



**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 destinée au public

Date(s) d'inspection Le 12 mars 2013	Numéro d'inspection 2013_198117_0004	N° de registre O-001493-12 + 3	Type d'inspection Incident critique
Titulaire de permis COMTÉS UNIS DE PRESCOTT ET RUSSELL 59, rue Court, Case postale 304, L'Orignal ON K0B 1K0			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE PRESCOTT et RUSSELL 1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY ON K6A 1W7			
Nom de l'inspectrice LYNE DUCHESNE (117)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre d'un incident critique.

Cette inspection a été effectuée sur les lieux aux dates suivantes : 6 et 7 mars 2013 au foyer de soins de longue durée.

Il convient de remarquer que quatre (4) inspections dans le cadre d'incidents critiques ont eu lieu pendant cette inspection : n° de registre O-001493-12, O-001547-12, O-002066-12 et O-000082-13.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : administratrice du foyer, deux coordonnatrices des soins infirmiers, plusieurs membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé, plusieurs personnes préposées aux services de soutien à la personne, et plusieurs personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné les dossiers de soins de santé de quatre personnes résidentes identifiées, elle a observé les soins et les services fournis aux personnes résidentes, examiné un lève-personne fixé au plafond d'une salle de bain, une toile Hammock 6 et une élingue hygiénique; et elle a examiné ce qui suit : calendrier de formation du personnel en matière de levage, rapports d'incident interne du foyer à la suite d'une chute concernant des personnes résidentes identifiées, et quatre rapports d'incident critique.

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

Prévention des chutes.

Hospitalisation et décès.

Services de soutien à la personne.

Des 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 non-respect des exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi » au paragraphe 2 (1) de la LFSLD.

Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux exigences de l'article 36 du Règlement de l'Ontario 79/10. 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 :

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 36 du Règlement de l'Ontario 79/10, car le foyer 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.

Le programme de soins de la personne résidente n° 2 indique que la personne nécessite l'utilisation d'un appareil de levage pour les transferts et le changement de position. Deux membres du personnel doivent être présents en tout temps pendant les transferts et les changements de position. La personne résidente n° 2 a une toile Hammock 6 destinée à son usage personnel pour les transferts à l'aide d'un lève-personne fixé au plafond.

Un jour précisé de juillet 2012, deux personnes préposées aux services de soutien à la personne aidaient la personne résidente n° 2 à prendre son bain. La personne résidente a été amenée dans la salle de bain et positionnée pour prendre son bain avec l'aide de la toile Hammock 6 et d'un lève-personne fixé au plafond. La toile a été enlevée pour prendre le bain et placée sur un crochet derrière la porte de la salle de bain.

Après le bain, les personnes préposées aux services de soutien à la personne ont placé la personne résidente n° 2 dans une élingue hygiénique, qui était également rangée sur un crochet derrière la porte de la salle de bain. L'une des deux personnes préposées aux services de soutien à la personne a dû s'absenter, mais a été remplacée par une troisième. Les deux personnes préposées aux services de soutien à la personne qui restaient ont accroché l'élingue hygiénique au lève-personne fixé au plafond et ont commencé à soulever et à transférer la personne résidente du banc de baignoire à un fauteuil roulant.

Pendant le transfert, buste de la personne résidente n° 2 a commencé à glisser hors de l'élingue hygiénique. Une des personnes préposées aux services de soutien à la personne tenait les jambes de la personne résidente et l'autre essayait de lui soutenir le buste. Néanmoins, la personne résidente est tout de même tombée sur le sol de la salle de bains. Elle a fait l'objet d'une évaluation immédiate et a été transférée à un hôpital. Cette personne a été blessée et on l'a ramenée au foyer le même jour. Les personnes préposées aux services de soutien à la personne ont immédiatement signalé l'incident à l'infirmière autorisée de l'unité, en indiquant qu'elles avaient utilisé une toile inadaptée (élingue hygiénique) pour le transfert de la personne résidente. L'élingue hygiénique doit être utilisée seulement avec un appareil de levage pour redressement assis-debout et non pas avec un lève-personne fixé au plafond.

