les politiques et marches à suivre pertinentes.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :
Dignité, choix et respect de la vie privée
Prévention des chutes
Services de soutien personnel

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

- 4 AE
- 3 PRV
- 1 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. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

Par. 6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; ou 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente 004.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernant une blessure à une personne résidente pour laquelle elle avait été transportée à l'hôpital et qui avait provoqué un changement important dans son état de santé.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 004 indiquait ce qui suit :

- À une date et à une heure déterminées, la personne résidente avait fait une chute avec blessure.
- Cinq mois avant la chute de la personne résidente, l'ergothérapeute avait remarqué que la personne résidente 004 n'était pas en sécurité quand elle déplaçait le matin. L'ergothérapeute avait demandé au personnel d'utiliser un fauteuil roulant le matin jusqu'à ce que la personne résidente retrouve sa stabilité et soit en mesure de se déplacer en toute sécurité, sans soutien ou aide à la mobilité pendant la journée. Le même jour, la ou le médecin avait ordonné le recours à une ceinture de siège quand la personne résidente était assise en fauteuil roulant, et d'enlever la ceinture de siège après un repas déterminé.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente au moment de l'incident indiquait qu'elle nécessitait un dispositif ou une surveillance seulement pour se déplacer dans l'unité.

Un examen plus poussé du programme de soins de la personne résidente n'a pas trouvé les mesures de sécurité du matin recommandées par l'ergothérapeute ou bien par la ou le médecin.

Lors d'un entretien, la PSSP 108 a déclaré que la personne résidente 004 marche de façon autonome dans la soirée, sans aucun soutien ni aide à la mobilité. La routine du soir consistait à fournir à la personne résidente les soins du soir, puis à la laisser retourner marcher dans le couloir. Le jour de l'incident, la PSSP 108 avait fourni les soins du matin à la personne résidente en suivant sa routine du soir, puis elle avait laissé la personne résidente se déplacer de façon autonome dans le couloir. La personne résidente avait tenté de se déplacer, mais avait perdu l'équilibre et était tombée. La PSSP a indiqué ne pas être au courant des mesures de sécurité du matin en place, qui nécessitaient que la personne résidente soit transférée dans le fauteuil roulant pendant la première partie de la matinée et que l'on ait recours à une ceinture de siège.

Lors d'entretiens distincts, la PSSP 105 et l'IAA 106 ont indiqué que la personne résidente avait une démarche mal assurée le matin, par conséquent, elles suivaient la routine de sécurité du matin en place jusqu'à ce que la personne résidente se stabilise pour pouvoir se déplacer de façon autonome.

En juin 2019, le foyer avait déterminé que la personne résidente 004 présentait un risque élevé de faire des chutes le matin en raison de sa démarche mal assurée. On avait instauré l'utilisation d'un fauteuil roulant et d'une ceinture de siège pour prévenir la récurrence de chute et de blessure. Au cours d'une période déterminée, la personne résidente avait fait quatre chutes, dont une avec blessure. Le programme de soins n'avait pas fourni de directives claires à la PSSP 108 qui avait fourni les soins du matin le jour de la dernière chute. La PSSP 108 n'a pas suivi la routine de sécurité du matin en place pendant les soins du matin pour prévenir la chute. [Alinéa 6. (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 004 fût réévaluée et à ce que son programme de soins fût révisé à tout autre moment lorsque ses besoins en matière de soins évoluaient.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu un rapport du SIC concernant une blessure à une personne résidente pour laquelle elle avait été transportée à l'hôpital et qui avait provoqué un changement important dans son état de santé.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 004 pendant une période déterminée mettait en lumière quatre incidents de chute qui avaient eu lieu lorsque la personne résidente tentait de se déplacer de façon autonome.

Un examen du programme de soins de soins écrit de la personne résidente 004 indiquait, à la rubrique « risque de chute », que le personnel met le lit à la bonne hauteur et veille à ce que la personne résidente porte des chaussures appropriées et antidérapantes.

