

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 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

Date du rapport :	N° d'inspection	N° de registre :	Type d'inspection :
2 décembre 2021	2021_831211_0019	012031-21, 012526-21, 015690-21	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

CVH (n° 4) LP par ses associés commandités, Southbridge Health Care GP inc. et Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Care Homes inc.)

766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge Care Homes inc. Cambridge, ON N3H 5L8

Foyer de soins de longue durée

Manoir Marochel

949, route de Montréal, Ottawa ON K1K 0S6

Nom de l'inspectrice ou des inspectrices

JOELLE TAILLEFER (211)

Résumé de l'inspection

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

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 28 et 29 octobre 2021, 1^{er}, 2, 3, 4 et 5 novembre 2021 (sur place) et 8 et 9 novembre 2021 (hors site).

Au cours de cette inspection, les éléments suivants ont été inspectés : Registre n° 012031-21 concernant un cas allégué de mauvais traitements, Registres n° 012526-21 et n° 015690-21 concernant une chute d'une personne résidente qui lui a causé une blessure pour laquelle elle a été transportée à l'hôpital, et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), chef de bureau, chef de programme, coordonnatrice ou coordonnateur du recueil de données minimum de la méthode d'évaluation RAI (coordonnatrice ou coordonnateur du RAI-MDS), infirmière autorisée ou infirmier autorisé (IA), infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), commis aux soins infirmiers, aide aux loisirs, et personnes résidentes.

L'inspectrice a examiné les dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, des notes d'enquête du titulaire de permis, et les politiques suivantes : n° RC-02-01-03 intitulée *Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Consequences* (politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences) datée d'avril 2017, n° RC-14-01-01 intitulée *Continence Management Program* (programme de gestion de la continence), datée de février 2017, n° RC-07-01-01 intitulée *Resident Care Equipment* (équipement destiné aux soins des personnes résidentes) datée du 1^{er} février 2020, n° RC-06-01-02 intitulée *Bathing, Showering and Water Temperature Monitoring* (bain, douche et surveillance de la température de l'eau) datée du 5 juin 2018, n° RC-15-01-01 *Falls Prevention and Management Program*, (programme de prévention et de gestion des chutes) datée de décembre 2020; elle a également examiné un rapport de situation sur l'éducation 2020 et 2021, et fait une observation de la fourniture des soins.

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

Prévention et contrôle des infections

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

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, par. 6. Programme de soins

En particulier concernant ce qui suit :

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. (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).

Constatations :

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

La ou le DSI a déclaré qu'une personne résidente refusait les soins de certains membres du personnel.

Un examen du programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas que celle-ci ne voulait pas recevoir des soins directs de certains membres du personnel.

La ou le DSI a confirmé que cette information ne figurait pas dans le programme de soins de la personne résidente.

L'administrateur a reconnu que cette information aurait dû faire partie du programme de soins de la personne résidente.

Ainsi, il y avait un risque éventuel que la personne résidente reçoive des soins de certains des membres du personnel, car le programme de soins de la personne résidente n'avait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui lui fournissaient des soins directs.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente. Entretiens avec l'administrateur, la ou le DSI, un membre du personnel et la personne résidente. [Disposition 6. (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté pour une personne résidente un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente concernant les tournées horaires pour veiller au confort de celle-ci.

**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 examen des dossiers médicaux de la personne résidente indiquait qu'on l'avait trouvée gisant sur le sol à une date de 2021. Le programme de soins de la personne résidente l'identifiait comme présentant un risque de faire des chutes.

La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a déclaré que les tournées horaires effectuées par le personnel pour veiller au confort de la personne résidente n'étaient pas documentées dans le programme de soins écrit de la personne résidente pour fournir des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente qui était déjà identifiée comme présentant un risque de faire des chutes. Toutefois, l'interface Point of Care (POC) dans laquelle les membres du personnel documentent les soins de la personne résidente indiquait d'effectuer une surveillance par des tournées horaires pour veiller au confort de cette personne.

