



**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 prévu
par la Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
17 août 2016	2016_284545_0020	016933-16, 021541-16, 015162-16	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

VILLE D'OTTAWA
Direction des soins de longue durée,
275, avenue Perrier, OTTAWA ON K1L 5C6

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN
275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée en application du Système de rapport d'incidents critiques.

Cette inspection s'est tenue les 20, 21, 22, 25 et 26 juillet 2016.

Trois incidents graves liés à des chutes ont été examinés lors de cette inspection :

- le registre n° 016933-16 et le registre n° 015162-16 concernant une chute avec lésion ayant nécessité un transfert à l'hôpital et entraîné un changement de l'état de santé;
- le registre n° 021541-16 concernant un traitement administré de manière inadéquate ou incompétente à un résident durant un transfert.

Trois inspections liées à une plainte ont également été inspectées durant la présente inspection d'incident grave :

- registre n° 016924-16;
- registre n° 019943-16;
- registre n° 020814-16.



**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 prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée***

Notez que vous trouverez un non-respect (AE n° 001) lié aux inspections de plaintes dans le présent rapport d'inspection d'incident grave, ainsi que dans le rapport d'inspection n° 2016_284545_0021 concernant une plainte.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec la gestionnaire du programme de soins aux résidents/administratrice intérimaire, le gestionnaire du programme de soins personnels, le coordonnateur des évaluations RAI, l'aide à la réadaptation, l'aide-physiothérapeute, des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des préposés aux services de soutien personnel (PSSP), ainsi que des résidents.

De plus, l'inspectrice a fait une visite des aires de soins aux résidents, elle a examiné le dossier de santé de certains résidents, les politiques et marches à suivre du foyer pour la prévention des chutes et les techniques de transfert sécuritaires, les tâches courantes et les horaires du personnel, puis elle a observé des chambres à coucher, des aires résidentielles communes ainsi que les soins et les services fournis aux résidents, notamment l'interaction entre les résidents et le personnel.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :
prévention des chutes;
services de soutien personnel.

Plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

5 AE
3 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

- AE** — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
OC — Ordre de conformité
RD — Renvoi de la question au directeur
OTA — Ordres, travaux et activités

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect de la disposition 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

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, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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;**
- 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).**

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. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

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;**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;**
- 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 au résident 002 des soins directs tels que l'aide pour les transferts.

Le résident 002 présentait plusieurs affections lorsqu'il a été admis au foyer. Les renseignements documentés dans son dossier de santé indiquaient qu'il était à risque élevé pour les chutes parce que souvent il faisait lui-même ses transferts sans demander l'aide du personnel. Le résident 002 est tombé un jour de mai 2016, ce qui a entraîné une lésion et nécessité son hospitalisation. Un jour de juillet 2016, le résident a fait une nouvelle chute qui lui a causé une lésion pour laquelle il a été emmené au service des urgences.

Lorsqu'on lui a demandé le programme de soins actuel du résident 002, l'IAA 124 a fourni à l'inspectrice trois documents :

- la feuille intitulée *Assignment*, qui est conservée dans un classeur au poste infirmier et qui est examinée chaque jour au début de chaque quart de travail, indiquait que le résident nécessitait un appareil de levage complet pour tous ses transferts (dernière mise à jour : septembre 2015);
- le Kardex qui accompagnait la feuille *Assignment* indiquait que le résident était autonome et faisait lui-même ses transferts sans surveillance ou avec l'aide d'une personne (dernière mise à jour : mars 2016);
- le programme de soins, conservé dans un classeur dans la salle des dossiers, indiquait que le résident était à risque pour les chutes et qu'il y avait des facteurs de risque supplémentaires et les interventions comprenaient des stratégies de gestion des chutes.

L'examen d'un rapport d'incident grave présenté par le foyer un jour après que le résident 002 a fait une chute, en juillet 2016, a révélé que le résident 002 avait fait cette chute lors d'un transfert au moyen d'un appareil de levage la veille et que celle-ci avait entraîné son admission à l'hôpital en raison d'une lésion. La PSSP 122 a indiqué qu'elle avait accès au programme de soins. Après avoir lu le Kardex, qu'elle a pris dans le classeur au poste infirmier, elle a indiqué que le programme de soins n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel car il y était inscrit que le résident était autonome pour les transferts; cependant, le résident, qui avait été hospitalisé plusieurs semaines auparavant, avait besoin d'un appareil de levage depuis son retour de l'hôpital.

