

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

Date de publication du rapport : 8 août 2025

Numéro d'inspection : 2025-1241-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Osgoode Care Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : Osgoode Care Centre, Metcalfe

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 8 août 2025.

L'inspection concernait les incidents critiques suivants :

- Le registre n° 00149567/IC n° 2747-000006-25 ayant trait à une chute de personne résidente avec blessure.
- Le registre n° 00153950/IC n° 2747-000007-25 ayant trait à une chute de personne résidente avec blessure.

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

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

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

Non-respect du sous-alinéa 115 (5) 4. ii 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 :

4. Une analyse et des mesures de suivi, notamment :

ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence de chute d'une personne résidente fussent documentées dans le rapport d'incident critique (IC) soumis au directeur à une date déterminée.

Sources : IC n° 2747-000006-25, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

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

Non-respect du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

Paragraphe 138 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
 - (ii) il est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à entreposer les médicaments prescrits d'une personne résidente dans un endroit sûr et verrouillé.

Lors de deux journées distinctes, l'inspectrice a observé un flacon de médicaments prescrits sur la table de chevet d'une personne résidente. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré durant un entretien que tous les médicaments prescrits ne devaient pas être gardés sur la table de chevet.

Sources : observations de l'inspectrice, entretien avec la ou le DSI.