



**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
Téléphone : 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 :
21 mai 2019	2019_683126_0008	031897-18, 033171-18, 004334-19, 006374-19, 008016-19, 008957-19	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis :

Ville d'Ottawa

Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée
200, chemin Island Lodge, OTTAWA ON K1N 5M2

Foyer de soins de longue durée :

Centre d'accueil Champlain
275, rue Perrier, VANIER ON K1L 5C6

Nom des inspectrices

LINDA HARKINS (126), LYNE DUCHESNE (117)

Résumé de l'inspection



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

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

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

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

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 avril, 1^{er}, 2, 3, 7 et 8 mai 2019.

Au cours de cette inspection les incidents critiques suivants ont été inspectés :

Registre n° 031897-18 : RIC n° M511-000058-18, registre n° 006374-19 :

RIC n° M511-000019-19 concernant une allégation de négligence.

Registre n° 033171-18 : RIC n° M511-000062-18 concernant l'administration de soins ou d'un traitement de façon inappropriée ou incompétente.

Registre n° 008957-19 : RIC n° M511-000025-19 concernant un risque environnemental.

Registre n° 004334-19, RIC n° M511-000010-19, registre n° 008016-19 (RIC n° M511-000022-10) concernant une chute et une lésion provoquant un changement important dans l'état de santé de la personne résidente.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur du foyer, responsable du programme des soins personnels (RPSP), responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR), deux médecins, plusieurs infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), et plusieurs personnes résidentes.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont examiné les dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, observé plusieurs incidents, examiné des notes d'enquête du titulaire de permis ainsi que les politiques suivantes : politique n° 315.11 — *Assessment : Head Injury* (évaluation — traumatisme crânien) (révisée en septembre 2018), et politique n° 750.65 — *Abuse and Neglect* (mauvais traitements et négligence) (révisée en juin 2018).

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Prévention des chutes

Hospitalisation et changement de l'état pathologique

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Foyer sûr et sécuritaire



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

3 AE
3 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 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. 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute politique établie ou par ailleurs mise en place : b) soit respectée.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, disposition 48 (1) 1, le titulaire de permis veille à ce qu'il y ait un programme interdisciplinaire de prévention et de gestion des chutes élaboré et mis en œuvre au foyer, visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de lésion.

Concernant le registre n° 008016-19.

RIC (rapport d'incident critique) n° M511-000022-19 : on a fait rapport au directeur d'un incident, qui a occasionné à une personne résidente une blessure pour laquelle elle a été transportée à l'hôpital, et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

La personne résidente 001 a fait une chute sans témoin un jour déterminé et elle a été admise à l'hôpital.

Lors d'un échange de vues, la ou le responsable du programme des soins personnels (RPSP) 100 a indiqué que chaque fois qu'une personne résidente faisait une chute, on devait faire et documenter une évaluation après chute dans son dossier électronique. On devait effectuer une évaluation neurologique pour chaque chute qui a lieu sans témoin ou qui se traduit par un traumatisme crânien. Ces évaluations doivent être effectuées et documentées sur copie papier conservée dans le dossier de la personne résidente.

Le programme de prévention des chutes comprend la politique n° 315.11 — *Assessment : Head Injury* (évaluation — traumatisme crânien), révisée en septembre 2018.

Cette politique mentionnait ce qui suit :

Pratique administrative :

« On doit effectuer une évaluation de traumatisme crânien et des contrôles neurologiques à l'aide de l'outil d'évaluation neurologique ci-joint pendant 72 heures à compter du moment de la lésion pour les personnes résidentes qui ont eu un traumatisme crânien réel ou présumé [formulaire 315.11a)] ».



Procédure opérationnelle :

2. « Surveiller l'état neurologique en remplissant l'outil selon ce calendrier :
- toutes les heures pendant 4 heures, puis si l'état de la personne est stable,
 - toutes les 4 heures pendant 24 heures, puis si l'état de la personne est stable,
 - lors de chaque poste de travail pendant deux jours ».

