

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 2 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1535-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : The Board of Management for the District of Nipissing East

Foyer de soins de longue durée et ville : Cassellholme, North Bay

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 15 au 19 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à une plainte portant sur des préoccupations relatives à la gestion de la douleur d'une personne résidente.
- Trois demandes liées à de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente, entraînant des blessures.

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
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) 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 d'une personne résidente lui soient fournis, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée concernant la gestion de la douleur d'une personne résidente. L'auteur de la plainte a indiqué que la personne résidente avait subi une intervention médicale et qu'il avait été recommandé de mettre en place un appareil fonctionnel spécifique, mais que celui-ci n'avait pas été mis en place.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'appareil fonctionnel spécifié avait été mis en place à une date donnée. L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté à deux dates consécutives que l'appareil fonctionnel spécifié n'était pas en place. D'autres observations ont permis de constater que l'appareil fonctionnel spécifié avait été mis en place pour la personne résidente le deuxième jour d'observation.

Le personnel chargé des soins directs, le personnel autorisé et le directeur des soins ont tous indiqué que le personnel devait suivre les directives figurant dans le programme de soins de la personne résidente. Ils ont tous indiqué que le programme de soins de la personne résidente avait été mis à jour pour inclure la mise en place de l'appareil fonctionnel spécifié; cependant, celui-ci n'a été mis en place que plusieurs jours après la mise à jour du programme de soins.

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le risque pour la personne résidente était faible, car elle n'avait subi aucun effet préjudiciable du fait que le personnel n'avait pas prodigué les soins prévus dans le programme de soins.

Sources : registre des plaintes; dossier médical d'une personne résidente; observations de l'inspecteur; entretiens avec le personnel chargé des soins directs, le personnel autorisé et le directeur des soins.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 16 juillet 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

Une personne résidente présentait des douleurs dans une partie précise de son corps et le médecin avait ordonné des tests de diagnostic spécifiques afin de poser un diagnostic et de mettre en œuvre le traitement approprié.

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 du Nord**159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le médecin avait demandé que trois tests de diagnostic différents soient effectués dès que possible pour la personne résidente, à trois dates différentes. Les notes d'évolution et les demandes de tests de diagnostic indiquent que la première ordonnance n'a été traitée que 14 jours après que le médecin l'a ordonnée, la deuxième huit jours plus tard et la troisième deux jours plus tard.

Le personnel autorisé a indiqué que toutes les ordonnances médicales devaient être traitées au moment où elles étaient rédigées. Ils ont indiqué qu'en ne traitant pas les ordonnances médicales pour la personne résidente au moment où elles ont été rédigées, cela retarderait la réalisation des tests de diagnostic, ce qui pourrait entraîner un retard dans la réalisation des interventions médicales appropriées. Le directeur des soins a indiqué que le personnel autorisé devait traiter les ordonnances médicales immédiatement, conformément à la procédure en vigueur dans le foyer, et il a confirmé que le personnel autorisé aurait dû envoyer les demandes et les références dès que le médecin l'avait ordonné.

Le retard dans le traitement des ordonnances médicales a présenté un risque pour la personne résidente, ce qui a retardé la réalisation des tests de diagnostic et la mise en œuvre du traitement médical.

Sources : registre des plaintes; dossier médical d'une personne résidente; y compris les ordonnances des médecins, les évaluations et les consultations; entretiens avec l'auteur de la plainte, le personnel autorisé et le directeur des soins.

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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 :

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

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 n'a pas veillé à ce qu'une allégation de deux incidents de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente soit immédiatement signalée au directeur.

Justification et résumé

a) À une date donnée, il a été observé qu'une personne résidente avait eu un comportement réactif spécifique envers une autre personne résidente. Le rapport d'incident critique (IC) n'a été soumis par le foyer de soins de longue durée que le lendemain, et aucun appel n'a été effectué après les heures de bureau.

b) Un incident de comportement réactif entre personnes résidentes a été signalé à l'infirmière responsable de l'infirmière autorisée; le rapport d'enquête n'a été soumis que le lendemain. Le foyer de soins de longue durée n'a pas signalé l'incident au directeur immédiatement.