Lors d'un entretien, l'IAA 106 a indiqué que la routine de sécurité du matin de la personne résidente mise en œuvre en juin 2019 comportait un fauteuil roulant et une ceinture de siège. L'IAA a dit supposer que le programme de soins de soins écrit de la personne résidente avait été révisé pour inclure la routine de sécurité susmentionnée, car il incombait aux IA de réviser le programme de soins écrit de la personne résidente.

Lors d'un entretien conjoint, la directrice ou le directeur des soins infirmiers et la directrice générale ou le directeur général ont reconnu que le programme de soins n'avait pas été révisé pour inclure la mesure de sécurité du matin mise en œuvre en juin 2019. Ainsi, le programme de soins écrit de la personne résidente 004 n'avait pas été révisé après chaque chute durant la période déterminée pour inclure la mesure de sécurité et réduire le risque de chute de la personne résidente. [Alinéa 6. (10)b]

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

(M1)

Le ou les ordres suivants ont été modifiés : OC n° 001

AE n° 2 : 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. 3. Déclaration des droits des résidents

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité. 2007, chap. 8, par. 3 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect et à la promotion du droit de la personne résidente 002 d'être traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité.

Le MSLD a reçu un rapport du SIC concernant des mauvais traitements. Le rapport du SIC et l'enquête du foyer indiquaient qu'à une certaine date, la personne résidente 002 d'une part avait commencé à faire preuve de violence verbale envers le membre du personnel 109 qui la surveillait étroitement, et d'autre part avait tenté de prendre une photo avec une tablette. Le membre du personnel 109 avait emporté la tablette de la personne résidente et était allé la cacher dans une certaine chambre. La personne résidente était sortie de son fauteuil roulant et avait suivi le membre du personnel 109 en essayant de récupérer sa tablette. Le membre du personnel 109 avait jeté la tablette de la personne résidente sur le sol, et elle était écornée quand la personne résidente l'avait ramassée. La personne résidente avait fait une chute qui lui avait causé une blessure et de la douleur.

Lors d'entretiens distincts, la personne résidente et le membre du personnel 109 ont confirmé l'incident susmentionné. Le membre du personnel 109 a indiqué ne pas avoir eu l'intention de faire courir un risque à la personne résidente ou de lui faire du mal, car le comportement réactif de la personne résidente était connu et que le rôle du membre du personnel consistait à surveiller celle-ci.

Lors d'un entretien, la directrice générale ou le directeur général (DG) a indiqué qu'il y avait un déséquilibre des forces, car le membre du personnel était debout et la personne résidente était dans le fauteuil roulant. La ou le DG a indiqué que le membre du personnel 109 n'avait pas agi de manière appropriée en traitant la personne résidente comme nous l'avons précédemment indiqué. Le membre du personnel aurait dû traiter la personne résidente avec respect. Ainsi, le titulaire de permis n'a pas veillé au plein respect du droit de la personne résidente 002 d'être traitée avec respect et courtoisie. [Alinéa 3. (1) 1.]

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. 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 le droit de la personne résidente 002 d'être traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tienne pleinement compte de son individualité et respecte sa dignité soit pleinement respecté et promu. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8. Respect des politiques et dossiers

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, à ce que la politique fût respectée.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (2) le titulaire de permis était tenu de veiller à ce qu'une personne résidente, lorsque sa douleur n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales, fût évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du titulaire de permis CLIN Care 42 LTC, intitulée *Pain Management* (gestion de la douleur), révisée le 29 décembre 2019, concernant l'évaluation de la douleur par le foyer, ce qui fait partie de la politique de gestion de la douleur du titulaire de permis.

**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**

Un rapport du SIC a été soumis au MSLD, concernant un transfert fait de façon inappropriée et qui avait causé une blessure. Le rapport du SIC indiquait qu'à une certaine date, la PSSP affectée à la personne résidente l'avait transférée sans assistance en utilisant une technique de transfert en pivot à une personne durant les soins. Plus tard le même jour, un membre du personnel avait documenté que la personne résidente 001 avait de la douleur aux genoux, et que l'on avait appliqué une certaine crème.