L'IAA 124 a indiqué que le programme de soins n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel concernant le type et le niveau d'aide dont le résident 002 avait besoin pour tous les transferts et ne précisait pas qu'il résistait aux soins. (Registre n° 021541-16) [alinéa 6 (1) c)]

2. 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 au résident 005 des soins directs, par exemple les changements de position dans son fauteuil roulant et l'utilisation quotidienne d'une ceinture de sécurité à fermeture frontale.

Le résident 005 a été admis au foyer avec plusieurs affections, notamment une déficience cognitive grave.

[A] En ce qui concerne les changements de position :

Lors d'observations faites les 21, 22, 25 et 26 juillet 2016, le résident a été observé dans un fauteuil roulant avec une ceinture de sécurité à fermeture frontale et une tablette. Durant ces observations, les bras du résident reposaient sur de petits coussins placés sur la tablette et il a été noté que le résident agitait les bras et les mains en direction de son visage ou de son cou et qu'il avait de légères secousses musculaires à une jambe.

L'examen du programme de soins le plus récent indiquait ce qui suit :

- sous la rubrique concernant les changements de position (programme de soins écrit) : changer le résident 005 de position une fois par heure lorsqu'assis dans le fauteuil roulant inclinable;
- sous la rubrique concernant les activités de la vie quotidienne (programme de soins écrit) : vérifier la position du résident une fois par intervalle d'une heure à une heure et demie lorsqu'assis dans le fauteuil roulant;
- dans le Kardex : changer le résident de position une fois par intervalle d'une à deux heures au moyen du dispositif d'inclinaison lorsqu'assis dans le fauteuil roulant.

Les directives à l'intention du personnel dans le programme de soins écrit concernant les changements de position du résident 005 lorsqu'assis dans le fauteuil roulant inclinable variaient entre une heure, une heure et demie et deux heures.

La PSSP 106 indiquait que le résident était raccompagné à sa chambre après chaque repas à la demande de la famille et installé devant sa télévision, dans le fauteuil roulant inclinable, comme demandé. Elle a ajouté que le résident devait être changé de position comme l'indiquaient les illustrations affichées sur les murs mais elle ne savait pas exactement à quelle fréquence il fallait le changer de position.

L'IAA 130 a indiqué que les PSSP devaient changer le résident de position, comme demandé, lorsqu'il était dans le fauteuil roulant inclinable, en utilisant les illustrations affichées au mur comme directives.

Lors d'un entretien, la gestionnaire de programme/administratrice intérimaire a indiqué que le programme de soins concernant les changements de position serait mis à jour pour fournir des directives claires au personnel.

[B] En ce qui concerne l'utilisation de la ceinture de sécurité à fermeture frontale :

According to the most recent RAI-MDS assessment, it was documented that restraints by physical device for résident 005 was not in use.

Durant les observations faites les 21, 22, 25 et 26 juillet 2016, le résident a été observé dans un fauteuil roulant avec une ceinture de sécurité à fermeture frontale et une tablette. Durant ces observations, les bras du résident reposaient sur de petits coussins placés sur la tablette et il a été noté que le résident agitait les bras et les mains en direction de son visage ou de son cou et qu'il avait de légères secousses musculaires à une jambe. Le résident n'avait pas la capacité physique ou cognitive nécessaire pour détacher sa ceinture de sécurité.

Des images du résident dans le fauteuil roulant inclinable ont été vues affichées aux murs de sa chambre. Dans l'une des images, à l'étape 3, il était indiqué de « régler ma ceinture de sécurité (pas trop serrée) ».

L'examen du programme de soins, du Kardex et des feuilles de cheminement quotidiennes n'a révélé aucun renseignement concernant l'utilisation d'une ceinture de sécurité à fermeture frontale.

L'IA 109 a indiqué que la ceinture de sécurité était utilisée comme appareil d'aide personnelle pour les changements de position lorsque le résident 005 était incliné dans le fauteuil roulant. Elle a ajouté que la ceinture de sécurité avait été demandée par la famille du résident et qu'elle était nécessaire parce que le résident avait tendance à glisser vers l'avant. L'IA a également indiqué qu'elle avait eu l'intention de mettre à

jour le programme de soins écrit du résident 005 pour donner des directives claires au personnel au sujet de l'utilisation quotidienne de la ceinture de sécurité à fermeture frontale quand le résident était dans un fauteuil roulant inclinable.

