

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1617-0007

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Ville d'Ottawa

Foyer de soins de longue durée et ville : Garry J. Armstrong Home, Ottawa

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : le 29 août 2025 et les 2, 3 et 4 septembre 2025

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00153460 – (système de rapport d'incidents critiques n° M622-000051-25) lié à des soins inappropriés ou inadéquats prodigués à une personne résidente par un membre du personnel et ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : n° 00154604 – (système de rapport d'incidents critiques n° M622-000054-25) lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect 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

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

Selon le programme de soins de la personne résidente, à la suite d'une chute récente qui a entraîné une blessure, la personne résidente devait utiliser un appareil d'aide à la mobilité pour l'ambulation en raison d'un changement de son état de santé et une mesure de sécurité déterminée a été mise en œuvre.

Un jour d'août 2025, la personne résidente se déplaçait avec l'aide d'un membre du personnel sans l'appareil d'aide à la mobilité lorsqu'elle a fait une chute. Un autre membre du personnel a indiqué qu'il avait aidé la personne résidente à se déplacer sans l'appareil d'aide à la mobilité depuis la dernière chute.

La personne résidente a été observée à plusieurs reprises assise dans son fauteuil roulant sans que la mesure de sécurité déterminée soit en place.

Sources : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, notes d'évolution, programme de soins provisoire et entretiens avec deux membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (9) 1) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les évaluations spécifiées d'une personne résidente, qui doivent être effectuées à chaque quart de travail comme le prévoit son programme de soins, soient documentées.

Plus précisément, au cours d'une période donnée, les évaluations spécifiées prévues n'ont pas été systématiquement documentées à plusieurs reprises, conformément au programme de soins provisoire.

Sources : dossier d'évaluation, dossier électronique d'administration des médicaments (EMAR), programme de soins et notes d'évolution, entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Appareil d'aide personnelle

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 36 (3) de la LRSLD (2021)

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

Paragraphe 36 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle visé au paragraphe (1) ne soit utilisé pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie que si son utilisation est prévue dans le programme de soins du 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 (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle spécifique pour une personne résidente pendant les repas soit prévue dans le programme de soins de celle-ci.

À deux occasions différentes, dans une zone de soins identifiée, l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle spécifié a été observée. Le programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle spécifié. Un membre du personnel a déclaré que l'appareil d'aide personnelle spécifié était systématiquement utilisé pendant les soins pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente.

Sources : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, programme de soins de la personne résidente et entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires en aidant une personne résidente.

Les notes d'évolution indiquent qu'une personne résidente a vu son état de santé changer. Le programme de soins provisoire précisait que la personne résidente

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

avait besoin d'une aide de pivotement de deux personnes pour tous les transferts. Cependant, l'enquête interne du foyer a révélé qu'un membre du personnel avait effectué le transfert sans l'aide d'un deuxième membre du personnel, ce qui a été confirmé par la suite par le membre du personnel.

Sources : notes d'évolution, programme de soins, notes d'enquête du foyer, entretien avec un membre du personnel.