

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 10 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1570-0003	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : United Counties of Leeds and Grenville	
Foyer de soins de longue durée et ville : Maple View Lodge, Athens	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Darlene Murphy (103)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices ou inspecteurs Erica McFadyen (740804)	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 4 au 7 juin et le 10 juin 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00112021/Rapport du système d'incidents critiques n° M554-000004-24 – Chute d'une personne résidente entraînant des blessures
- Le dossier : n° 00114912/Rapport du système d'incidents critiques n° M554-000007-24 – Allégation de mauvais traitements d'ordre verbal de la part du personnel envers une personne résidente
- Le dossier : n° 00115224 – Rapport du système d'incidents critiques n° M554-000009-24 – Allégation de traitement inapproprié ou inadéquat par le personnel envers une personne résidente
- Le dossier : n° 00116682/CIS n° M554-000010-24 – Allégation de mauvais traitements d'ordre affectif de la part du personnel envers une personne résidente

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

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Prévention et contrôle des infections

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le dispositif d'alarme de fauteuil prévu dans le programme de soins en cas de chute d'une personne résidente soit fourni, tel que le précise le programme à deux dates précises au cours de l'inspection.

Sources :

observations de la personne résidente, entretiens avec le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) et une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), examen du programme de soins de la personne résidente

[740804]

AVIS ÉCRIT : Routines au coucher et au moment du repos

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Non-respect de : l'article 45 du Règl. de l'Ont. 246/22

Routines au coucher et au moment du repos

Art. 45 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les routines de chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les routines au coucher et au moment du repos souhaitées par une personne résidente soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Sources

entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DIS), notes d'évolution et programme de soins de la personne résidente [740804]

NOTIFICATION ÉCRITE : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 115 (5) 3. v. du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :
- v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

Le titulaire du permis n'a pas informé la direction du résultat atteint relativement au membre du personnel qui a été impliqué dans un incident nécessitant un rapport à la direction à la suite d'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente à une date précise.

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 (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire du permis n'a pas informé la direction du résultat atteint relativement au membre du personnel impliqué dans un incident nécessitant un rapport à la direction à la suite d'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente à une autre date spécifiée.

Sources

entretien avec le ou la DIS, examen des rapports du système d'incidents critiques n° M554-000007-24 et n° M554-000010-24

[740804]