

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 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Rapport public original

Date de publication du rapport : 11 mai 2023

Numéro d'inspection : 2023-1537-0001

Type d'inspection :

Plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis : Ville d'Ottawa

Foyer de soins de longue durée et ville : Centre d'accueil Champlain, Vanier

Inspectrice principale

Linda Harkins (126)

Signature numérique de l'inspectrice

Linda Harkins

Signé numériquement par Linda Harkins
Date : 2023.05.16 10:29:12 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 25, 26, 27 et 28 avril 2023, et 1^{er}, 2, 3 et 4 mai 2023

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 26 avril 2023, 1^{er} et 9 mai 2023

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Registre : n° 00001088 — [IC : M511-000030-22], registre : n° 00001150 — [IC : M511-000024-22] et registre : n° 00014404 — [M511-000040-22] concernant des chutes.
- Registre : n° 00002919 — [IC : M511-000016-22] concernant des mauvais traitements d'ordre sexuel d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.
- Registre : n° 00003650 — [IC : M511-000015-22], registre : n° 00004665 — [IC : M511-000014-22] et registre : n° 00005395 — [IC : M511-000012-22] concernant des mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.
- Registre : n° 00017425 — plainte : allégation de négligence

Cette inspection comportait les éléments suivants : registre n° 0006291 - [IC n° M511-000022-22], registre n° 0011680 - [IC n° M511-000036-22], registre n° 0015748 — [IC n° 511-000043-22] et registre n° 0021387 — [IC n° M511-000007-23] qui concernaient des chutes.

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 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins : risque en matière de sécurité

Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect de l'alinéa 29 (3) 19 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter les exigences du programme de soins qui devrait inclure un risque en matière de sécurité tel qu'un appareil d'aide personnelle pour une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute sans témoin qui a occasionné une blessure. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué qu'elle avait enlevé la ceinture abdominale pour commencer les soins, puis qu'elle s'était retournée et avait trouvé la personne résidente sur le sol. La PSSP a indiqué que la personne résidente devait avoir une ceinture abdominale en place pour son positionnement quand elle était assise dans le fauteuil roulant.

On a examiné le dossier médical de la personne résidente et remarqué que l'évaluation des risques en matière de sécurité concernant d'une part l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle, à savoir une ceinture abdominale, et d'autre part le fait de basculer le fauteuil n'étaient documentés que dans le « Formulaire de consentement » obtenu par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé. Le risque en matière de sécurité pour l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle, à savoir la ceinture abdominale, et le basculement du fauteuil n'étaient pas documentés dans le programme de soins ni dans le Kardex. En outre, les deux feuilles d'observation pour l'appareil d'aide personnelle étaient toutes deux étiquetées « fauteuil basculant » et il n'y avait pas de feuille pour la ceinture abdominale.

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

En enlevant la ceinture abdominale de la personne résidente, la PSSP ne s'est pas conformée à l'exigence du programme de soins de celle-ci concernant le risque en matière de sécurité, ce qui a occasionné une chute avec blessure.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens [126]

AVIS ÉCRIT : Programme obligatoire : prévention des chutes**Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect de l'alinéa 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au programme de prévention des chutes du foyer, plus particulièrement en ce qui concerne la politique et marche à suivre intitulée *Lifting and Transferring of the resident* (levage et transfert de la 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 les politiques et marches à suivre relatives aux programmes de prévention des chutes soient respectées.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute sans témoin, et la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué qu'elle avait mobilisé la personne résidente après la chute pour qu'elle s'assoie sur la toilette sans que le personnel autorisé eût effectué une évaluation. Le dossier médical de la personne résidente a été examiné et l'on avait documenté dans les notes d'évolution rédigées par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) que la PSSP avait aidé la personne résidente à s'asseoir sur la toilette, et que l'on avait commencé l'évaluation pendant qu'elle était assise sur la toilette.

La PSSP n'a pas respecté la politique et marche à suivre du foyer intitulée *Lifting and Transferring of the resident* (levage et transfert de la personne résidente) qui exigeait qu'un membre du personnel autorisé évalue la personne résidente après une chute pour déterminer le type de transfert requis.

Source : dossier médical, politiques et marches à suivre et entretiens avec le personnel. [126]