

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Rapport public original

Date de publication du rapport : 23 janvier 2024

Numéro d'inspection : 2023-1250-0010

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Soins continus Bruyère inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Résidence Élisabeth-Bruyère, Ottawa

Inspectrice principale

Joelle Taillefer (211)

Signature numérique de l'inspectrice

Joelle Taillefer

Signé numériquement par Joelle
Taillefer
Date : 2024.01.29 09:54:17 -05'00'

Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place les 18, 19, 20 et 21 décembre 2023, et à l'extérieur du foyer le 2 janvier 2024.

Les éléments suivants ont été inspectés :

Plainte :

- Registre : n° 00102488 concernant la prévention des chutes et un foyer sûr et sécuritaire.

Rapport d'incident critique (RIC) :

- Registre : n° 00100851 concernant les rapports et plaintes.
- Registre : n° 00102122 concernant la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

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

Conseil des résidents et des familles

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Rapports et plaintes

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD 2021

Programme de soins

Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Par. 6 (7). Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui fussent fournis tel que le précisait le programme.

Justification et résumé :

Le programme de soins actuel d'une personne résidente indiquait de mettre un appareil d'aide personnelle déterminé quand la personne résidente était dans son fauteuil roulant.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

À une date de 2023, l'inspectrice 211 a observé la personne résidente assise dans un fauteuil roulant dans une aire du foyer. L'appareil d'aide personnelle en question n'était pas mis.

Le lendemain, l'inspectrice a trouvé la personne résidente assise dans sa chambre et allongée dans son fauteuil roulant sans l'appareil d'aide personnelle déterminé.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré que l'on ne mettait jamais l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente dans le fauteuil roulant depuis qu'un membre de la famille de celle-ci avait refusé que l'on attache l'appareil d'aide personnelle en question, car il était trop serré.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que l'ergothérapeute était au courant que l'on ne mettait pas cet appareil d'aide personnelle, car il n'était pas assez long. Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré qu'un membre de la famille de la personne résidente refusait que l'on mette l'appareil d'aide personnelle lorsque cette dernière était assise dans le fauteuil roulant.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré que l'on pouvait mettre l'appareil d'aide personnelle de la personne résidente quand elle était assise bien droite dans le fauteuil roulant, mais qu'on ne le pouvait pas quand elle était en position couchée dans le fauteuil roulant.

L'ergothérapeute a déclaré ne pas avoir réussi à trouver un appareil d'aide personnelle plus long pour remplacer l'appareil actuel dans le fauteuil roulant de la personne résidente, et il ou elle a confirmé qu'un membre de la famille de la personne résidente refusait que l'on mette l'appareil d'aide personnelle dans le fauteuil roulant.

Ainsi, les membres du personnel n'ont pas suivi les soins prévus dans le

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

programme de soins de la personne résidente pour mettre l'appareil d'aide personnelle en question lorsque cette dernière était dans le fauteuil roulant.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec une personne préposée aux services de soutien personnel, un membre du personnel infirmier autorisé, la ou le DSI, et l'ergothérapeute.

[211]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD 2021.

Programme de soins

Documentation

Par. 6 (9). Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la prestation des soins à une personne résidente qui était prévue dans le programme de soins et qui concernait les rondes intentionnelles fût documentée dans l'intervention dans le cadre de la tâche à une date et à des heures déterminées.

Justification et résumé :

Les notes d'évolution d'une personne résidente à une date de 2023 indiquaient qu'elle avait subi une chute sans témoin à un moment déterminé en tombant de sa chaise dans un endroit déterminé.

L'inspectrice 211 a examiné le *Documentation Survey Report* [rapport de vérification de la documentation] de la personne résidente pour un mois de 2023, et elle a

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

remarqué qu'il n'y avait pas de documentation concernant les rondes intentionnelles pendant une date et des heures déterminées.

La présentation en PowerPoint intitulée *Focus Rounding* [rondes intentionnelles] à l'intention des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) indiquait d'effectuer des rondes intentionnelles horaires pour veiller au bien-être et à la sécurité des personnes résidentes. Les rondes intentionnelles avaient pour objet de vérifier 4 éléments essentiels (4 P) et 1 élément de sécurité (1 S) : douleur, changement de position, hygiène personnelle, effets personnels, sécurité et équipement.

L'administratrice ou l'administrateur a confirmé que les rondes intentionnelles n'étaient pas documentées dans le *Documentation Survey Report* [rapport de vérification de la documentation] pendant la date et les heures déterminées.

En ne documentant pas si les rondes intentionnelles ciblant la personne résidente avaient été effectuées pendant la date et les heures en question, il y avait un risque que l'on ne contrôle pas le bien-être et la sécurité de la personne résidente toutes les heures.

Sources : Rondes intentionnelles ciblant une personne résidente pendant un mois déterminé de 2023, et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.
[211]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Non-**respect l'alinéa** 26 (1) c) de la LRSLD 2021

Marche à suivre relative aux plaintes : titulaires de permis

Par. 26 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis a omis de veiller à transmettre immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, une plainte écrite concernant les soins fournis à une personne résidente.

Justification et résumé :

Le registre d'administration des médicaments (RAM) d'une personne résidente pendant un mois de 2023 indiquait d'administrer un médicament déterminé à une heure précise.

