

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 4 décembre 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1385-0006

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Belcrest Nursing Homes Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Belmont Long Term Care Facility, Belleville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 29 novembre et du 2 au 3 décembre 2024.

L'inspection concernait les incidents critiques suivants :

le registre n° 00129219 / SIC 2901-000057-24 – ayant trait à un cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel;

le registre n° 00129266 / SIC 2901-000058-24 – ayant trait à un cas allégué de mauvais traitements d'ordre verbal et d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente;

le registre n° 00133016 / SIC 2901-000061-24 – ayant trait à la chute d'une personne résidente ayant occasionné une blessure.

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

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

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Participation du résident

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

Non-respect du paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (5). Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente eût la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre de son programme de soins, lorsqu'un membre du personnel n'a pas contacté la police pour faire rapport d'une allégation de voie de fait comme l'avait demandé la personne résidente.

Sources : Examen des notes d'évolution, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), avec un membre du personnel et avec la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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

la LRSLD (2021)

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

Comportements réactifs

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

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les stratégies qui avaient été élaborées fussent mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs affichés par une personne résidente.

Plus précisément, le procès-verbal de la réunion sur les soins en collaboration mentionnait le recours à une stratégie particulière en réaction aux comportements réactifs affichés par la personne résidente. Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente indiquait que la stratégie particulière n'avait pas été mise en œuvre.

Sources : Observation des stratégies propres au comportement réactif, examen du dossier médical et du procès-verbal de la réunion sur les soins en collaboration, et entretien avec la ou le DSI et un autre membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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

Comportements réactifs

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 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 n'a pas veillé à ce que, pour une personne résidente qui affichait des comportements réactifs, des mesures fussent prises pour répondre à ses besoins, et notamment de la documentation dans le dossier médical de la personne résidente pour corroborer le recours à une intervention particulière ou la réaction de la personne résidente à une intervention précise.

Sources : Examen des dossiers médicaux électroniques et imprimés d'une personne résidente, entretien avec la ou le DSI et un autre membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 112 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (3). S'il n'est pas possible de fournir tout ce qu'exige le paragraphe (1) dans un rapport dans les 10 jours, le titulaire de permis fait un rapport préliminaire au directeur dans ce délai et lui présente un rapport final dans le délai que précise le directeur.

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

Le titulaire de permis n'a pas présenté le rapport final au directeur dans le délai que précisait ce dernier.

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques a été soumis concernant un incident allégué de négligence d'un membre du personnel envers une personne résidente. L'enquête du titulaire de permis n'était pas terminée et par conséquent, le titulaire de permis n'a pas présenté un rapport final au directeur.

Sources : Examen du rapport du SIC, des documents d'enquête du titulaire de permis, entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect de la disposition 115 (3) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3). Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire n'a pas veillé à ce que le directeur fût informé, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, d'une lésion à une personne résidente ayant nécessité son

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

transport à l'hôpital, et ayant provoqué un changement important dans son état de santé. Plus précisément, à une date déterminée, une personne résidente a subi une chute qui a provoqué des lésions et un changement important dans son état de santé. On a fait rapport de l'incident au directeur pour la première fois six jours ouvrables plus tard.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente, rapport du SIC, et entretien avec la ou le DSI.