

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 : 30 août 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1552-0001

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : The Corporation of the City of Timmins

Foyer de soins de longue durée et ville : Golden Manor, Timmins

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 16 août 2024.

L'inspection concernait :

- Demande liée à une chute causant une blessure.
- Demande liée à une éclosion.
- Demande liée à une plainte et à des préoccupations portant sur des soins prodigués à des personnes résidentes de manière potentiellement inadéquate et incompétente.
- Trois demandes liées à des mauvais traitements d'ordre sexuel possibles infligés à une personne résidente.
- Demande liée à des mauvais traitements d'ordre sexuel possibles infligés à des personnes résidentes.

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Prévention et gestion 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 du Nord

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respecté son programme de prévention et de gestion des chutes lorsqu'une personne résidente a fait une chute sans témoin et s'est blessée.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que toutes les mesures prises à l'égard d'une personne résidente en vertu d'un programme, notamment les procédures pertinentes, prévoient des méthodes de réduction des risques et de suivi des résultats, le cas échéant, et que celles-ci soient respectées.

Plus précisément, le foyer ne s'est pas conformé à la politique du titulaire de permis relative à son programme de prévention des chutes et des blessures. Le personnel autorisé devait collaborer avec l'équipe pour déterminer les facteurs qui ont contribué à la chute et procéder à une évaluation et à une réunion de bilan après la chute. Après l'hospitalisation ou le transfert à l'hôpital, l'infirmière autorisée (IA) devait examiner le programme de soins de la personne résidente pour s'assurer que tous les changements nécessaires avaient été apportés.

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

Justification et résumé

À une date précise, une personne résidente a fait une chute dont personne n'a été témoin, laquelle a entraîné une blessure et une modification de l'état fonctionnel de la personne.

a) Une intervention particulière contre les chutes avait été mise en place pour éviter toute blessure et, au moment de la chute, une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) a déclaré que la personne résidente n'y avait pas eu recours.

b) À son retour de l'hôpital, la personne résidente a eu besoin d'un appareil de mobilité. Le programme de soins de la personne résidente n'a pas été immédiatement mis à jour.

c) La politique du foyer exigeait qu'une évaluation et une réunion de bilan après la chute figurent dans l'application Point Click Care, après la chute d'une personne résidente. Aucune évaluation n'a été menée après la chute de la personne résidente.

L'adjoint au directeur des soins a déclaré que celle-ci aurait dû bénéficier de la mise en place d'une intervention en cas de chute, que lorsque les besoins en matière de soins de la personne résidente ont changé, son programme de soins aurait dû être immédiatement mis à jour et que le processus d'évaluation et de réunion de bilan après la chute aurait dû être appliqué à ce moment-là.

Sources : Entretiens avec l'adjoint au directeur des soins, une personne préposée aux services de soutien à la personne et d'autres membres du personnel; examen des dossiers cliniques de la personne résidente, du rapport d'incident critique (IC) et du programme et de la politique du foyer en matière de prévention des chutes et des blessures.

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 : Avis : police

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'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente.

Justification et résumé

Des rapports d'incident critique (IC) ont été présentés au directeur, en relation avec des mauvais traitements d'ordre sexuel possibles entre certaines résidentes.

L'examen des notes d'évolution et des rapports de gestion des risques montre que la police n'a pas été informée des incidents en question. L'entretien avec une infirmière autorisée a révélé qu'elle avait fait enquête sur des incidents particuliers et en avait informé ses supérieurs, et que la police n'avait pas été contactée.

Selon la politique du foyer en matière de mauvais traitements qui a fait l'objet d'un examen, la police doit être avertie si un incident présumé ou soupçonné de mauvais traitements ou de négligence à l'égard d'une personne résidente, qu'il y ait des témoins ou non, risque de constituer une infraction criminelle.

Après examen avec l'administrateur, la police aurait dû être informée afin de déterminer si l'incident constituait ou non une infraction criminelle. La santé, la

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

sécurité et la qualité de vie de la personne résidente ont été exposées à un risque minime au moment de l'incident.

Sources : Rapports d'incident critique; notes d'enquête; évaluations de la tête aux pieds; rapports de gestion des risques; notes d'évolution; politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence; entretien avec l'administrateur et le personnel infirmier.