Le programme de soins écrit n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel au sujet de l'utilisation d'une ceinture de sécurité à fermeture frontale. (Registre n° 019943-16) [alinéa 6 (1) c)]

3. 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 au résident 004 des soins directs tels que l'application quotidienne d'aides auditives.

Lors d'un entretien à l'heure du déjeuner le 21 juillet 2016, le résident 004 a demandé à l'inspectrice de parler plus fort parce qu'il ne l'entendait pas. Lorsque celle-ci lui a demandé où étaient ses aides auditives, le résident a répondu qu'il ne le savait pas. Le 22 juillet 2016 durant le déjeuner, dans la salle à manger, l'inspectrice a vu le résident 004 sans aides auditives.

Selon la dernière évaluation RAI-MDS, le résident 004 avait une fonction auditive adéquate lorsqu'il portait des aides auditives. Il était également noté que le résident n'utilisait pas les aides auditives de façon régulière.

Les PSSP 107 et 108 ont indiqué que le résident 004 n'avait pas d'aides auditives. Un examen du programme de soins écrit du résident, mis à jour en mars 2016, a révélé que le résident 004 avait besoin de l'application quotidienne d'aides auditives.

Lors d'un entretien, l'IA 109 a indiqué que les aides auditives du résident 004 étaient gardées dans un endroit verrouillé du chariot à médicaments au cas où la famille demanderait leur application lors d'une visite.

Elle a également indiqué que les aides auditives n'avaient pas été utilisées depuis longtemps et que le résident ne les gardait pas en place. L'IA a indiqué que le foyer avait pour politique de documenter quotidiennement l'application des aides auditives dans le dossier d'administration des médicaments (DAM). Cependant, elle n'apparaissait pas dans le DAM de ce résident. Elle a ajouté qu'il faudrait réévaluer les besoins du résident en matière de fonction auditive et en discuter avec la famille du résident et qu'ensuite, selon la préférence du résident ou de sa famille, le programme de soins serait mis à jour dans le but d'établir des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins au résident 004. (Registre n° 016924-16) [alinéa 6 (1) c)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins du résident 004 tels que l'application de lunettes soient fournis au résident 004, tel que le précise le programme. L'inspectrice 545 a observé le résident 004 le 21 juillet 2016 à 12 h 45, le 22 juillet 2016 à 8 h 15 dans la salle à manger et de nouveau à 10 h 30 pendant qu'il regardait la télévision dans une aire ouverte près du poste infirmier. Les trois fois, le résident 004 ne portait pas ses lunettes.

Selon la dernière évaluation RAI-MDS (juin 2016), le résident 004 portait des lunettes pour déficience visuelle.



Un examen du programme de soins écrit du résident 004, mis à jour en mars 2016, a révélé que le résident avait une déficience visuelle et que le personnel était censé veiller à ce que les lunettes soient nettoyées et appliquées quotidiennement.

Le PSSP 106 et l'IAA 105 ont indiqué que le résident 004 enlevait souvent ses lunettes et que, par conséquent, elles ne lui étaient pas appliquées. Tous deux ont indiqué que les lunettes étaient gardées dans un endroit verrouillé du chariot à médicaments.

L'IA 109 a indiqué que le personnel devait garder les lunettes du résident 004 au chevet du résident et les lui appliquer tous les jours, comme le demandait sa famille. (Registre n° 016924-16)
[par. 6 (7)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque le résident 001 a été réévalué, à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

L'examen d'un rapport d'incident grave présenté par le foyer a révélé que le résident 001 avait fait une chute un jour de mai 2016 et que le résident avait été emmené à l'hôpital avec une lésion.

Le résident 001 présentait plusieurs affections lorsqu'il a été admis au foyer, notamment une démence et une maladie vasculaire. Selon le dossier de santé, le résident 001 a été transféré aux soins palliatifs un jour de juin 2016 avec une détérioration de son état général, des chutes fréquentes et une démence.

Le 25 juillet 2016, l'inspectrice 545 a observé le résident 001 assis dans un fauteuil Broda légèrement incliné, dans la salle à manger, sans ceinture de sécurité. Le résident était calme et avait sommeil.