Le personnel autorisé et le directeur des soins ont indiqué que toutes les allégations de mauvais traitements envers une personne résidente, par qui que ce soit, devaient être immédiatement signalées au directeur, et ont confirmé que les deux incidents de comportements réactifs d'une personne résidente envers une autre personne résidente n'avaient pas été signalés.

Le fait que les allégations n'aient pas été immédiatement signalées au directeur ne présente qu'un faible risque pour les personnes résidentes.

Sources : Deux rapports d'IC; les dossiers médicaux de trois personnes résidentes; les rapports d'enquête internes du foyer de soins de longue durée; la politique du foyer de soins de longue durée en matière de prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles, n° 05-03, révisée pour la dernière fois le 2 mai 2024; et des entretiens avec le personnel autorisé et le directeur des soins.

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 58 (4) 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 :

- a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible;
- b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;
- 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 les comportements déclencheurs d'une personne résidente soient identifiés, à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs, à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente et à ce que les réponses de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Justification et résumé

Deux rapports d'IC ont été soumis pour une personne résidente ayant manifesté un comportement réactif spécifique envers une autre personne résidente. Dans les deux cas, la personne résidente ayant manifesté le comportement réactif a indiqué que cela était dû au comportement réactif de l'autre personne résidente. Le rapport d'IC et les notes d'évolution indiquent également qu'il y a eu plusieurs incidents au cours desquels la personne résidente a manifesté le même comportement réactif à l'égard de la même personne résidente. En outre, un processus de surveillance spécifique devait être mis en place pour la personne résidente à la suite de ces incidents.

Le personnel chargé des soins directs et le personnel autorisé ont indiqué que la personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs. Ils ont tous

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 du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

indiqué que les comportements réactifs de la personne résidente étaient des déclencheurs de comportements réactifs pour l'autre personne résidente.

a) Le programme de soins de la personne résidente a été examiné et n'a pas permis d'identifier le comportement réactif spécifié. De plus, il n'indiquait pas que ses comportements réactifs étaient des déclencheurs de comportements réactifs pour la personne résidente identifiée. Aucune stratégie ou intervention n'a été mise en œuvre pour atténuer le risque pour la personne résidente.

b) Le processus de surveillance spécifié a été examiné pour les dates indiquées et a révélé un manque d'exhaustivité pour deux quarts de travail entiers. Le personnel chargé des soins directs et le personnel autorisé ont confirmé qu'une fois que le processus de surveillance spécifié était lancé, il devait être mené à bien dans son intégralité, ce qui n'avait pas été le cas pour la personne résidente.

Le directeur des soins a indiqué que le programme de soins de la personne résidente aurait dû préciser qu'elle avait des comportements réactifs et que ces comportements étaient un élément déclencheur pour une autre personne résidente. Il a indiqué que des interventions auraient dû être mises en place pour que le personnel en soit informé et les mette en œuvre, afin de pouvoir gérer les comportements réactifs de la personne résidente et d'atténuer les risques pour les autres personnes résidentes.

Le fait que le foyer de soins de longue durée n'ait pas identifié les comportements réactifs des personnes résidentes et le risque potentiel d'altercations entre personnes résidentes ont eu une incidence sur la personne résidente et ont entraîné un risque pour cette dernière.

Sources : Deux rapports d'IC; les dossiers médicaux d'une personne résidente; l'enquête interne et les IC du foyer de soins de longue durée; la politique du foyer en matière de comportements réactifs portant sur les altercations entre résidents et les mesures de sécurité n° CS-R.4, révisée pour la dernière fois le 4 août 2021; et des entretiens avec la personne résidente n 002, le personnel chargé des soins directs, le personnel autorisé et le directeur des soins.