

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 : 21 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1532-0002

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : The Corporation of the County of Renfrew

Foyer de soins de longue durée et ville : Bonnechere Manor, Renfrew

Inspecteur principal
 Marko Punzalan (742406)

Signature numérique de l'inspecteur

Marko
 Punzalan

Digitally signed by Marko
 Punzalan
 Date: 2024.05.23 17:14:04
 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 7, 8, 9, 10, 13 et 14 mai 2024

L'inspection concernait :

- le registre n° 00106463 – M506-000005-24 – ayant trait à des flambées épidémiques.
- le registre n° 00109071 - M506-000010-24 – ayant trait à un cas allégué de mauvais traitement d'ordre affectif d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.
- le registre n° 00112102 - M506-000013-24 ayant trait à une chute avec

- le registre n° 00113431 – M506-000018-24 ayant trait à un cas allégué de mauvais traitement d'ordre affectif d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.
- le registre n° 00114769 – M506-000022-24 ayant trait à une altercation d'ordre physique entre personnes résidentes.

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

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 – 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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que quiconque ait 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 fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Justification et résumé

À une date déterminée, un rapport d'incident critique (RIC) M506-000018-24 a été soumis concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre verbal d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel qui avait eu lieu à une date précise.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) avait signalé à la coordonnatrice ou au coordonnateur des soins aux personnes résidentes qu'à une date déterminée, elle avait observé un incident de mauvais traitements d'ordre verbal d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel, mais elle n'avait pas fait immédiatement rapport de l'incident présumé.

Lors d'un entretien, la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'on n'avait pas immédiatement fait rapport au directeur du cas présumé de mauvais traitement d'ordre verbal.

Par conséquent, ne pas faire rapport de cet incident présumé de mauvais traitements de la personne résidente pourrait l'exposer à ne pas recevoir un suivi adéquat.

Sources : Rapport d'incident critique n° M506-000018-24 et entretien avec la

coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes.
[742406]

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion de chutes

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

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.

Le titulaire de permis a omis de respecter sa marche à suivre écrite relative à la prévention et à la gestion des chutes pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que sa politique écrite relative à la prévention et à la gestion des chutes soit respectée.

En particulier, un membre du personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis intitulée programme de prévention et de gestion des chutes, NC-19-005 (*Falls Prevention and Management Program, NC-19-005*), révisée pour la dernière fois le 19 mai 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

Justification et résumé :

À une date déterminée, la personne résidente a signalé au membre du personnel qu'elle avait fait une chute pendant la nuit de la date en question.

Lors d'un entretien, une ou un IAA a indiqué que lorsque le membre du personnel avait fait rapport de la chute sans témoins de la personne résidente, il avait entrepris une évaluation de la chute, y compris un examen de routine pour traumatisme crânien, mais que l'évaluation n'avait pas été faite conformément à leur politique.

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente confirmait que l'on avait entrepris un examen de routine pour traumatisme crânien à 7 h 45, suivi d'un autre à 8 heures et d'un autre à 8 h 15, mais pas par la suite.

Lors d'un entretien, la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'examen de routine pour traumatisme crânien aurait dû être effectué quatre fois toutes les 15 minutes, puis une fois toutes les 30 minutes pendant l'heure suivante, et toutes les heures jusqu'à ce que l'état de santé de la personne résidente se soit stabilisé.

Ne pas effectuer l'évaluation pour traumatisme crânien postérieure à la chute faisait courir à la personne résidente le risque d'avoir des blessures non détectées.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, et entretiens avec une ou un IAA et la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes. [742406]



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