

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 27 août 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1301-0006

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : The Glebe Centre Incorporated

Foyer de soins de longue durée et ville : Glebe Centre, Ottawa

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 23, et les 26 et 27 août 2024.

Les inspections concernaient :

le registre n° 00114733 – plainte relative aux soins et aux services fournis à une personne résidente;

le registre n° 00117908 – plainte relative à la déclaration des droits d'une personne résidente;

le registre n° 00119173 – suivi n° 1 – alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 ayant trait à la prévention et au contrôle des infections (PCI);

le registre n° 00121157 ayant trait à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente;

le registre n° 00122061 ayant trait à un incident de personne résidente portée disparue qui revient au foyer avec une lésion;

le registre n° 00122751 ayant trait à un incident au cours duquel une personne résidente a été transportée à l'hôpital et en est revenue avec un changement dans son état de santé.

Ordre(s) de conformité délivré(s) antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

L'ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1301-0003 concernant l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 a été inspecté et sa conformité établie.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Droits et choix des résidents
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer intitulée politique de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Policy*) en ce sens qu'à deux reprises, une marche à suivre déterminée n'a pas été exécutée conformément au protocole pour une personne résidente qui avait subi une chute sans témoin.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller au respect des politiques et marches à suivre des programmes de prévention des chutes.

Plus précisément, une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) n'a pas respecté la politique n° 8.30.00 révisée en août 2024, intitulée politique de prévention et de gestion des chutes, évaluation et gestion antérieure et postérieure à une chute – personnel autorisé (*Fall Prevention and Management Policy, B. Fall and Post Fall Assessment and Management, Registered Staff*).

Sources : Entretien avec une ou un IA, examen des dossiers médicaux d'une personne résidente et de la politique de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Policy*).

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **115 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Un résident porté disparu qui retourne au foyer avec une lésion ou des changements indésirables de son état, peu importe la durée de sa disparition.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût immédiatement informé lorsqu'une personne résidente qui était portée disparue retournait au foyer avec une lésion à une date déterminée, alors que le directeur n'avait pas été immédiatement informé.

Sources : Rapport d'incident critique (RIC), dossier médical de la personne résidente et un entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.