Un examen des notes d'évolution a révélé que le résident 001 avait fait 10 chutes entre mai et juillet 2016 parce qu'il est incapable de suivre des directives et qu'il oublie d'utiliser son ambulateur. Un jour de juillet 2016, il a été documenté que le résident avait été trouvé par terre devant le fauteuil Broda. La note indiquait qu'à présent, le résident passait tout son temps dans le fauteuil Broda.

Un examen du programme de soins écrit a révélé, dans le Kardex actuel, que le résident était maintenant dans un fauteuil roulant inclinable avec ceinture de sécurité à fermeture frontale et que, lorsqu'il était angoissé, son risque de chute était plus élevé. Dans le programme de soins écrit actuel, le personnel était prié d'assurer un environnement sécuritaire quand le résident marchait et de veiller à ce que l'ambulateur soit à proximité. Dans une autre intervention, il était indiqué que le résident ne marchait plus et avait besoin de l'aide de deux personnes pour ses transferts.

Lors d'un entretien, l'IA 110 a indiqué que le résident était passé d'un fauteuil roulant inclinable à un fauteuil Broda un jour de juillet 2016, mais le Kardex et le programme de soins à la disposition du personnel qui fournissait des soins directs n'avaient pas été mis en jour de façon à illustrer ce changement. L'IA a également indiqué que le programme de soins aurait dû, lui aussi, être mis à jour de façon à inclure le risque de chute et la directive concernant la ceinture de sécurité à fermeture frontale aurait dû être retirée puisqu'elle n'était plus utilisée comme moyen de contention. (Registre n° 016933-16) [par. 6 (10) b)]

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins du résident 003 soit révisé lorsque les besoins de celui-ci en matière de soins ont changé et modifié le risque pour sa sécurité après trois chutes dans un intervalle de deux jours.

Le résident 003 a été admis au foyer avec plusieurs affections. Une évaluation réalisée un jour d'avril 2016 a révélé que le résident 003 avait besoin de l'aide limitée d'une personne pour ses transferts, qu'il se déplaçait entre les aires du foyer au moyen d'un fauteuil roulant et qu'il n'avait pas d'antécédents de chutes ni de fractures au cours des six derniers mois.

Selon son dossier de santé, le résident a été trouvé par terre à trois reprises en avril et en mai 2016. Les notes d'évolution indiquent qu'après sa première chute, il un appareil de levage complet était nécessaire pour ses transferts parce que ses membres inférieurs étaient trop faibles pour supporter son poids. Le résident a été admis à l'hôpital un jour de mai 2016 et diagnostiqué d'une affection pulmonaire et d'une fracture dans une région du corps.

Un formulaire d'évaluation du risque (formulaire RAFT) a été rempli après la troisième chute et indiquait que le résident était à risque élevé pour les chutes (score de 16).

L'examen du programme de soins écrit n'a révélé aucun renseignement indiquant que le résident était à risque pour les chutes.

L'IA 125 a indiqué lors d'un entretien que le programme de soins écrit du résident 003 n'avait pas été révisé de façon à inclure les risques en matière de sécurité liés aux trois chutes. (Registre n° 015162-16) [par. 6 (10) 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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer :

- ***que les programmes de soins établissent des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs, notamment :***
 - ***une aide pour les transferts du résident 002,***
 - ***les changements de position du résident 005 lorsque celui-ci est dans un fauteuil roulant inclinable et l'utilisation d'une ceinture de sécurité à fermeture frontale,***
 - ***l'application d'aides auditives au résident 004;***
- ***que le résident 004 reçoit les soins prévus dans son programme de soins tels que l'application quotidienne de ses lunettes;***
- ***et que le programme de soins du résident 001 est réexaminé et révisé de façon à y inclure le risque pour la sécurité lié aux chutes.***

Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8 (Politiques et dossiers).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

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;**
- 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 à ce que soit respectée la politique du foyer concernant le programme de prévention des chutes.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 48 (1) 2, le titulaire d'un permis de foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants : un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion; et conformément au par. 48 (2), outre qu'il doit satisfaire aux exigences énoncées à l'article 30, chaque programme doit : a) prévoir des protocoles de dépistage; b) prévoir des outils d'évaluation et de réévaluation.

