

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 : Le 5 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1304-0001

Type d'inspection :

Plainte
Suivi d'incident critique

Titulaire de permis : Villa Marconi Long Term Care Center

Foyer de soins de longue durée et ville : Villa Marconi, Ottawa

Inspectrice principale

Pamela Finnikin (720492)

Signature numérique de l'inspectrice

Pamela Finnikin

Signé numériquement par Pamela
Finnikin
Date : 2024.05.06 14:56:24 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Marko Punzalan (742406)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7-9, 12-16
et 20-22 février 2024.

Cette inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (SIC)
comportait le ou les éléments suivants :

- le registre : n° 00097893, le registre : n° 00102421 – cas allégués de mauvais traitements d'ordre physique.
- le registre : n° 00102995 – prévention et gestion des chutes
- le registre : n° 00104032, le registre : n° 00104092 – cas allégués de mauvais traitements ou de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel
- le registre : n° 00101727 – utilisation de médicaments ayant donné lieu au transfert d'une personne résidente à un hôpital.

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

Cette inspection de suivi d'un ordre de conformité comportait les éléments suivants :

- le registre : n° 00102906 – suivi n° 001 : 1 – sous-disposition 12 (1) 1. i. du Règl. de l'Ont. 246/22 – portes dans le foyer
- le registre : n° 00102904 – suivi n° 002 : 1 – paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021) – programme de soins
- le registre : n° 00102905 – suivi n° 003 : 1 – sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22 – programme de soins de la peau et des plaies

Cette inspection relative à une plainte comportait l'élément suivant :

- le registre : n° 00098922 – concernant des préoccupations relatives à des soins aux personnes résidentes.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 003 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1304-0004 effectuée par Pamela Finnikin (720492) relativement au paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021).

Ordre n° 002 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1304-0004 relativement au sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22 inspecté par Pamela Finnikin (720492)

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

Prévention et gestion des chutes
Prévention et contrôle des infections
Gestion des médicaments
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
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

Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et gestion de la peau et des plaies

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente fût documentée.

Justification et résumé

Les dossiers médicaux d'une personne résidente indiquaient que l'on avait entrepris une surveillance de son comportement en novembre 2023 pendant cinq jours pour observer d'éventuels comportements réactifs à l'aide de l'échelle du Système d'observation de la démence (DOS).

Lors de l'examen des dossiers médicaux de la personne résidente, on constatait qu'il y avait trois postes de travail déterminés au cours desquels le comportement de la personne résidente n'était pas documenté en novembre 2023.

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 entretien avec une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) a confirmé que le personnel devrait documenter les observations horaires des comportements de la personne résidente à l'aide d'un outil de surveillance du DOS.

Au cours d'un entretien, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a indiqué que l'on s'attendait à ce que le personnel documente la surveillance du comportement de la personne résidente à l'aide d'un outil de surveillance du DOS pendant la période déterminée.

Ainsi, la prestation des soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente concernant la surveillance des comportements réactifs n'était pas documentée.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, entretien avec une ou un IA et la ou le DASI.
[742406]

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

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 titulaire de permis a omis de veiller à ce que quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que se sont produits ou peuvent se produire des mauvais traitements infligés à une personne résidente qui ont causé un préjudice ou un risque de préjudice fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Justification et résumé

n° 1

En novembre 2023, un visiteur a signalé à une ou un IA qu'une personne résidente aurait manifesté des comportements réactifs d'ordre physique envers trois autres personnes résidentes. Un visiteur a soumis à la directrice ou au directeur des soins infirmiers (DSI) un document concernant l'incident allégué de comportements réactifs.

Deux jours plus tard, en novembre 2023, un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis concernant une allégation de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente envers trois autres personnes résidentes.

Un entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a confirmé que l'on aurait dû faire rapport de l'incident au directeur le même jour.