L'administrateur a confirmé que le membre du personnel affecté à la personne résidente n'avait pas effectué des tournées horaires pour veiller au confort de la personne résidente à une date de 2021 pendant une heure et quarante-six minutes environ. Un autre membre du personnel avait observé la personne résidente assise sur la toilette à ce moment-là. Le membre du personnel avait laissé la personne résidente sans surveillance dans la salle de bains. La personne résidente était tombée et un troisième membre du personnel l'avait trouvée sur le sol.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit de la personne résidente établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente concernant les tournées horaires pour veiller au confort de celle-ci. Par la suite, il y a eu un risque réel de préjudice causé par une chute lorsque la personne résidente n'a pas fait l'objet d'une surveillance horaire et par conséquent a été trouvée sur le sol.

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente, notes d'enquête et entretiens avec un membre du personnel et l'administrateur.

[Disposition 6. (1) c)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis tel que le précisait le programme pour :
- une personne résidente relativement aux soins liés à l'incontinence et aux tournées horaires pour veiller à son confort,
 - une autre personne résidente, en indiquant qu'elle nécessitait une aide considérable de deux membres du personnel pendant le bain.

1. Une personne résidente a subi une chute à une date de 2021 après avoir été laissée sur la toilette. Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'on l'avait trouvée gisant sur le sol. La personne résidente avait subi des blessures.

Elle a été transférée à l'hôpital plusieurs jours après la chute parce que son état de santé ne s'améliorait pas après que l'on eût diagnostiqué un autre problème de santé. La personne résidente est revenue au foyer avec un diagnostic de blessure et d'un autre état pathologique.

Lors de l'examen de l'inspectrice 211, les dossiers médicaux de la personne résidente et les notes d'enquête du titulaire de permis indiquaient que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente ne lui avaient pas été fournis tel que le précisait le programme.

Avant la chute de la personne résidente à une date de 2021, le programme de soins écrit suivant avait été élaboré et mis en œuvre pour la personne résidente :

- Les notes d'évolution de la personne résidente rédigées par la ou le physiothérapeute avant la chute de celle-ci indiquaient qu'elle avait de la difficulté à supporter son poids et à suivre des ordres. Il fallait transférer la personne résidente avec un appareil déterminé.
- Dans le programme de soins de la personne résidente commencé deux mois avant sa chute, on indiquait que la personne résidente était identifiée comme présentant un risque de chute et qu'elle nécessitait pour son transfert l'aide de deux membres du personnel et d'un appareil particulier. En outre, la personne résidente nécessitait l'assistance totale d'un membre du personnel pour pousser le fauteuil roulant en raison d'une déficience physique et cognitive. La personne résidente utilisait un produit pour incontinence pour les soins liés à l'incontinence et la facilitation des selles. Elle nécessitait une assistance totale pendant l'élimination. Elle devait être changée au lit et éliminer toutes les deux ou trois heures.

L'interface Point of Care (POC) indiquait d'effectuer les tournées horaires pour veiller à son confort.

L'évaluation de la chute effectuée dans le cadre de la *Fall Management* (gestion des chutes) dans les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente pendant trois jours après sa chute indiquait qu'il n'y avait pas de changement de l'état fonctionnel et cognitif de la personne résidente ni de l'amplitude de ses mouvements. On avait évalué la douleur de la personne résidente, et celle-ci n'avait signalé ou identifié aucun problème de douleur.

**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**

Les notes d'enquête du titulaire de permis indiquaient que deux membres du personnel avaient transféré la personne résidente dans le fauteuil roulant à l'aide d'un appareil déterminé après avoir fourni les soins du matin à une date de 2021. Le membre du personnel affecté à la personne résidente lors de ce poste de travail a indiqué avoir apporté le plateau du petit déjeuner de la personne résidente de bonne heure le matin. La personne résidente a été changée de position dans le fauteuil roulant environ une heure et demie plus tard, et on l'a observée assise dans le fauteuil roulant environ vingt minutes plus tard. Un deuxième membre du personnel est venu dans la chambre de la personne résidente et a observé qu'elle était assise sur la toilette environ vingt-cinq minutes plus tard. Le membre du personnel a laissé la personne résidente assise sur la toilette, car elle avait exprimé le besoin de rester plus longtemps. Le membre du personnel qui était affecté à la personne résidente lors de ce poste de travail a été informé par un membre du personnel infirmier autorisé que l'on avait trouvé la personne résidente sur le sol.