L'inspectrice a remarqué que le document joint était le formulaire 315.11a, intitulé *Neurological Flow Sheet* (fiche de suivi neurologique).

L'inspectrice 126 a examiné les notes d'évolution des dossiers électroniques de la personne résidente 001 pour une période déterminée, et elle a remarqué que l'on avait documenté plusieurs chutes.

On avait documenté une évaluation après chute pour les chutes. L'inspectrice a examiné la documentation dans la version papier du dossier de la personne résidente, et elle a été en mesure de trouver les évaluations neurologiques pour les chutes que l'on avait commencées, mais pas terminées en conformité avec la politique.

Lors d'un échange de vues, les infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés 111 et 112 ont indiqué que si les évaluations de surveillance neurologique n'étaient pas documentées c'est qu'on ne les avait probablement pas faites. L'IAA 111 a indiqué que, si la personne résidente dormait, on ne la réveillait pas, en particulier si elle était connue pour manifester des comportements réactifs.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on se conforme à la politique intitulée *Assessment: Head Injury* (évaluation — traumatisme crânien), qui fait partie du programme de gestion des chutes, car l'on n'avait pas effectué d'évaluations neurologiques après chaque chute.

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 la politique n° 315.11 — Assesment: Head Injury (évaluation — traumatisme crânien) est respectée. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

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. 24. Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 24. (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. 2007, chap. 8, par. 24 (1), 195 (2).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements : 2. Un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit ou de la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui causé un préjudice ou un risque de préjudice. (Registre n° 031897-18)

Un rapport d'incident critique (RIC) (RIC n° M511-000058-18 a été soumis au directeur à une certaine date de 2018 en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Selon le RIC, on avait informé l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) 118 d'une allégation de négligence.

L'IAA 118 a indiqué à l'inspectrice 126 que l'on n'avait pas immédiatement avisé le directeur, et qu'au lieu de cela, un courriel avait été envoyé à la ou au responsable du programme de soins personnels (RPSP) 100 pour l'informer de l'allégation de négligence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût immédiatement informé de l'allégation de négligence. [Paragraphe 24 (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. 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 il veille à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements.
2. Un mauvais traitement d'une personne résidente de la part de qui que ce soit ou de la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui causé un préjudice ou un risque de préjudice. 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. 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 les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les personnes résidentes. (Registre n° 033171-18)



La personne résidente 003 est reconnue pour avoir des problèmes de diminution de la mobilité, elle se déplace à l'aide d'un fauteuil roulant et nécessite de l'assistance pour les transferts. À une certaine date de 2018, la personne résidente 003 avait somnolé pendant la journée. Lors du repas du soir, elle était toujours somnolente et avait été incapable de manger son repas du soir. L'IAA 114 avait amené la personne résidente dans sa chambre et l'avait transférée elle-même ou lui-même du fauteuil roulant au lit, ce qui avait donné lieu à une déchirure de la peau.

Un examen du programme de soins de la personne résidente au moment de l'incident indiquait que celle-ci nécessitait de l'assistance pour les transferts à raison de deux (2) personnes côte à côte ou d'une personne s'il s'agissait d'un transfert par mouvement pivotant, en fonction de la tolérance de la personne résidente et de son état de santé. Selon l'administratrice ou l'administrateur du foyer 102 et selon la ou le responsable du programme des soins personnels 100, la personne résidente était somnolente et aurait dû avoir un transfert avec deux (2) personnes côte à côte au lieu d'un transfert par mouvement pivotant avec une personne.

Ainsi, l'IAA 114 n'a pas utilisé des techniques de transfert sécuritaires en aidant la personne résidente 003, ce qui a donné lieu à une déchirure de la peau du pied gauche de la personne résidente. [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 de redressement doit être mis en œuvre volontairement.



**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***

Émis le 24 mai 2019.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.