Le programme de prévention des chutes de mars 2016, dont le programme *Falls Prevention Program: Resident Assessment for Falls Tool (RAFT), AP & OP No: 315.08* (septembre 2013), a été examiné et il a été documenté que le personnel autorisé prendra les mesures suivantes :

Point 2 : tenir une réunion après une chute (Huddle) et remplir le formulaire Huddle durant le quart de travail au cours duquel la chute est survenue. Si personne n'a été témoin de la chute, on évaluera la possibilité de traumatisme crânien et les signes neurologiques vitaux.

Point 3 : remplir le formulaire Resident Assessment for Falls Tool (RAFT) quand l'état ou les circonstances du résident l'exigent :

- au moment de l'admission;
- en cas de chute avec lésion nécessitant une hospitalisation;
- si le résident fait plus de deux chutes au cours d'une période d'une semaine (sept jours).

Lors d'un entretien, la gestionnaire de programme 101 a indiqué que le *Formulaire d'évaluation post-chute pour résidents/facteurs de l'environnement* (formulaire Huddle) était le format papier de l'outil d'évaluation après une chute et que le personnel autorisé devait en remplir un chaque fois qu'un résident fait une chute, avec ou sans témoin. Elle a également indiqué que le personnel autorisé devait faire une photocopie du formulaire Huddle rempli et la lui envoyer aux fins de surveillance. Elle a indiqué que cette initiative lui permettait de faire un suivi des chutes et assurait le respect de la politique.

1. En ce qui concerne le registre 016933-16 pour le résident 001 :

Le résident 001 a été admis au foyer avec plusieurs affections, dont une démence et une maladie vasculaire. Selon son dossier de santé, le résident était à risque élevé pour les chutes et incapable de suivre des directives.

L'examen des notes d'évolution du résident 001 pour la période de mai à juillet 2016 a révélé que le résident avait fait dix chutes. Or, il y a trois chutes sur dix pour lesquelles on n'a pas trouvé d'évaluation (formulaire Huddle) :

- Un jour de mai 2016 : le résident a été trouvé par terre devant la porte de la salle de bain, blessé à la tête; on a appelé le 911 et le résident a été emmené au service des urgences.
- Huit jours plus tard : le résident a été trouvé assis par terre dans sa chambre après avoir glissé de son lit en essayant d'aller à la salle de toilette. Il n'avait aucune lésion apparente et a été transféré dans le fauteuil roulant par deux membres du personnel.
- trois semaines plus tard à 4 h 42 : le résident est tombé par terre durant un transfert, le personnel a été incapable de faire tenir le résident debout en raison de son poids. Il n'avait aucune lésion apparente et a été relevé et transféré dans son lit au moyen d'un appareil de levage complet.

Le gestionnaire de programme 002 n'a trouvé aucun des trois formulaires d'évaluation post-chute qui auraient dû être remplis pour les trois chutes susmentionnées. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

2. En ce qui concerne le registre 021541-16 pour le résident 002 :

Le résident 002 présentait plusieurs affections lorsqu'il a été admis au foyer. Selon son dossier de santé, le résident était à risque élevé pour les chutes parce que souvent il effectuait lui-même ses transferts sans demander l'aide du personnel.

L'examen des notes d'évolution du résident a révélé que le résident avait fait une chute un jour de mai 2016. Aucune évaluation post-chute (formulaire Huddle) n'a été trouvée : le résident a été trouvé par terre après s'être heurté la tête à sa sortie de la salle de toilette. Une déchirure de la peau a été observée sur un membre et le résident a évalué à 10 sur 10 la douleur ressentie dans une région du corps.

Le résident a été transféré à l'hôpital par ambulance et y a été admis. Selon les notes, le résident est retourné au foyer quatre jours plus tard avec une fracture dans une région du corps nécessitant un appareil de levage complet pour tous ses transferts. On n'a pas trouvé le formulaire RAFT qui aurait dû être rempli conformément à la politique du foyer concernant les chutes.

L'IAA 124 et le gestionnaire de programme 002 n'ont trouvé aucun formulaire d'évaluation post-chute rempli ni le formulaire RAFT pour cette chute. [alinéa 8 (1) a), alinéa 8 (1) b)]

3. En ce qui concerne le registre 015162-16 pour le résident 003 :

Le résident 003 présentait plusieurs affections lorsqu'il a été admis au foyer. L'examen du dossier de santé du résident n'a révélé aucun renseignement indiquant qu'il était à risque pour les chutes.