Lors d'un entretien, le deuxième membre du personnel a déclaré avoir observé la personne résidente assise sur la toilette dans sa salle de bains environ une heure et vingt minutes avant sa chute. Il avait laissé la personne résidente assise sur la toilette parce qu'elle avait demandé de rester plus longtemps. Le membre du personnel affecté à la personne résidente lors de ce poste de travail a déclaré que l'on changeait le produit pour incontinence de la personne résidente seulement au lit. La personne résidente n'était pas censée être assise sur la toilette. Les deux membres du personnel ne savaient pas comment on avait amené la personne résidente à la toilette ou qui l'y avait amenée.

L'administrateur a déclaré que la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une surveillance horaire de la part du membre du personnel qui était affecté aux soins de la personne résidente pendant ce poste de travail. Le membre du personnel affecté à la personne résidente l'avait surveillée pour la dernière fois plus d'une heure auparavant. On n'avait pas fourni à la personne résidente des soins liés à l'incontinence toutes les deux ou trois heures après lui avoir fourni ses soins tôt le matin. Le membre du personnel affecté à titre de collègue de travail de l'autre membre du personnel avait laissé la personne résidente assise sur la toilette, sans surveillance.

Par la suite, la personne résidente avait subi un préjudice réel en raison de sa chute, car les tournées horaires pour veiller à son confort et les soins liés à l'incontinence ne lui avaient pas été fournis tel que le précisait son programme de soins.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente, y compris l'évaluation intitulée *Fall Management* (gestion des chutes) et les notes d'enquête. Entretiens avec deux membres du personnel et avec l'administrateur.

2. Le programme de soins d'une personne résidente créé à une date de 2021 indiquait que celle-ci nécessitait une aide considérable de deux membres du personnel pendant le bain. Un examen du dossier médical électronique de la personne résidente un mois plus tard indiquait qu'elle avait fait une chute sans lésion pendant qu'on lui donnait un bain.

Les notes d'évolution de la personne résidente rédigées le lendemain par un membre du personnel infirmier autorisé indiquaient que deux membres du personnel auraient dû être présents pour donner le bain à la personne résidente. Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que ce jour-là un seul membre du personnel avait donné le bain à la personne résidente.

La personne résidente avait subi une chute sans lésion, car l'on n'avait pas suivi son programme de soins lorsqu'un seul membre du personnel avait aidé la personne résidente à prendre son bain.

Sources : Examen des notes d'évolution de la personne résidente, des documents de l'évaluation post-chute et de la gestion des risques. Entretiens avec deux membres du personnel infirmier autorisé. [Paragraphe 6. (7)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : 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 ce qui suit :

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 cette politique soit respectée.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique n° RC-15-01-01 *Falls Prevention and Management Program*, (programme de prévention et de gestion des chutes) datée de décembre 2020 qui indiquait ce qui suit : « Si l'on soupçonne qu'une personne résidente s'est cogné la tête (p. ex., lors d'une chute sans témoin), remplir le dossier de surveillance clinique, annexe 6 ». Le dossier de surveillance clinique, annexe 6, indiquait ce qui suit : « surveillance des éléments suivants toutes les heures pendant 4 heures, puis toutes les 8 heures pendant 72 heures :

- Signes vitaux et signes neurologiques (si l'on soupçonne un traumatisme crânien ou une lésion cérébrale ou bien s'il s'agit d'une chute sans témoin)
- Contrôler les signes vitaux
- Évaluer la douleur
- Surveiller les changements de comportement ».

À une date de 2021, on avait trouvé une personne résidente sur le sol, près de son fauteuil. Le personnel n'avait pas été témoin de la chute. Un examen du dossier de surveillance clinique indiquait que l'on avait surveillé les signes vitaux et les signes neurologiques de la personne résidente pendant les 40 premières heures après la chute.

La coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI a confirmé que la surveillance et la documentation des signes vitaux et des signes neurologiques n'avaient pas été effectuées pendant 72 heures conformément au dossier de surveillance clinique, annexe 6.

Ainsi, le personnel infirmier autorisé n'avait pas effectué les 72 heures de surveillance conformément au dossier de surveillance clinique, annexe 6, comme on l'indiquait dans la politique susmentionnée intitulée *Falls Prevention and Management Program* (programme de prévention et de gestion des chutes).

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente. Entretien avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du RAI. [Disposition 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° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 49. Prévention et gestion des chutes

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 49. (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 que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation post-chute fût effectuée après la chute d'une personne résidente à une date de 2021.

Un examen des dossiers médicaux d'une personne résidente indiquait qu'elle était tombée d'une aide à la mobilité à une date de 2021. La documentation dans le dossier médical de la personne résidente indiquait qu'un membre du personnel infirmier autorisé avait reçu un appel d'un membre du personnel l'informant que la personne résidente était tombée. La personne résidente a été incapable d'informer le personnel infirmier autorisé de la façon dont l'incident s'était produit.

Un membre du personnel infirmier autorisé a confirmé que l'on n'avait pas effectué l'évaluation post-chute de la personne résidente à l'aide de l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Ainsi, étant donné que l'on n'avait pas effectué d'évaluation post-chute pour la personne résidente ce jour-là, les facteurs de risque éventuels qui avaient joué un rôle déterminant dans la chute n'ont pas été évalués pour prévenir d'autres chutes.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente, entretiens avec deux membres du personnel infirmier autorisé. [Paragraphe 49. (2)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation post-chute fût effectuée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes quand une personne résidente a fait une chute à une date de 2021.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente indiquait qu'on l'avait trouvée gisant sur le sol à une date de 2021. La personne résidente avait subi des deux blessures.

Un membre du personnel infirmier autorisé a confirmé que l'on n'avait pas effectué d'évaluation post-chute à la date en question.

Ainsi, étant donné que l'on n'avait pas effectué l'évaluation post-chute pour la personne résidente, les facteurs de risque éventuels qui avaient joué un rôle déterminant dans la chute n'ont pas été évalués pour prévenir d'autres chutes.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente, entretiens avec deux membres du personnel et un membre du personnel infirmier autorisé. [Paragraphe 49. (2)]

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 personne résidente qui a fait une chute fasse l'objet d'une évaluation, et à ce qu'une autre évaluation post-chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. 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. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participât à la mise en œuvre du programme de pratiques de prévention et de contrôle des infections, quand un membre du personnel n'a pas aidé des personnes résidentes pour leur hygiène des mains après leur repas.

À une date de 2021, l'inspectrice 211 a remarqué plusieurs désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) placés sur une table à côté de la porte de la salle à manger. Elle a observé un membre du personnel qui poussait le fauteuil roulant d'une personne résidente hors de la salle à manger. Les mains de la personne résidente n'étaient pas désinfectées. L'inspectrice 211 a dû rappeler au membre du personnel que les mains de la personne résidente devaient être désinfectées avant de sortir de la salle à manger. Les mains de la personne résidente ont alors été désinfectées.

Lors d'un entretien, un membre du personnel infirmier autorisé a confirmé que les membres du personnel devaient aider les personnes résidentes à se désinfecter les mains.

Immédiatement après l'observation de l'inspectrice 211, un autre membre du personnel est resté près de la porte à l'intérieur de la salle à manger pour encourager toutes les personnes résidentes à se désinfecter les mains et veiller à ce qu'elles le fassent avant de sortir de la salle à manger.

Ainsi, les personnes résidentes ont été exposées à un risque de transmission d'infection quand le personnel n'a pas aidé une personne résidente à pratiquer son hygiène des mains après son repas.

Sources : Entretiens avec un membre du personnel et un membre du personnel infirmier autorisé. Observation par l'inspectrice 211. [Paragraphe 229. (4)]

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 tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de pratiques de prévention et de contrôle des infections quand un membre du personnel n'a pas aidé les personnes résidentes à pratiquer leur hygiène des mains après leur repas. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 6 décembre 2021.

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Nom de l'inspectrice (n°) : JOELLE TAILLEFER (211)

N° de l'inspection : 2021_831211_0019

N° de registre : 012031-21, 012526-21, 015690-21

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

Date du rapport : 2 décembre 2021

Titulaire de permis : CVH (n° 4) LP par ses associés commandités,
Southbridge Health Care GP inc. et Southbridge Care
Homes (société en commandite, par son associé
commandité Southbridge Care Homes inc.)
766, chemin Hespeler, bureau 301, a/s de Southbridge
Care Home inc., CAMBRIDGE, ON N3H 5L8

Foyer de SLD : Manoir Marochel
949, route de Montréal, Ottawa, ON K1K 0S6

**Nom de l'administratrice
ou de l'administrateur :** Paul Beverley

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

À l'intention de CVH (n° 4) LP par ses associés commandités, Southbridge Health Care GP inc. et Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Care Homes inc.), vous êtes tenu par les présentes de vous 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 :

LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 6. (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 6 (7) de la LFSLD, 2007.

En particulier, pour toutes les personnes résidentes identifiées comme présentant un risque de chute, le titulaire de permis doit :

- examiner et réévaluer le programme de soins des personnes résidentes relativement à la tournée horaire pour veiller à leur confort, aux soins liés à l'incontinence et à l'aide pour le bain, afin de veiller à ce que les membres du personnel se conforment au programme de soins,
- effectuer des vérifications bihebdomadaires du programme de soins pendant quatre semaines pour au moins trois personnes résidentes différentes afin d'évaluer l'efficacité des interventions visant d'une part la tournée horaire pour veiller à leur confort, et d'autre part les soins liés à l'incontinence et l'aide pour le bain,
- documenter les résultats de la vérification ainsi que les stratégies mises en œuvre afin de gérer efficacement les écarts détectés pour fournir d'une part une tournée horaire pour veiller au confort des personnes résidentes, et d'autre part des soins liés à l'incontinence et de l'aide pour le bain.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins fussent fournis tel que le précisait le programme pour :
 - une personne résidente relativement aux soins liés à l'incontinence et aux tournées horaires pour veiller à son confort,
 - une autre personne résidente, en indiquant qu'elle nécessitait une aide considérable de deux membres du personnel pendant le bain.

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

1. Une personne résidente a subi une chute à une date de 2021 après avoir été laissée sur la toilette. Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient qu'on l'avait trouvée gisant sur le sol. La personne résidente avait subi des blessures.

Elle a été transférée à l'hôpital plusieurs jours après la chute parce que son état de santé ne s'améliorait pas après que l'on eût diagnostiqué un autre problème de santé. La personne résidente est revenue au foyer avec un diagnostic de lésion et d'un autre état pathologique.

Lors de l'examen de l'inspectrice 211, les dossiers médicaux de la personne résidente et les notes d'enquête du titulaire de permis indiquaient que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente ne lui avaient pas été fournis tel que le précisait le programme.

Avant la chute de la personne résidente à une date de 2021, le programme de soins écrit suivant avait été élaboré et mis en œuvre pour la personne résidente :

- Les notes d'évolution de la personne résidente rédigées par la ou le physiothérapeute avant la chute de celle-ci indiquaient qu'elle avait de la difficulté à supporter son poids et à suivre des ordres. Il fallait transférer la personne résidente avec un appareil déterminé.
- Dans le programme de soins de la personne résidente commencé deux mois avant sa chute, on indiquait que la personne résidente était identifiée comme présentant un risque de chute et qu'elle nécessitait pour son transfert l'aide de deux membres du personnel et d'un appareil particulier. En outre, la personne résidente nécessitait l'assistance totale d'un membre du personnel pour pousser le fauteuil roulant en raison d'une déficience physique et cognitive. La personne résidente utilisait un produit pour incontinence pour les soins liés à l'incontinence et la facilitation des selles. Elle nécessitait une assistance totale pendant l'élimination. Elle devait être changée au lit et éliminer toutes les deux ou trois heures.

L'interface Point of Care (POC) indiquait d'effectuer les tournées horaires pour veiller à son confort.

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

L'évaluation de la chute effectuée dans le cadre de la *Fall Management* (gestion des chutes) dans les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente pendant trois jours après sa chute indiquait qu'il n'y avait pas de changement de l'état fonctionnel et cognitif de la personne résidente ni de l'amplitude de ses mouvements. On avait évalué la douleur de la personne résidente, et celle-ci n'avait signalé ou identifié aucun problème de douleur.

Les notes d'enquête du titulaire de permis indiquaient que deux membres du personnel avaient transféré la personne résidente dans le fauteuil roulant à l'aide d'un appareil déterminé après avoir fourni les soins du matin à une date de 2021. Le membre du personnel affecté à la personne résidente lors de ce poste de travail a indiqué avoir apporté le plateau du petit déjeuner de la personne résidente de bonne heure le matin. La personne résidente a été changée de position dans le fauteuil roulant environ une heure et demie plus tard, et on l'a observée assise dans le fauteuil roulant environ vingt minutes plus tard. Un deuxième membre du personnel est venu dans la chambre de la personne résidente et a observé qu'elle était assise sur la toilette environ vingt-cinq minutes plus tard. Le membre du personnel a laissé la personne résidente assise sur la toilette, car elle avait exprimé le besoin de rester plus longtemps. Le membre du personnel qui était affecté à la personne résidente lors de ce poste de travail a été informé par un membre du personnel infirmier autorisé que l'on avait trouvé la personne résidente sur le sol.

Lors d'un entretien, le deuxième membre du personnel a déclaré avoir observé la personne résidente assise sur la toilette dans sa salle de bains environ une heure et vingt minutes avant sa chute. Il avait laissé la personne résidente assise sur la toilette parce qu'elle avait demandé de rester plus longtemps. Le membre du personnel affecté à la personne résidente lors de ce poste de travail a déclaré que l'on changeait le produit pour incontinence de la personne résidente seulement au lit. La personne résidente n'était pas censée être assise sur la toilette. Les deux membres du personnel ne savaient pas comment on avait amené la personne résidente à la toilette ou qui l'y avait amenée.

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

L'administrateur a déclaré que la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une surveillance horaire de la part du membre du personnel qui était affecté aux soins de la personne résidente pendant ce poste de travail. Le membre du personnel affecté à la personne résidente l'avait surveillée pour la dernière fois plus d'une heure auparavant. On n'avait pas fourni à la personne résidente des soins liés à l'incontinence toutes les deux ou trois heures après lui avoir fourni ses soins tôt le matin. Le membre du personnel affecté à titre de collègue de travail de l'autre membre du personnel avait laissé la personne résidente assise sur la toilette, sans surveillance.

Par la suite, la personne résidente a subi un préjudice réel en raison de sa chute, car les tournées horaires pour veiller à son confort et les soins liés à l'incontinence ne lui avaient pas été fournis tel que le précisait son programme de soins.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente, y compris l'évaluation intitulée *Fall Management* (gestion des chutes) et les notes d'enquête. Entretiens avec deux membres du personnel et avec l'administrateur.

2. Un programme de soins d'une personne résidente créé à une date de 2021 indiquait que celle-ci nécessitait une aide considérable de deux membres du personnel pendant le bain. Un examen du dossier médical électronique de la personne résidente un mois plus tard indiquait qu'elle avait fait une chute sans lésion pendant qu'on lui donnait un bain.

Les notes d'évolution de la personne résidente rédigées le lendemain par un membre du personnel infirmier autorisé indiquaient que deux membres du personnel auraient dû être présents pour donner le bain à la personne résidente. Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que ce jour-là un seul membre du personnel avait donné le bain à la personne résidente.

La personne résidente avait subi une chute sans lésion, car l'on n'avait pas suivi le programme de soins lorsqu'un seul membre du personnel avait aidé la personne résidente à prendre son bain.

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

Sources : Examen des notes d'évolution de la personne résidente, des documents de l'évaluation post-chute et de la gestion des risques. Entretiens avec deux membres du personnel infirmier autorisé.

Un ordre a été émis en tenant compte des éléments suivants :

Gravité : Le programme de soins d'une personne résidente concernant l'élimination et les tournées horaires pour veiller à son confort, et le programme de soins d'une autre personne résidente concernant le bain n'ont pas été suivis, ce qui s'est traduit par une chute des personnes résidentes.

Portée : Nous avons déterminé que ces non-respects étaient récurrents.

Antécédents de conformité : Un avis écrit (AE), un plan de redressement volontaire (PRV) et un ordre de conformité (OC) ont été émis aux termes du paragraphe 6 (7) en juillet 2021, trois avis écrits (AE) en juillet 2021, un AE en octobre 2020, et un PRV en janvier 2020 ont été émis pour le foyer au cours des 36 derniers mois concernant différentes dispositions des mesures législatives. (211)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 16 février 2022

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
438, rue University, 8^e étage
Toronto ON M7A 1N3
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 registrateur(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
438, rue University, 8e étage
Toronto ON M7A 1N3
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 2 décembre 2021.

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joelle Taillefer

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