Il y avait un risque que des tendances n'aient pas pu être détectées lorsque l'on n'avait pas fait immédiatement rapport au directeur comme il se doit d'un incident de cas allégué de mauvais traitements d'ordre physique.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretien avec la ou le DASI.
[742406]

n° 2

Justification et résumé

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

Les notes d'évolution de juin 2023 dans le logiciel PointClickCare (PCC) confirmaient, pour une personne résidente, que l'on avait fait rapport à l'infirmière ou à l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) d'un incident allégué de mauvais traitements d'ordre physique.

En juin 2023, un formulaire d'enquête interne sur les plaintes confirmait que l'on avait lancé une enquête interne relativement à un cas allégué de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

La ou le DASI, la ou le DSI et l'administratrice ou l'administrateur ont confirmé lors d'entrevues que cet incident aurait dû être soumis au directeur sous forme de rapport d'incident critique, mais que ce n'était pas le cas.

Il y avait un risque que les tendances n'aient pas pu être détectées lorsque l'on n'avait pas fait rapport au directeur comme il se doit d'incidents de cas allégués de mauvais traitements d'ordre physique.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, y compris les notes d'évolution dans PCC, un formulaire d'enquête interne sur les plaintes, et des entretiens avec la ou le DASI, la ou le DSI et l'administratrice ou l'administrateur.

[720492]

n° 3

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis en décembre 2023 relativement à une plainte faite par un membre de la famille d'une personne résidente au sujet d'un cas allégué de négligence par un membre du personnel.

Lors d'un entretien avec la ou le DSI, on a confirmé que le rapport d'incident critique aurait dû être soumis en tant que cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel lorsque l'on a avisé la ou le DSI à une date déterminée de décembre 2023.

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 entretien avec la ou le DASI a confirmé que le rapport d'incident critique n'avait été soumis au directeur que quatre jours plus tard, et que c'était considéré comme une déclaration tardive.

Il y avait un risque que les tendances n'aient pas pu être décelées lorsque l'on n'avait pas fait immédiatement rapport au directeur d'un incident de cas allégué de négligence comme il se doit.

Sources : Le rapport d'incident critique, et des entretiens avec la ou le DASI et la ou le DSI.

[720492]

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

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

Non-respect du paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021)

Conditions du permis

Par. 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Non-respect ayant trait au suivi n° 001. Ordre de conformité n° 001, inspection n° 2023-1304-0004 liée à la sous-disposition 12 (1) 1. i. du Règl. de l'Ont. 246/22 – portes dans le foyer – avec une date d'échéance de mise en conformité au 19 janvier 2024.

Justification et résumé

En décembre 2023, le foyer a soumis un plan de conformité qui a été examiné par l'inspectrice 720492 en février 2024. Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre tous les domaines requis du plan, notamment pour réparer les systèmes de verrouillage de toutes les portes donnant sur l'extérieur.

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

L'examen d'une lettre que le foyer a reçue de Chubb Security en janvier 2024 confirmait que le foyer est en train d'obtenir des devis. L'administratrice ou l'administrateur a confirmé que deux portes munies de serrures magnétiques, et qui ne sont pas dans les zones réservées aux personnes résidentes, ont été réparées, et que les portes qu'il faut encore réparer sont les deux portes de la cage d'escalier de l'unité du premier étage, les portes de la cage d'escalier des deux unités du deuxième étage, y compris la cage d'escalier du milieu, et les portes de la cage d'escalier de l'unité du troisième étage.

L'inspectrice 720492 a examiné une note de service au personnel indiquant que si l'alarme retentit, le personnel doit se rendre aux portes qui donnent sur les cages d'escalier des unités des personnes résidentes et de veiller à ce qu'aucune personne résidente ne pénètre dans la cage d'escalier. Cette note de service a été signée par le personnel autorisé, dont une ou un IA, en janvier 2024.