Le personnel préposé aux services de soutien à la personne n'a pas utilisé des dispositifs et des techniques de transfert sécuritaires en aidant la personne résidente n° 2 pendant un transfert à l'aide d'un appareil de levage. Le personnel a utilisé la mauvaise toile, conçue pour un lève-personne fixé au plafond, et la personne résidente est tombée de la toile et s'est blessée. [n° de registre O-001547-12] [art. 36]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément au paragraphe 152 (2) 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 sache quel toile doit être utilisée avec des appareils de levage spécifiques et qu'il utilise les toiles adéquates, selon ce qui figure dans le programme de soins des personnes résidentes quand les membres du personnel assistent les personnes résidentes lors de leurs transferts et changements de position, et ce plan de soins doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, Programme de soins.

En particulier, il ne s'est pas conformé à la disposition suivante :

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 ne s'est pas conformé au paragraphe 6 (7) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, car les soins mentionnés dans le programme de soins n'ont pas été fournis à deux personnes résidentes identifiées comme le précisait leur programme de soins.

La personne résidente n° 1 est identifiée comme risquant de faire des chutes. Le programme de soins indique que cette personne doit être attachée au moyen d'une ceinture abdominale quand elle est assise dans son fauteuil roulant. Lors d'une journée précisée de juin 2012, la personne résidente n° 1 était assise dans son fauteuil roulant après avoir eu un bain. Elle est tombée de son fauteuil roulant et s'est blessée. Au moment de l'incident, les deux personnes préposées aux services de soutien à la personne qui avaient placé la personne résidente n° 1 dans le fauteuil roulant, ont immédiatement signalé au membre du personnel infirmier auxiliaire autorisé qu'elles n'avaient pas attaché la personne résidente au moyen d'une ceinture abdominale comme l'indiquait son programme de soins. [n° de registre O-001493-12] [par. 6 (7)]

2. La personne résidente n° 3 est identifiée comme risquant de faire des chutes. Le programme de soins indique que cette personne doit être amenée aux toilettes lors de chaque quart de travail, avec l'assistance du personnel, et que l'on ne doit pas la laisser sans surveillance pendant qu'elle est aux toilettes.

Lors d'une journée précisée de septembre 2012, la personne résidente n° 3 a été amenée aux toilettes par un membre du personnel des services de soutien à la personne. Ce membre du personnel était présent et surveillait la personne résidente n° 3. Une sonnerie d'appel a retenti et la personne préposée aux services de soutien à la personne est partie répondre à la sonnerie. À son retour, elle a trouvé que la personne résidente n° 3 était tombée de la toilette. La personne résidente a fait l'objet d'une évaluation, on a avisé de la chute de la personne résidente la personne détentricice d'une procuration relative aux soins de cette personne et le médecin traitant. On a appelé le 911, et la personne résidente a été transférée à un hôpital pour poursuivre l'évaluation; on a diagnostiqué qu'elle avait une fracture. Au moment de l'incident la personne préposée aux services de soutien à la personne qui avait positionné la personne résidente n° 3 sur la toilette, a immédiatement signalé au membre du personnel infirmier autorisé de l'unité qu'elle avait laissé la personne résidente sans surveillance pendant qu'elle était sur la toilette, contrairement à ce qui figurait dans le programme de soins de cette personne.

La personne préposée aux services de soutien à la personne n'a pas fourni des soins à la personne résidente conformément à ce qui figurait dans le programme quand elle l'a laissée sans surveillance sur la toilette pour répondre à une sonnerie d'appel, ce qui a provoqué une chute de la personne résidente n° 3 et une blessure. [n° de registre O-002066-12] [par. 6 (7)]

Émis le 12 mars 2013

Signature de l'inspectrice

Lyne Duchesne, n° 117



Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

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