À une date de 2023, le titulaire de permis a reçu une lettre de plainte d'un membre de la famille de la personne résidente indiquant que le médicament en question n'avait pas été administré de façon compétente par un membre du personnel infirmier autorisé. La lettre mentionnait que ce médicament avait été administré pendant le repas alors que la personne résidente recevait une autre thérapie déterminée, car cette façon de faire est contraire à l'usage pour l'administration de ce médicament.

Le lendemain, le titulaire de permis a transmis au directeur le rapport d'incident critique (RIC) concernant la lettre de plainte susmentionnée.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

L'administratrice ou l'administrateur a confirmé que la lettre de plainte envoyée par un membre de la famille de la personne résidente à une date déterminée de 2023 et concernant les soins de celle-ci n'avait pas été immédiatement transmise au directeur.

Ainsi, le titulaire de permis n'avait pas immédiatement transmis au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, la plainte écrite reçue à une date déterminée concernant les soins d'une personne résidente.

Sources : Examens d'une lettre de plainte d'un membre de la famille d'une personne résidente et du rapport d'incident critique (RIC), et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

[211]

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect du paragraphe **54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Par. 54 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à la chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22; paragraphe 11 du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à sa politique consistant à veiller, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, à ce qu'elle fit l'objet d'une

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

évaluation, et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute fût effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b), du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée est tenu de veiller, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, à ce qu'elle soit évaluée, et à ce que la politique et les marches à suivre soient respectées.

Justification et résumé :

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique actuelle du foyer n° CLIN CARE 33 LTC intitulée *Fall Prevention, Long-Term Care* [prévention des chutes — soins de longue durée], qui indiquait que si une chute a lieu sans témoin, le personnel infirmier autorisé remplit et documente une évaluation neurologique dans l'interface PointClickCare (PCC). L'évaluation neurologique postérieure à la chute est effectuée comme suit :

- pendant l'évaluation postérieure à la chute,
- dans l'heure qui suit l'évaluation initiale si l'état de la personne est stable et ne présente aucune preuve de blessure (si l'état de la personne résidente est instable ou présente une preuve de traumatisme crânien ou de blessure, veuillez assurer une étroite surveillance et suivre les directives du médecin),
- lors de chaque poste de travail pendant 48 heures ou selon les recommandations du médecin.

À une date et à une heure déterminées, on a trouvé une personne résidente sur le tapis de plancher à côté de son lit, sans blessure.

Les évaluations neurologiques de la personne résidente n'ont pas été effectuées conformément à la politique du foyer à la date en question de 2023 pendant le poste de travail de jour, et pendant le poste de travail de nuit lors des deux dates

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

suivantes.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers a confirmé que les évaluations neurologiques n'avaient pas été effectuées pour la personne résidente à la date en question de 2023, pendant le poste de travail de jour, et pendant le poste de travail de nuit lors des deux dates suivantes de 2023, comme l'indiquait leur politique.

Par conséquent, comme la chute de la personne résidente avait eu lieu sans témoin à la date et à l'heure déterminées, et que le personnel infirmier autorisé n'avait pas effectué ni documenté l'évaluation neurologique comme on l'indiquait dans leur politique intitulée *Fall Prevention, Long-Term Care* [prévention des chutes — soins de longue durée], tout changement dans l'état de santé de la personne résidente risquait de ne pas être détecté.

Sources : Examen des dossiers médicaux d'une personne résidente et de la politique intitulée *Fall Prevention, Long-Term Care* [prévention des chutes — soins de longue durée], et entretien avec la ou le DSI.

[211]

AVIS ÉCRIT : Recours minimal à la contention

Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de l'article 121. 7 du Règl. de l'Ont. 246/22

Utilisation interdite d'appareils destinés à restreindre les mouvements

Article 121. 7. Des draps, des bandages de contention ou d'autres types de bandes ou de bandages, si ce n'est à une fin thérapeutique.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un appareil de transfert déterminé ne fût pas utilisé comme appareil d'aide personnelle pour empêcher une personne résidente de tomber de son fauteuil roulant.

Justification et résumé :

Le programme de soins actuel de la personne résidente indiquait de fixer au fauteuil roulant un dispositif peu courant, comme le demandait le membre de la famille.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré qu'un membre de la famille de la personne résidente refusait que l'on mette l'appareil d'aide personnelle déterminé lorsque cette dernière était assise dans le fauteuil roulant. Le membre de la famille de la personne résidente demandait que l'on fixe d'une certaine manière le dispositif peu courant au fauteuil roulant de la personne résidente.

À une date et à une heure de 2023, on a trouvé la personne résidente assise dans le fauteuil roulant dans le corridor. L'appareil d'aide personnelle en question n'était pas mis. Le dispositif peu courant n'était pas non plus mis d'une certaine manière sur la personne résidente dans le fauteuil roulant. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a informé l'inspectrice 211 et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) que l'on mettait d'une certaine manière le dispositif peu courant sur la personne résidente dans le fauteuil roulant pendant la matinée. La ou le DSI a informé la PSSP que ce dispositif ne devrait pas être utilisé comme un appareil d'aide personnelle.

Ainsi, il y avait un risque de sécurité lorsque le dispositif peu courant était utilisé sur la personne résidente dans le fauteuil roulant, car l'on ne doit pas utiliser ce type de dispositif comme un appareil d'aide personnelle.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, observation et entretiens avec un membre du personnel infirmier autorisé, une PSSP, et la ou le DSI.

[211]