

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public initial	
Date d'émission du rapport : 30 avril 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1488-0002	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Centre d'accueil Roger Séguin	
Foyer de soins de longue durée et ville : Centre d'accueil Roger Séguin, Clarence Creek	
Inspectrice principale Maryse Lapensee (000727)	Signature numérique de l'inspectrice Maryse C Lapensee <small>Digitally signed by Maryse C Lapensee Date: 2024.05.08 10:05:03 -04'00'</small>
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 17, 18, 22 et 23 avril 2024

Les inspections concernaient :

- le registre : n° 00108150/IC n° 2988-000004-24 ayant trait à une chute avec blessure.
- le registre : n° 00110700/IC n° 2988-000007-24) ayant trait à une allégation de mauvais traitements ou de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

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
- Prévention et gestion des chutes
- Contentions/gestion des appareils d'aide personnelle

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD 2021

Non-respect de l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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 :

c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

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

Justification et résumé

L'inspectrice a observé une mesure d'intervention en matière de prévention des chutes mise en œuvre pour une personne résidente déterminée. En avril 2024, dans la section de la prévention des chutes du programme de soins écrit d'une personne résidente, la mesure d'intervention dont l'inspectrice a observé la mise en œuvre ne figurait pas dans le programme. Après une chute en février 2024, on avait évalué que la personne résidente nécessitait une mesure d'intervention en matière de prévention des chutes. Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) ont confirmé que la mesure d'intervention en matière de prévention des chutes incluait la mesure d'intervention mise en œuvre en matière de prévention des chutes observée par l'inspectrice. L'IA a reconnu que le programme de soins écrit ne l'indiquait pas.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le 23 avril 2024, le programme de soins écrit de la personne résidente a été mis à jour pour indiquer la mesure d'intervention mise en œuvre en matière de prévention des chutes de la personne résidente que l'inspectrice avait observée.

Sources : Observations, dossiers médicaux d'une personne résidente, entretien avec une ou un IAA et une ou un IA. [000727]

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 23 avril 2024

AVIS ÉCRIT : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

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

Non-respect de la disposition 119 (7) 6 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Par. 119 (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 35 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'évaluation et la surveillance de la contention d'une personne résidente fussent documentées.

Justification et résumé

En avril 2024, on a observé une personne résidente assise dans son fauteuil roulant avec un dispositif de contention.

La feuille de surveillance de la contention de la personne résidente pour le mois d'avril ne comportait pas de documentation horaire. Il n'y avait pas de documentation pour les postes de travail de jour et du soir lors de trois jours déterminés. Il manquait l'approbation signée des évaluations par le personnel autorisé à six reprises pendant le poste de jour, et l'approbation signée par le

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue duréeDistrict d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

personnel autorisé pour chaque évaluation pour le poste de travail du soir pendant une période déterminée d'avril 2024. Aucune documentation dans les notes d'évolution de la personne résidente n'indiquait qu'elle n'utilisait pas son fauteuil roulant et le dispositif de contention.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a reconnu qu'il incombait aux PSSP d'une part de contrôler toutes les heures une personne résidente qui avait un dispositif de contention et d'autre part de la changer de position toutes les deux heures. La PSSP a confirmé que l'on doit documenter la contention toutes les heures dans le registre de contention qui se trouve au poste infirmier.

Une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) a confirmé que la PSSP était au courant qu'elle devait surveiller toutes les heures la personne résidente qui avait un dispositif de contention et signer la documentation, et que le membre du personnel autorisé devait approuver en signant lors de chaque poste de travail au cours duquel la personne résidente utilisait le dispositif de contention.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré qu'en ce qui concernait une personne résidente avec un dispositif de contention, l'on s'attendait à ce que la PSSP documente toutes les heures lorsque la personne résidente utilisait le dispositif de contention. Le personnel autorisé doit vérifier et approuver en signant ce qui est fait lors de chaque poste de travail.

L'IA et la ou le DSI ont toutes deux confirmé qu'il manquait de la documentation et des signatures pour la feuille de surveillance de la contention d'une personne résidente pendant le mois d'avril 2024.

Ainsi, ne pas documenter la surveillance de la contention peut avoir fait courir à la personne résidente le risque de subir une évaluation inadéquate.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, entretien avec une PSSP, une IA et la ou le DSI.
[000727]