L'examen des notes d'évolution du résident a révélé, dans une note datée d'un jour d'avril 2016, que le résident avait été trouvé par terre à 8 h 50. Le résident essayait de se transférer de la toilette au fauteuil roulant alors que ses jambes ne pouvaient plus supporter son poids et s'est effondré par terre. Le résident a été relevé avec l'aide de quatre membres du personnel et l'utilisation d'un appareil de levage complet. À part les éraflures au dos, aucune lésion n'a été notée. On n'a pas trouvé d'évaluation post-chute (formulaire Huddle).

L'IA 125 a indiqué que le personnel infirmier était tenu de remplir une évaluation post-chute (le formulaire Huddle) chaque fois qu'un résident faisait une chute. Elle n'en a pas trouvé pour la chute que le résident 003 a faite un jour d'avril 2016. [alinéa 8 (1) a), 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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tous les membres du personnel respectent le programme de prévention des chutes du foyer. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : 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 le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aide le résident 002.

Le résident 002 présentait plusieurs affections lorsqu'il a été admis au foyer. Selon son dossier de santé, le résident était à risque élevé pour les chutes parce que souvent il effectuait lui-même ses transferts sans demander l'aide du personnel.

L'examen d'un rapport d'incident grave a révélé que le résident 002 était tombé, un jour de juillet 2016, durant un transfert pour lequel un verticalisateur a été utilisé. Selon ce rapport d'incident grave, le résident avait été évalué pour un appareil de levage complet depuis son retour de l'hôpital un jour de mai 2016, après une chute lui ayant causé une lésion à une région du corps.

Le gestionnaire de programme 101 a fourni à l'inspectrice le programme du foyer intitulé *Lifting & Transferring Program*, P&P No: 350.05, mis à jour en février 2016. Sous la rubrique « Practice », il était indiqué ceci : « Deux membres du personnel doivent être présents lors de l'utilisation d'un appareil de levage, y compris le fauteuil de

bain. Un membre du personnel manœuvre l'appareil de levage pendant que le second guide et protège le résident et explique la marche à suivre. »

Un examen du dossier de santé du résident a révélé que celui-ci était à « risque très élevé » pour les chutes en raison d'une lésion à une région du corps et d'une faiblesse attribuable à des symptômes pseudogrippaux pendant quatre jours de juillet 2016 et de nouveau durant une période ayant débuté six jours plus tard.

Un protocole d'évaluation des résidents pour les chutes (formulaire RAP) rempli un jour de juin 2016 indiquait que le résident nécessitait un appareil de levage complet pour ses transferts; cependant, on le voyait souvent effectuer lui-même ses transferts.

Dans une note d'évolution consignée un jour de juillet 2016 à 14 h 13, le résident était resté au lit toute la journée, sans se plaindre. À 23, un membre du personnel autorisé a documenté que le résident se sentait moins faible après le dîner et, à 22 h 20, un membre du personnel a informé un membre du personnel autorisé que le résident 002 était tombé pendant que le personnel le transférait au moyen d'un verticalisateur. Le résident a été blessé à la tête et saignait abondamment. À 23 h 22, il a été noté que le résident avait été envoyé au service des urgences.

Lors d'un entretien, la PSSP 123 a indiqué qu'elle avait aidé le PSSP 131 à transférer le résident 002 un soir de juillet 2016. Elle a indiqué que le résident était souvent faible et qu'il était incapable de se tenir debout tout seul. Elle a ajouté que le résident n'aimait pas que le personnel utilise l'appareil de levage complet; c'est pourquoi, ce soir-là, le personnel a décidé d'utiliser le verticalisateur. La PSSP 123 a indiqué que pendant qu'elle était occupée à déplacer des objets dans la chambre du résident pour faire de la place pour le verticalisateur, le PSSP 131 a appliqué l'élingue derrière le résident 002 puis a commencé à soulever le résident. La PSSP 123 a indiqué qu'après avoir été soulevé complètement, le résident avait lâché les poignées et était tombé par terre, se heurtant la tête contre le plancher ou le côté du fauteuil. La PSSP 123 a également indiqué qu'elle aurait dû être derrière le résident pour le guider et le protéger.

Le gestionnaire de programme 101 a indiqué que le personnel devait utiliser des techniques de transfert sécuritaires, conformément à la politique du foyer concernant la sécurité des résidents et du personnel. (Registre 021541-16) [art. 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 de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 50 (Soins de la peau et des plaies).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

50. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé :

(i) dans les 24 heures de son admission,

(ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant,

(iii) dès son retour d'une absence de plus de 24 heures, le cas échéant;

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 002, dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée, se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé à son retour de l'hôpital.