Lors de la première visite du foyer en février 2024, à l'unité du premier étage, l'inspectrice 720492 s'est rendue dans la cage d'escalier de l'aile ouest et a remarqué que la porte se déverrouillait dans les cinq secondes suivant son ouverture et que l'alarme retentissait immédiatement. L'inspectrice a essayé d'ouvrir plusieurs fois la porte pendant que l'alarme se déclenchait et la porte demeurait déverrouillée. L'inspectrice a arrêté l'alarme en entrant le code sur le clavier NIP. La porte ne s'est pas verrouillée immédiatement et l'inspectrice pouvait toujours l'ouvrir. Une gardienne ou un gardien qui était assigné à l'unité n'est pas venu lorsque l'alarme a retenti. L'inspectrice s'est dirigée vers l'entrée principale de l'unité *Amore* et la gardienne ou le gardien était là. L'inspectrice lui a demandé quel était son rôle. Cette personne a déclaré qu'il lui incombait d'une part de veiller à ce que la porte de l'entrée principale soit fermée (et elle a indiqué la porte de l'entrée principale qui est sécurisée par un clavier NIP) et d'autre part de surveiller les deux extrémités du corridor où se trouvent les portes. L'inspectrice lui a demandé si elle avait entendu retentir l'alarme. Elle a affirmé que oui, et qu'elle était à l'autre extrémité de l'unité. L'inspectrice lui a demandé si elle était tenue de venir lorsque l'alarme retentissait, et elle a dit qu'elle revenait dans cette direction (en montrant le corridor où l'alarme avait retenti).

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

En février 2024, l'inspectrice 720492 s'est rendue au deuxième étage en empruntant la cage d'escalier. La porte donnant sur la cage d'escalier au deuxième étage avait un clavier NIP et on pouvait l'ouvrir en la poussant sans utiliser le clavier NIP. Personne ne surveillait la porte.

D'après les renseignements fournis par l'administratrice ou l'administrateur, il incombe au personnel de l'étage d'intervenir lorsque l'alarme retentit. Il n'y avait aucun membre du personnel dans les parages au moment de l'observation.

En février 2024, l'inspectrice 720492 a observé les unités réservées aux personnes résidentes des deuxième et troisième étages dont les portes donnant sur les cages d'escalier étaient toutes non supervisées. Quand on les poussait, les portes pouvaient s'ouvrir au bout de cinq à dix secondes.

En février 2024, l'inspectrice 720492 était dans l'unité du premier étage et elle a remarqué qu'une gardienne ou un gardien se trouvait dans l'unité, debout dans l'entrée, et qu'au moment de l'observation il n'y avait pas de gardienne ou de gardien à l'une ou l'autre extrémité du corridor pour surveiller les portes donnant sur la cage d'escalier

En février 2024, l'inspectrice 720492 s'est rendue dans l'unité du deuxième étage. Il n'y avait pas de membre du personnel pour surveiller la porte donnant sur une cage d'escalier particulière. L'inspectrice a remarqué qu'il n'y avait pas de membre du personnel dans le corridor à l'une ou l'autre extrémité de l'unité. L'inspectrice a tenu la porte de la cage d'escalier ouverte pendant 10 secondes, le voyant de la porte a commencé à clignoter et elle s'est ouverte. L'alarme a commencé à retentir. L'inspectrice a attendu au moins 50 secondes pour que le personnel réagisse à la sonnerie de l'alarme.

Le membre du personnel qui est intervenu a déclaré être une élève ou un élève préposé aux services de soutien personnel (PSSP) à l'étage et ne pas connaître le code. En arrivant à la porte, l'IAA de l'unité a demandé à l'élève PSSP ce qui s'était passé, a déclaré ne pas connaître non plus le code, et qu'il fallait appeler l'infirmière ou l'infirmier responsable. L'alarme continuait de retentir. Une autre PSSP a entré différents codes dans le clavier NIP et l'alarme s'est arrêtée après l'essai du troisième code. Tous les membres du personnel qui ont répondu à l'alarme au

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

moment de l'observation n'ont pas vérifié la cage d'escalier pour s'assurer que des personnes résidentes n'étaient pas sorties par la porte donnant sur la cage d'escalier.

