

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

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 : 31 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1358-0001	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Conseil de direction de l'Armée du Salut du Canada	
Foyer de soins de longue durée et ville : The Salvation Army Ottawa Grace Manor, Ottawa	
Inspectrice principale Pamela Finnikin (720492)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 8-10 et 14-16 mai 2024.

Cette inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernait :

- le registre n° 00102033 – IC n° 2873-000007-23; le registre n° 00103211 – IC n° 2873-000008-23 – personnes résidentes ayant une blessure donnant lieu à un transfert à l'hôpital.

Cette inspection relative à une plainte concernait :

- le registre n° 00113917 – ayant trait à des préoccupations relatives aux soins fournis à une personne résidente.

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

- Prévention et gestion des chutes
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs

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

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

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

Non-respect de l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis a omis de transmettre immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Justification et résumé

Un examen du rapport d'incident critique (RIC) et des fichiers joints soumis au directeur en avril 2024 confirmait que le foyer avait reçu un courriel concernant de multiples préoccupations relatives à des soins fournis à une personne résidente. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que cette plainte concernant les soins fournis à une personne résidente avait été reçue par écrit et qu'elle aurait dû être transmise immédiatement au directeur.

Ne pas avoir informé immédiatement le directeur de cette plainte présentait un risque que la plainte ne fasse pas immédiatement l'objet d'une enquête.

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

Sources : Correspondance par courriel émanant de la personne auteure de la plainte, examen du RIC soumis en avril 2024 et entretien avec la ou le DSI.

[720492]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 002 – 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.

Comme il s'agit d'un programme obligatoire, le paragraphe 53 (1) du Règl de l'Ont. 246/22 exige que le titulaire de permis ait élaboré et mis en œuvre au foyer un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exigeait que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs, mette en place une politique ou une stratégie, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que la politique ou le protocole soient respectés.

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique n° F23 intitulée programme de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*) (révisée en juillet 2020) qui figurait dans le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

Justification et résumé

N° 1

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

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

Un rapport d'incident critique (RIC) confirmait qu'une personne résidente avait subi une chute sans témoin en novembre 2023 qui avait occasionné un transfert à l'hôpital avec une blessure.

La politique intitulée programme de prévention et de gestion des chutes spécifie page 8, au point cinq du paragraphe « personnel infirmier autorisé » de l'article 1.5 intitulé « évaluation et gestion de la chute et de l'état postérieur à la chute », d'entreprendre un examen de routine pour traumatisme crânien pour toutes les chutes sans témoin et pour les chutes observées qui ont occasionné un éventuel traumatisme crânien, ou si la personne résidente fait l'objet d'une anticoagulothérapie.

Un examen du dossier de la personne résidente a confirmé que l'on n'avait pas entrepris d'examen de routine pour traumatisme crânien postérieur à la chute pour la chute de la personne résidente en novembre 2023 avant qu'elle soit transférée à l'hôpital après avoir attendu l'ambulance plus de 60 minutes.

La politique intitulée programme de prévention et de gestion des chutes spécifie page 8, au point quatre du paragraphe « personnel infirmier autorisé » de l'article 1.5 intitulé « évaluation et gestion de la chute et de l'état postérieur à la chute », d'aviser de la chute, des interventions et de l'état de la personne résidente, le médecin traitant, la personne qui détient une procuration [la mandataire ou le mandataire spécial (MS)].

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente en décembre 2023 rédigées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) indiquait que l'on n'avait pas avisé la ou le MS de la chute survenue en novembre 2023. Une ou un IAA et une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) ont confirmé lors d'entretiens que la politique n° F23 intitulée programme de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*) n'avait pas été respectée pour la chute de la personne résidente survenue en novembre 2023, que l'on n'avait pas effectué d'examen de routine pour traumatisme crânien et que l'on n'avait pas avisé la ou le MS après la chute conformément à la politique.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

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

La personne résidente présentait un risque modéré de faire des chutes. Ne pas effectuer d'examen de routine pour traumatisme crânien conformément à la politique pouvait retarder la détection des facteurs de risque et des blessures, et entraver les interventions requises en matière de prévention des chutes pour atténuer les risques de chutes. Ne pas aviser la ou le MS présente le risque que la personne résidente ne soit pas informée des décisions concernant les soins que la ou le MS a prises ou n'a pas prises.

Sources : Examen du dossier de la personne résidente, du RIC, de la politique n° F23 intitulée programme de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*), entretiens avec une ou un IAA, une ou un IA et d'autres personnes.

N° 2

L'examen des notes d'évolution et du rapport de gestion des risques postérieur à l'incident de chute de la personne résidente confirmait que celle-ci avait fait une chute sans témoin qui avait eu lieu en octobre 2023 et que l'on avait entrepris l'examen de routine pour traumatisme crânien.

