

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public

Date d'émission du rapport : 12 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1495-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Knollcrest Lodge

Foyer de soins de longue durée et ville : Knollcrest Lodge, Milverton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 8 et les 12 et 13 novembre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 14, 15 et 18 novembre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00122961 [incident critique (IC) n° 2996-000012-24] liée à une chute entraînant une blessure.
- Demande n° 00125858 [IL-0130782-AH/IC n° 2996-000014-24] liée à la violence physique entre personnes résidentes

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

- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- 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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsqu'elle a fait l'objet d'une réévaluation et que ses besoins en matière de soins ont changé.

Justification et résumé

Une personne résidente a été évaluée comme présentant un risque de chute.

Le personnel a discuté des stratégies de prévention des chutes qui seraient appropriées pour la personne résidente, y compris des transferts sécurisés pour celle-ci. Les interventions discutées n'ont pas été utilisées, ce qui a entraîné la chute de la personne résidente. La directrice des soins aux personnes résidentes a déclaré que des interventions en cas de chute auraient pu être mises en œuvre pour prévenir d'autres chutes.

Le fait de ne pas avoir examiné et révisé le programme de soins d'une personne résidente après qu'elle a été considérée comme présentant un risque de chute 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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

causé la chute de la personne résidente, ce qui a entraîné des blessures et un changement important de son état.

Sources : Entretiens avec le personnel; examen des dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 002 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 le personnel respecte la politique de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management policy*) après qu'une personne résidente a fait de multiples chutes.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b), si la Loi ou le règlement exige qu'un titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, il veille à ce qu'elle soit respectée.

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer prévoit qu'après deux chutes d'une personne résidente en 72 heures, une évaluation des risques de chute doit être réalisée et les personnes résidentes présentant un risque élevé doivent être inscrites au programme « falling star » (étoile filante). La politique mentionne

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

également qu'après la chute d'une personne résidente, le personnel autorisé doit se réunir avec le personnel pour discuter des possibles facteurs contributifs et préventifs et les documenter dans des rapports de chute appropriés. Ces renseignements doivent servir à collaborer avec l'équipe interdisciplinaire dans le but d'analyser la chute et de réduire au minimum ou d'éliminer les facteurs contributifs pour éviter qu'une telle chute ne se reproduise.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute. Après la chute, aucune réunion n'a été organisée avec le personnel pour discuter des interventions possibles dans le but d'éviter que la situation ne se reproduise.

La personne résidente a fait une nouvelle chute peu après. Après la chute, aucune réunion n'a été organisée avec le personnel pour discuter des interventions possibles dans le but d'éviter que la situation ne se reproduise. À la suite de la deuxième chute, une évaluation des risques de chute a été réalisée, ce qui a révélé que la personne résidente présentait un risque élevé de chute.

La personne résidente a fait une nouvelle chute peu après, ce qui s'est traduit par une blessure. Une intervention en cas de chute n'a été mise en place pour la personne résidente qu'après sa troisième chute.

En ne suivant pas la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, d'autres interventions pour la personne résidente n'ont pas fait l'objet de discussions et n'ont pas été mises en œuvre.

Sources : Entretiens avec le personnel; examen des dossiers cliniques d'une personne résidente ainsi que de la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer (*Fall Prevention and Management policy*), révisée le 16 août 2024.

AVIS ÉCRIT : 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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de 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 élaborées pour gérer les comportements réactifs de deux personnes résidentes soient mises en œuvre.

Justification et résumé

Une personne résidente a frappé une autre personne résidente après s'être énervée parce qu'elle ne parvenait pas à ouvrir une porte.

Des interventions ont été mises en œuvre pour corriger les comportements de la personne résidente qui avait commencé à donner des coups.

Un jour plus tard, l'intervention n'était pas en place et la personne résidente a de nouveau frappé la même personne résidente après être entrée dans sa chambre.

Une nouvelle intervention a été mise en œuvre pour empêcher la personne résidente d'entrer dans la chambre de cette personne résidente.

Au cours de l'inspection, il a été observé que la nouvelle intervention n'a pas été mise en place à plusieurs reprises.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

En ne mettant pas en œuvre le plan de soins des personnes résidentes concernant les comportements réactifs, il y avait un risque que d'autres altercations se produisent entre les deux personnes résidentes.

Sources : Entretiens avec une personne résidente et le personnel; observation de la chambre d'une personne résidente; examen des dossiers cliniques des personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) délivrée par le directeur.

Selon le point b) de la section 7.3 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* d'avril 2022, le titulaire de permis doit s'assurer que des vérifications sont régulièrement effectuées (au moins une fois tous les trimestres) pour vérifier que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

Justification et résumé

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

De juillet à septembre 2024, aucune vérification n'a été effectuée pour les membres du personnel du service de nutrition afin de s'assurer qu'ils pouvaient mettre en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

Le foyer a été touché par une éclosion de COVID-19 en septembre 2024.

En ne respectant pas la Norme de PCI et en n'effectuant pas de vérifications pour tous les membres du personnel du foyer au moins une fois tous les trimestres pour vérifier qu'ils mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, il y a eu un risque de transmission d'agents infectieux.

Sources : Entretiens avec la personne responsable de la PCI et le gestionnaire des services alimentaires; examen des dossiers des vérifications en matière d'hygiène des mains et d'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI) réalisées de juillet à septembre 2024 et de la *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée* publiée en avril 2022.