Un examen de la politique du titulaire de permis (à l'alinéa 1.2.c.) indiquait que l'on doit faire, à l'aide de la rubrique *Pain Assessment* (évaluation de la douleur) du logiciel PointClickCare (PCC), une évaluation de la douleur de toutes les personnes résidentes sur une base trimestrielle et lorsqu'une personne résidente présente des indices de changement important de son état de santé ou manifeste une douleur qui n'est pas soulagée par les interventions initiales.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente indiquait que celle-ci avait eu de la douleur pendant une période déterminée et que l'on avait appliqué la crème mentionnée. La personne résidente avait continué d'avoir de la douleur et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une lésion déterminée.

Un examen du dossier d'évaluation dans le PCC n'a pas trouvé que l'on avait effectué une évaluation de la douleur après l'intervention initiale, à savoir d'une part l'application de la crème mentionnée qui n'avait pas été efficace, et d'autre part le fait que la personne résidente continuait de se plaindre d'une douleur.

Lors d'un entretien, l'IAA 106 a déclaré d'une part qu'une PSSP lui avait signalé que la personne résidente souffrait durant les soins, et d'autre part avoir observé la personne résidente et confirmé qu'elle avait de la douleur. L'IAA a indiqué avoir fait part de son observation à l'IA à qui il incombait d'effectuer l'évaluation de la douleur.

Lors d'un entretien, l'IA 107 a déclaré que l'IAA et la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente lui avaient signalé que la personne résidente souffrait. L'IA a reconnu ne pas avoir effectué l'évaluation de la douleur dans le PCC.

Lors d'un entretien conjoint, la ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général ont indiqué que le personnel autorisé était censé effectuer une évaluation de la douleur conformément à la politique. La directrice générale ou le directeur général après examen du dossier d'évaluation a reconnu que l'évaluation n'avait pas été effectuée selon la politique du foyer. [Alinéa 8. (1)b]

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 veiller au respect de l'exigence selon laquelle lorsque la Loi ou le règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, il veille à ce que la politique soit respectée. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la PSSP 103 utilisât des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'elle fournissait de l'assistance à la personne résidente 001.

Un rapport du SIC a été soumis au MSLD concernant un transfert effectué de façon inappropriée et qui avait causé une blessure. Le rapport du SIC indiquait qu'à une certaine date la PSSP assignée à la personne résidente l'avait transférée sans assistance en utilisant une technique de transfert en pivot avec une personne pendant les soins du matin. Plus tard le même jour, un membre du personnel avait documenté que la personne résidente 001 avait de la douleur aux genoux. Quatre jours plus tard, on avait diagnostiqué que la personne résidente avait une lésion déterminée.

Un examen du programme de soins écrit actuel de la personne résidente 001 indiquait que celle-ci nécessitait une assistance totale de deux membres du personnel utilisant un lève-personne mécanique.

Lors d'un entretien, la PSSP 103 a indiqué avoir transféré la personne résidente sans assistance du lit au fauteuil en utilisant un transfert en pivot avec une personne.

Lors d'un entretien conjoint, la ou le DSI et la directrice générale ou le directeur général ont reconnu que la PSSP 103 avait utilisé une technique de transfert non sécuritaire, car elle avait transféré la personne résidente sans assistance à l'aide de la technique du transfert en pivot. [Article 36]

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 que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires quand il assiste des personnes résidentes. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 19 juin 2020 (M1)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*,
L.O. 2007, chap. 8.

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

**Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Inspection des FSLD**

Copie du rapport public modifié

Nom de l'inspectrice (n°) : JULIENNE NGONLOGA (502) – (M1)

N° de l'inspection : 2020_818502_0004 (M1)

N° de registre : 021255-19, 022670-19, 022717-19, 000630-20 (M1)

Type d'inspection : Inspection dans le cadre
du Système de rapport
d'incidents critiques

Date du rapport : 19 juin 2020 (M1)

Titulaire de permis : Soins continus Bruyère inc.
43, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N K1N-5C8

Foyer de SLD : Résidence Élisabeth-Bruyère
75, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N K1N-5C8

**Nom de l'administratrice :
ou de l'administrateur :** Chantale Cameron

Aux termes du présent document, Soins continus Bruyère inc. est tenu de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*,
L.O. 2007, chap. 8.