La politique intitulée programme de prévention et de gestion des chutes spécifie page 8, au point six du paragraphe « personnel infirmier autorisé » de l'article 1.5 intitulé « évaluation et gestion de la chute et de l'état postérieur à la chute » de surveiller les signes vitaux conformément à l'examen de routine pour traumatisme crânien, et au point sept de faire l'examen de routine pour traumatisme crânien comme suit : Signes vitaux initiaux : première prise des signes vitaux – au moment de la chute, deuxième prise des signes vitaux – aux trente minutes, troisième prise des signes vitaux – aux trente minutes, quatrième prise des signes vitaux – une heure plus tard, cinquième prise des signes vitaux – une heure plus tard, sixième prise des signes vitaux – une heure plus tard, puis lors de chaque poste de travail pendant soixante-douze heures. Évaluer les signes vitaux pour détecter les changements neurologiques en évaluant la force de préhension de la main et la taille des pupilles. Rechercher tout affaissement facial, des changements de comportement et une faiblesse d'un côté du corps.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

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

Un examen du document d'examen de routine pour traumatisme crânien de la personne résidente à une certaine date d'octobre 2023 confirmait que l'on avait entrepris cet examen, mais qu'il n'avait pas été suivi conformément à la politique par les quatrième, cinquième et sixième contrôles des signes vitaux effectués par une ou un IAA un certain jour d'octobre.

La politique intitulée programme de prévention et de gestion des chutes spécifie page 8, au point quatre du paragraphe « personnel infirmier autorisé » de l'article 1.5 intitulé « évaluation et gestion de la chute et de l'état postérieur à la chute », d'aviser de la chute, des interventions et de l'état de la personne résidente, le médecin traitant, la personne qui détient une procuration [la mandataire ou le mandataire spécial (MS)].

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente en octobre 2023, rédigées par une ou un IAA, indiquait que l'on n'avait pas avisé la ou le MS de la chute survenue en octobre 2023.

Lors d'entretiens, une ou un IAA et la ou le DSI ont confirmé que l'on n'avait pas respecté la politique n° F23 intitulée programme de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*) pour la chute de la personne résidente survenue en octobre 2023, que l'on n'avait pas effectué d'examen de routine pour traumatisme crânien, et que l'on n'avait pas avisé la ou le MS après la chute conformément à la politique.

La personne résidente présentait un risque modéré de faire des chutes. Ne pas effectuer d'examen de routine pour traumatisme crânien conformément à la politique pouvait retarder la détection des facteurs de risque et des blessures, et entraver les interventions requises en matière de prévention des chutes pour atténuer les risques de chutes. Ne pas aviser la ou le MS présente le risque que la personne résidente ne soit pas informée des décisions concernant les soins que la ou le MS a prises ou n'a pas prises.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

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

Sources : Examen des documents suivants : dossier de la personne résidente (y compris les notes d'évolution), document de l'examen de routine pour traumatisme crânien, rapport d'incident et de gestion des risques postérieurs à la chute, politique n° F23 intitulée programme de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*), et entretiens avec une ou un IAA et la ou le DSI.

[720492]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition 108 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :
 - i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et au ministère,
 - ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :
 - A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
 - B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,
 - iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

Le titulaire de permis a omis de répondre à des plaintes écrites qu'il avait reçues d'une personne auteure de la plainte concernant les soins fournis à une personne résidente, tel que requis.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

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

Justification et résumé

Le foyer de soins de longue durée a reçu une lettre de plainte par courriel qui mentionnait des préoccupations ayant trait aux soins fournis à une personne résidente en avril 2024.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré que l'on avait répondu par courriel à la personne auteure de la plainte à deux reprises en avril 2024.

Lors de l'examen de toute la correspondance fournie par la personne auteure de la plainte et du courriel de réponse de la ou du DSI, on constatait que ce dernier ne comportait pas ce qui suit : une explication des mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte, ou le fait que le titulaire de permis croyait la plainte non fondée, motifs à l'appui, et les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte, et notamment une confirmation que le titulaire de permis transmettrait immédiatement la plainte au directeur, car la lettre de plainte mentionnait des préoccupations concernant des soins qui n'étaient pas fournis à la personne résidente conformément à son programme de soins.

La ou le DSI a confirmé qu'après les courriels d'avril 2024 l'on n'avait adressé à la personne auteure de la plainte aucune autre correspondance écrite ni effectué aucun suivi incluant ces exigences.

Sources : Courriel de plainte et lettres de réponse, et entretien avec la ou le DSI.

[720492]