

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 15 octobre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1028-0004

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis :** Maplewood Nursing Home Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Maple Manor Nursing Home, Tillsonburg

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 2, 3, 4, 7, 8 et 9 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00116359 – n° du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) : 1049-000012-24 – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00122824 – n° du SIC : 1049-000021-24 – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00124401 – n° du SIC : 1049-000023-24 – liée à la gestion d'un événement médical.
- Demande n° 00124637 – n° du SIC : 1049-000025-24 – liée à l'administration de soins de façon inappropriée ou incompétente.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Gestion des médicaments

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

## 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 : 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 soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

#### **Justification et résumé**

Une politique du foyer prévoit des lignes directrices précises pour les résidents souffrant d'un problème médical particulier.

Une personne résidente avait une ordonnance précise à suivre si elle subissait un événement médical particulier.

La personne résidente a subi un événement médical en août 2024. L'infirmière autorisée (IA) n'a pas respecté l'ordonnance précise de la personne résidente ni la politique du foyer, comme il se doit. Le rapport d'incident critique (IC) indiquait que la personne résidente avait commencé à décliner et qu'une autre intervention avait été effectuée. La personne résidente avait besoin d'une évaluation médicale plus poussée.

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le directeur adjoint des soins a reconnu que l'intervention correcte n'avait pas été suivie pour la personne résidente.

Celle-ci a été exposée à un risque en raison du fait que le suivi médical n'a pas été effectué conformément au programme de soins et qu'elle a eu besoin de services médicaux supplémentaires.

**Sources :** dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer et entretiens avec le directeur adjoint des soins et d'autres membres du personnel.

[705241]

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**

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 24 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne fasse pas l'objet de négligence de la part du personnel du foyer.

La « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être.

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

**Justification et résumé**

Le foyer a soumis un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) qui indique qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a signalé à une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) qu'une personne résidente n'avait obtenu de l'aide pour sa toilette qu'une seule fois entre 13 h et 3 h pendant le quart de travail.

Lors d'un entretien téléphonique, l'IAA a déclaré que la personne résidente avait été évaluée et qu'une forte odeur d'urine s'en dégageait.

La directrice des soins a déclaré que les images de sécurité du foyer ont été examinées, que le personnel a été interrogé et qu'il a été établi que la personne résidente n'avait pas reçu de soins pendant environ huit heures.

Le fait que le personnel n'ait pas prodigué les soins nécessaires à la personne résidente a mis en péril la santé et le bien-être de cette dernière.

**Sources :** Rapport du SIC, notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente, y compris les évaluations, documentation dans l'application Point of Care, notes d'évolution, et entretiens avec le personnel et la directrice des soins.

[705241]

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

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

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 :

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'un incident de mauvais traitements présumés à l'égard d'une personne résidente soit immédiatement signalé au directeur.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a affirmé avoir subi des mauvais traitements de la part du personnel pendant les soins. Un rapport du SIC a été soumis un jour après l'allégation.

Une infirmière autorisée (IA) a reconnu qu'elle n'avait pas immédiatement signalé une allégation de mauvais traitements au directeur.

La directrice des soins a déclaré que l'on s'attendrait à ce que toutes les allégations de mauvais traitements soient immédiatement signalées au ministère des Soins de longue durée et à ce que le personnel soumettent ces allégations, même en dehors des heures de travail.

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le fait de ne pas signaler immédiatement au directeur une allégation de mauvais traitements a exposé la personne résidente à un risque d'aggravation des préjudices ou des mauvais traitements.

**Sources :** Examen du rapport du SIC, entretien avec une IA et la directrice des soins, et notes d'évolution de la personne résidente.

[705241]

## **AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

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'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aide une personne résidente.

### **Justification et résumé**

L'examen d'un rapport du système de rapport d'incidents critiques (SIC) a montré qu'une personne résidente avait été transférée par deux PSSP à l'aide d'un appareil de levage mécanique, ce qui a causé des blessures à la personne résidente.

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

L'examen de la politique intitulée *Lifting and Transferring a Resident Policy III Nursing General* (levage et transfert d'une personne résidente, généralités des soins infirmiers III), révisée pour la dernière fois le 19 avril 2017, indique que lors de l'utilisation d'un appareil de levage mécanique, il doit toujours y avoir deux membres du personnel. Un membre du personnel pour contrôler l'appareil de levage mécanique et un autre pour guider la personne résidente dans le harnais.

Lors d'un entretien, la directrice des soins a reconnu qu'il avait été établi, au cours de l'enquête menée par le foyer, que les PSSP n'avaient pas effectué le transfert correctement, ce qui avait entraîné une blessure chez la personne résidente. La directrice des soins a déclaré que la personne résidente avait été blessée, mais qu'elle s'était bien rétablie après l'incident.

Le risque de blessure pour la personne résidente était accru lorsque les techniques de transfert n'étaient pas respectées.

**Sources :** Examen du rapport du SIC, examen de la politique intitulée *Lifting and Transferring a Resident Policy III Nursing General*, dernière révision le 19 avril 2017, examen des dossiers cliniques de la personne résidente, examen des notes d'enquête du foyer et entretien avec la directrice des soins.

[733564]

**AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer en ce qui concerne l'examen de dépistage des traumatismes crâniens pour un résident.

**Justification et résumé**

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer que la politique intitulée *Head Injury Policy Section: III Nursing General* (section de la politique en matière d'examen de dépistage des traumatismes crâniens, généralités des soins infirmiers III) soit respectée dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique intitulée *Head Injury Policy Section: III Nursing General* du titulaire de permis qui faisait partie de son programme de prévention et de gestion des chutes.

L'analyse de l'examen du dépistage des traumatismes crâniens effectué pour une personne résidente a révélé que cet examen n'avait pas été effectué à deux moments précis :

- À une date et une heure précises, il a été consigné : « Impossible de le faire en raison de contraintes de temps ».
- À une autre date et une autre heure précises, tous les contrôles ont été effectués, à l'exception de la prise des mains et les pupilles, et cela a été consigné : « la personne résidente dort ».

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Lors d'un entretien, le directeur adjoint des soins a reconnu que l'examen du dépistage des traumatismes crâniens de la personne résidente n'avait pas été fait dans son intégralité, conformément à la politique en vigueur. Le directeur adjoint des soins a déclaré que l'examen du dépistage des traumatismes crâniens devait être fait dans son intégralité et que si la personne résidente dormait, il fallait la réveiller et procéder à l'évaluation neurologique.

Il y avait un risque pour la personne résidente comme elle n'a pas eu d'évaluation neurologique pour détecter des changements dans son niveau de conscience ou de réactivité pendant des périodes pouvant aller jusqu'à 24 heures.

**Sources :** Politique intitulée *Head Injury Policy Section: III Nursing General*, révisée pour la dernière fois le 19 avril 2017, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel et la directrice des soins.

[733564]