Ordre n° : 001

Type d'ordre : Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes du :

paragraphe 6 (1) de la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;
- b) les objectifs que visent les soins;
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer à la LFSLD 2007, alinéa 6 (1)c).

En particulier le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de soins de la personne résidente 004 établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente concernant les mesures de sécurité du matin pour la personne résidente mises en place en juin 2019 pour minimiser le risque de chutes.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente 004.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernant une blessure à une personne résidente pour laquelle elle avait été transportée à l'hôpital et qui avait provoqué un changement important dans son état de santé.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or section 154 of the *Long-Term Care Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 004 indiquait ce qui suit :

- À une date et à une heure déterminées, la personne résidente avait fait une chute avec blessure.
- Cinq mois avant la chute de la personne résidente, l'ergothérapeute avait remarqué que la personne résidente 004 n'était pas en sécurité quand elle déplaçait le matin. L'ergothérapeute avait demandé au personnel d'utiliser un fauteuil roulant le matin jusqu'à ce que la personne résidente retrouve sa stabilité et soit en mesure de se déplacer en toute sécurité, sans soutien ou aide à la mobilité pendant la journée. Le même jour, la ou le médecin avait ordonné le recours à une ceinture de siège quand la personne résidente était assise en fauteuil roulant, et d'enlever la ceinture de siège après un repas déterminé.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente au moment de l'incident indiquait qu'elle nécessitait un dispositif ou une surveillance seulement pour se déplacer dans l'unité.

Un examen plus poussé du programme de soins de la personne résidente n'a pas trouvé les mesures de sécurité du matin recommandées par l'ergothérapeute ou bien par la ou le médecin.

Lors d'un entretien, la PSSP 108 a déclaré que la personne résidente 004 marche de façon autonome dans la soirée, sans aucun soutien ni aide à la mobilité. La routine du soir consistait à fournir à la personne résidente les soins du soir, puis à la laisser retourner marcher dans le couloir. Le jour de l'incident, la PSSP 108 avait fourni les soins du matin à la personne résidente en suivant sa routine du soir, puis elle avait laissé la personne résidente se déplacer de façon autonome dans le couloir. La personne résidente avait tenté de se déplacer, mais avait perdu l'équilibre et était tombée. La PSSP a indiqué ne pas être au courant des mesures de sécurité du matin en place, qui nécessitaient que la personne résidente soit transférée dans le fauteuil roulant pendant la première partie de la matinée et que l'on ait recours à une ceinture de siège.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*,
L.O. 2007, chap. 8.

Lors d'entretiens distincts, la PSSP 105 et l'IAA 106 ont indiqué que la personne résidente avait une démarche mal assurée le matin, par conséquent, elles suivaient la routine de sécurité du matin en place jusqu'à ce que la personne résidente se stabilise pour pouvoir se déplacer de façon autonome.

En juin 2019, le foyer avait déterminé que la personne résidente 004 présentait un risque élevé de faire des chutes le matin en raison de sa démarche mal assurée. On avait instauré l'utilisation d'un fauteuil roulant et d'une ceinture de siège pour prévenir la récurrence de chute et de blessure. Au cours d'une période déterminée, la personne résidente avait fait quatre chutes, dont une avec blessure. Le programme de soins n'avait pas fourni de directives claires à la PSSP 108 qui avait fourni les soins du matin le jour de la dernière chute. La PSSP 108 n'a pas suivi la routine de sécurité du matin en place pendant les soins du matin pour prévenir la chute.

La gravité de ce problème constituait un préjudice réel pour la personne résidente 004. L'étendue du préjudice résidait dans le fait que l'une des trois personnes résidentes dont nous avons examiné le cas était touchée, et d'autre part dans le fait que le foyer avait un cas précédent de non-conformité à la même disposition de la LFSLD. (502)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 31 octobre 2020 (M1)

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*,
L.O. 2007, chap. 8.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION
ET AUX APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act, 2007*, S.O.
2007, c. 8

Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*,
L.O. 2007, chap. 8.

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la
registrator(e) Commission d'appel
et de révision des services de
santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 1S4

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416-327-7603

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 19 juin 2020 (M1)

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : JULIENNE NGONLOGA (502) – (M1)

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa