



**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**

Ministry of Health and Long-Term Care
Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4

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

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

Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

☐ Copie du titulaire de permis	☒ Copie destinée au public
---	--

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre :	Type d'inspection
26 septembre 2013	2013_225126_0020	O-000498, 000549, 000550-13	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

VILLE D'OTTAWA

Direction des soins de longue durée, 275, avenue Perrier, OTTAWA (ONTARIO), K1L 5C6

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN

275, RUE PERRIER, VANIER (ONTARIO), K1L 5C6

Inspecteur(s)

LINDA HARKINS (126)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

L'inspection s'est tenue les 12, 13 et 16 septembre 2013.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, le directeur des soins et son adjoint, plusieurs infirmières autorisées, plusieurs infirmières auxiliaires autorisées, plusieurs préposés aux services de soutien à la personne, le physiothérapeute, l'assistant en réadaptation, ainsi qu'un aide-physiothérapeute.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné le dossier de santé de plusieurs résidents, l'horaire de travail du personnel, la politique n° 350.05 sur le levage et le transfert des résidents, ainsi que le rapport de soins infirmiers sur 24 heures.

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

- services de soutien à la personne;
- prévention des mauvais traitements, des actes de négligence et des représailles;
- comportements réactifs.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

NON-RESPECTS

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 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 n'a pas respecté l'article 36 du Règlement de l'Ontario 79/10. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aide les résidents. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 36 du Règlement de l'Ontario 79/10, dans la mesure où le foyer n'a pas employé des dispositifs sécuritaires pour le transfert et le changement de position des résidents.

1) Dans les notes d'évolution d'un jour de juin 2013, il est indiqué que le résident n° 1 est tombé du harnais et s'est cogné la tête contre le plancher. Après cette chute, les PSSP qui aidaient le résident n° 1 ont expliqué à l'infirmière-chef du quart de soir qu'ils utilisaient un drap de lit et un drap de levage qu'ils glissaient sous le résident n° 1 quand ils le transféraient, ceci pour l'empêcher de glisser et de tomber du harnais. Le lendemain matin, l'infirmière autorisée a été avisée de l'accident et informée que les PSSP mettaient un drap de lit et un drap de levage sous le résident n° 1 pour l'empêcher de tomber. L'infirmière autorisée du quart de jour a demandé à l'aide-physiothérapeute de réévaluer le résident n° 1 pour lui trouver un harnais plus petit. L'aide-physiothérapeute a évalué le résident n° 1 et déterminé qu'il lui fallait un harnais de plus petite taille.

2) Le dossier de santé du résident et le rapport de soins infirmiers de 24 heures ont été examinés et il avait été noté dans ce rapport de 24 heures, un jour de mai 2013, que le personnel devait faire attention en transférant le résident n° 1 parce qu'il tombait de son harnais.

Lors d'un entretien avec l'infirmière-chef du quart de jour et l'assistant en réadaptation, aucune documentation n'a été trouvée concernant la réévaluation de la taille du harnais à employer pour ce résident ou une intervention visant à assurer le transfert sécuritaire du résident.

3) Pendant le quart de soir du 12 septembre 2013, juste avant le dîner, l'inspectrice n° 126 a vu que deux PSSP allaient transférer un résident au moyen d'un verticalisateur recouvert d'un harnais vert. Lorsqu'on les a interrogés, ils ont affirmé que chaque résident avait son propre harnais. En vérifiant le harnais qui était avec le lève-personne, nous avons constaté que c'était celui d'un résident qui avait été transféré vers un autre étage. Lorsque les PSSP sont entrés dans la chambre du résident, ils ont remarqué que le résident n'avait pas de harnais dans sa chambre. Ils ont commencé le transfert avec le harnais vert qui était celui de l'autre résident. L'inspectrice n° 126 a trouvé le harnais du résident dans la buanderie. Il a été constaté que le harnais du résident était une taille jaune et non une taille verte. Les PSSP ont transféré le résident avec le harnais vert au lieu du harnais jaune, ce qui signifie qu'ils ont procédé au transfert du résident avec la



mauvaise taille de harnais.

4) Le même soir, en s'entretenant avec deux autres PSSP qui sortaient de la chambre d'un autre résident, l'inspectrice n° 126 a constaté que ce résident n'avait pas son harnais personnel dans sa chambre. Les PSSP ont affirmé qu'ils utilisaient le harnais (vert) qui se trouvait sur le lève-personne mécanique, sachant que ce n'était pas celui de ce résident. Le harnais que les PSSP utilisaient était celui d'un résident qui était décédé.

4) Le type de transfert à employer pour chaque résident est indiqué sur un petit carton carré qui est accroché au mur, à la tête du lit du résident. Il n'y a aucune indication écrite, dans les chambres, qui permette au personnel de savoir quelle taille de harnais utiliser pour les résidents. Les PSSP ont affirmé qu'habituellement le résident a son harnais dans sa chambre et que c'est à l'infirmière de choisir la taille du harnais. [art. 36.]

N° d'identification de l'inspecteur :

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 le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que le foyer emploie des dispositifs sécuritaires pour le transfert et le changement de position des résidents, notamment la bonne taille et le bon type d'élingues. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 98 du Règlement de l'Ontario 79/10. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 98.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 98 du Règlement de l'Ontario 79/10, dans la mesure où il n'a pas fait en sorte que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident.

Un jour de juin 2013, le résident n° 2 a frappé le résident n° 3 avec sa canne. Le résident n° 3 a subi plusieurs ecchymoses. En date du 12 septembre 2013, le corps de police concerné n'a pas été avisé de cet incident lorsqu'il s'est produit ce jour de juin 2013.

Un entretien avec l'administrateur le 12 septembre 2013 révèle que la police n'a pas été avisée de cet incident. [art. 98.]

Date de délivrance : 26 septembre 2013

Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Original signé par Linda Harkins