Lorsqu'il a été admis au foyer, le résident 002 présentait plusieurs affections, notamment une maladie vasculaire cérébrale.

L'examen du dossier de santé du résident 002 a révélé qu'un jour de mai 2016, celui-ci avait fait une chute qui lui avait causé, sur une région du corps, une lésion qui avait nécessité son hospitalisation. Quatre jours plus tard, il a été noté que le résident était retourné au foyer.

Selon une évaluation RAI-MDS réalisée un jour de mai 2016, il a été documenté que le résident avait eu un score de quatre sur huit à l'échelle interRAI lors de l'évaluation du risque de plaie de pression, ce qui indiquait un risque relatif plus élevé de plaie de pression.

Lors d'un entretien, l'IAA 124 a indiqué que le personnel autorisé devait réaliser une évaluation complète de la peau en remplissant le formulaire n° 355.29A du foyer intitulé « Outil d'évaluation de la peau » et mis à jour en avril 2011. Cependant, ce formulaire n'a pas été rempli pour le résident 002 à son retour de l'hôpital, un jour de mai 2016. (Registre 021541-16) [sous-alinéa 50 (2) a) (ii)]

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107 (Rapports : incidents graves).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

107. (3.1) Si un incident qui se produit cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire de permis fait ce qui suit :

a) il contacte l'hôpital dans les trois jours civils après que l'incident s'est produit pour établir si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident;

b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il est toujours incapable d'établir si la lésion a effectivement provoqué un tel changement, il informe le

directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après que celui-ci s'est produit et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (4). Règl. de l'Ont. 246/13, par. 9 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas contacté l'hôpital dans les trois jours civils et n'a pas informé le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après que celui-ci s'est produit et a causé une lésion au résident 003 et nécessité son transport à un hôpital.

Le foyer a présenté un rapport d'incident critique au directeur conformément à la LFSLD un jour de mai 2016 pour un incident survenu 12 jours plus tôt.

Un examen des notes d'évolution du résident 003 le 29 avril et en mai 2016 a révélé que le résident était tombé trois fois pendant qu'il se transférait lui-même à la salle de toilette. Lors de sa troisième chute, il a été constaté que le résident avait une force musculaire réduite tant au niveau des membres inférieurs qu'au niveau des membres supérieurs, qu'il avait un engourdissement et une douleur à un genou et qu'il était blessé à la tête. Les notes indiquaient que le résident refusait d'aller à l'hôpital et qu'on lui avait donné un nouveau médicament pour une affection pulmonaire. Trois jours après sa troisième chute, le résident s'est plaint de « paralysie » et a demandé à aller à l'hôpital. Le résident 003 a été admis à l'hôpital ce jour-là et est retourné au foyer 15 jours plus tard avec un diagnostic de lésion à une région du corps et d'affection pulmonaire. Aucune documentation n'indiquait que le foyer avait contacté l'hôpital dans les trois jours civils ni que le foyer avait informé le directeur de l'incident dans les trois jours ouvrables, comme l'exigeait la LFSLD.

Lors d'un entretien, la gestionnaire de programme/administratrice intérimaire a indiqué que le personnel devait appeler l'hôpital pour faire un suivi de l'état du résident après son hospitalisation. Elle a indiqué que récemment le personnel avait fait savoir que l'hôpital avait refusé de lui fournir une mise à jour sur l'état de santé du résident, indiquant qu'il ne pouvait divulguer de l'information à personne sauf au procureur aux soins. Elle a ajouté que, si tel était le cas, le personnel autorisé ou elle-même documenterait ce refus dans les notes d'évolution du résident. La gestionnaire de programme/administratrice intérimaire a été incapable de trouver des éléments de documentation montrant que le foyer avait contacté l'hôpital dans les trois jours civils pour déterminer si la lésion du résident 003 avait entraîné un changement important de son état de santé. Elle a également indiqué qu'elle ne pouvait pas expliquer pourquoi le foyer n'avait pas informé le directeur de l'incident dans les trois jours ouvrables comme l'exigeait la LFSLD; le foyer a informé le directeur cinq jours ouvrables après que le résident a été transporté à l'hôpital. (Registre 015162-16) [par. 107 (3.1)]

Date de délivrance : 19 août 2016

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.