Pendant l'observation, l'IAA a dit aux autres membres du personnel de l'unité ne pas être au courant qu'il y avait une alarme de porte. À son arrivée à l'unité, l'infirmière ou l'infirmier responsable (IA) a dit à l'IAA qu'il fallait courir à la porte quand on entendait retentir l'alarme. L'IA a déclaré ne pas connaître le code de la porte et qu'il changeait tout le temps. Une PSSP a dit aux membres du personnel quel était le code actuel. Les membres du personnel n'ont pas vérifié la cage d'escalier et ne se sont pas assurés que des personnes résidentes n'étaient pas sorties par la porte de la cage d'escalier.

En février 2024, l'inspectrice 720492 a observé l'unité du troisième étage. Pendant la durée de l'observation, il n'y avait aucun membre du personnel pour surveiller les portes donnant sur les cages d'escalier. Quand on lui a posé la question, un membre du personnel a déclaré que lorsque l'alarme retentit, il incombe à l'infirmière ou à l'infirmier responsable d'intervenir.

En février 2024, l'inspectrice 720492 a observé l'unité du deuxième étage. Au moment de l'observation, il n'y avait aucun membre du personnel pour surveiller la porte, et lorsque l'inspectrice a poussé la porte, l'alarme a retenti et le personnel n'est pas intervenu.

Lors d'un entretien en février 2024, l'administratrice ou l'administrateur a déclaré que les portes donnant sur les cages d'escalier ne sont pas réparées, et que le premier étage a une gardienne ou un gardien pour surveiller les portes. Les unités des deuxième et troisième étages faisaient l'objet d'une vérification quotidienne pour s'assurer que l'on avait contrôlé toutes les portes en l'attestant par une signature pour chaque poste de travail, et que l'infirmière ou l'infirmier responsable répond à toute alarme déclenchée par la porte. Le personnel a reçu de la formation concernant l'obligation de répondre à toute alarme qui retentit et d'effectuer une vérification de l'unité pour veiller à ce que les personnes résidentes soient en sécurité après tout incident concernant une alarme de porte.

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

Lors d'un entretien en février 2024, une ou un IA a déclaré ne pas avoir vérifié la cage d'escalier, ne pas savoir si une personne résidente avait quitté l'unité en empruntant la porte, et ne pas avoir effectué de vérification de l'unité pour la sécurité des personnes résidentes après avoir répondu à la sonnerie d'une alarme en février 2024 dans la cage d'escalier du deuxième étage conformément aux instructions de la direction figurant dans le plan élaboré dans le cadre de l'ordre de conformité.

Cette situation présente un risque élevé pour les personnes résidentes, car elles peuvent avoir accès aux cages d'escalier parce qu'on peut déverrouiller les portes en les poussant et parce que ces portes ne sont pas systématiquement surveillées. Le personnel ne respecte pas les directives de formation fournies par la direction concernant le plan élaboré à la suite de l'ordre de conformité.

Sources : Plan de conformité, note de service et documents de formation, observations et entretiens avec l'administratrice ou l'administrateur et d'autres personnes.

[720492]

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit (APA) n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021)

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001
lié à l'avis écrit de non-conformité n° 001**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 dollars dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règlement de l'Ontario 246/22, cette pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre émis aux termes de l'article 155 de la Loi.

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

Historique de la conformité :

Il s'agit du premier APA qui a été délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS) et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 004 – 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

Par. 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 Règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait en place une politique ou une stratégie, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que celles-ci soient respectées.

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

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique n° E-15 intitulée programme de prévention des chutes (*Fall Prevention Program*) (révisée pour la dernière fois le 9 mars 2023) qui figurait dans le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a confirmé qu'une personne résidente avait subi une chute sans témoin en novembre 2023, qui avait provoqué un traumatisme crânien et un transfert à l'hôpital.

La rubrique post-chute de la page un de la politique intitulée programme de prévention des chutes (*Fall Prevention Program*) indiquait au point un que la personne résidente est évaluée après chaque chute en utilisant la rubrique du programme incident-chutes (*Incident-Falls Program*) accessible via l'onglet Incident dans le logiciel PointClickCare (PCC).

Un examen du dossier des rapports d'incident pour une personne résidente confirmait que l'on n'avait rédigé après la chute aucun rapport d'incident ni aucune note d'évolution pour la personne résidente en novembre 2023.

La page deux de la politique intitulée programme de prévention des chutes (*Fall Prevention Program*), mentionne au point six de la rubrique après-chute (*Post Fall*) de faire un examen de routine pour traumatisme crânien si la personne résidente s'est frappé la tête pendant la chute ou si elle a fait une chute sans témoin.

Un examen du dossier d'une personne résidente confirmait que l'on n'avait pas effectué d'examen de routine pour traumatisme crânien pour la chute de novembre 2023 de la personne résidente.

La ou le DASI et la ou le DSI ont confirmé lors d'un entretien que l'on n'avait pas respecté la politique n° E-15 intitulée programme de prévention des chutes (*Fall Prevention Program*), ni effectué d'examen de routine pour traumatisme crânien, ni rédigé un rapport d'incident pour la chute de la personne résidente en novembre 2023.

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 élevé de faire des chutes. Ne pas effectuer d'examen de routine pour traumatisme crânien et ne pas rédiger de rapport d'incident 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.

Sources : Examen du dossier d'une personne résidente, du rapport d'incident critique, de la politique n° E-15 intitulée programme de prévention des chutes (*Fall Prevention Program*), entretiens avec la ou le DASI et la ou le DSI.

[720492]

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Par. 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22; paragraphe 11 du Règl. de l'Ont. 66/23.

Le titulaire de permis a omis de veiller, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, à ce qu'elle fasse l'objet d'une évaluation, et lorsque l'état ou la situation de celle-ci l'exige, à ce qu'une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

L'examen d'un rapport d'incident critique (RIC) a confirmé qu'une personne résidente avait subi une chute sans témoin en novembre 2023 qui avait occasionné un transfert à l'hôpital.

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 des notes d'évolution confirme que la personne résidente avait fait une chute précédente le même soir, mais il n'y avait pas de documentation rédigée par le personnel autorisé pour la seconde chute de la personne résidente survenue un certain jour de novembre 2023.

Un examen des évaluations de la personne résidente confirmait que l'on n'avait trouvé aucun document d'évaluation postérieure à la chute pour la chute de novembre 2023 de la personne résidente.

Des entretiens effectués avec la ou le DASI et la ou le DSI ont confirmé que l'on n'avait pas effectué d'évaluation postérieure à la chute pour la chute de la personne résidente un certain jour de novembre 2023.

Il y avait un risque pour la personne résidente, car il n'y avait pas de documentation concernant sa chute ou les facteurs contributifs pour prévenir de futures chutes, et pour déterminer si la personne résidente avait subi une blessure.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, examen du rapport d'incident critique, entretiens avec la ou le DASI, la ou le DSI et d'autres personnes.

[720492]

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Art. 105. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers un résident s'il soupçonne qu'il constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

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 titulaire de permis a omis de veiller à ce que le service de police concerné fût immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers une personne résidente.

Justification et résumé

Une enquête interne lancée par la ou le DASI en juin 2023 confirmait une allégation de cas de mauvais traitement d'ordre physique envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel non identifié, ce qui avait causé une ecchymose à la jambe de la personne résidente.

Il n'y avait aucun document attestant que la police avait été avisée de l'incident.

Les notes d'évolution de la personne résidente confirmaient qu'un cas allégué d'incident de mauvais traitement d'ordre physique s'était produit, mais il n'y avait aucun document attestant que l'on avait appelé la police.

Un formulaire d'enquête interne sur les plaintes ne mentionnait pas que la police avait été avisée de l'incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique.

Lors d'entretiens, la ou le DASI et l'administratrice ou l'administrateur ont confirmé que la police n'avait pas été avisée de l'incident allégué de mauvais traitement d'ordre physique qui s'était produit en juin 2023.

Ne pas aviser la police d'un incident allégué de mauvais traitements risque de retarder la tenue d'une enquête appropriée.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, formulaire d'enquête, entretiens avec la ou le DASI et l'administratrice ou l'administrateur.

[720492]