

Rapport public modifié

Page couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 15 novembre 2024

Date d'émission du rapport original : 17 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1540-0005 (A1)

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : La municipalité régionale de Niagara

Foyer de soins de longue durée et ville : The Meadows of Dorchester, Niagara Falls

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Modifier l'avis écrit n° 002 en corrigeant la référence législative dans la section « Justification et résumé ».

Modifier l'avis écrit n° 004 en corrigeant la formulation du contenu de la section « Justification et résumé ».

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 15 novembre 2024

Date d'émission du rapport original : 17 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1540-0005 (A1)

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : La municipalité régionale de Niagara

Foyer de soins de longue durée et ville : The Meadows of Dorchester, Niagara Falls

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Modifier l'avis écrit n° 002 en corrigeant la référence législative dans la section « Justification et résumé ».

Modifier l'avis écrit n° 004 en corrigeant la formulation du contenu de la section « Justification et résumé ».

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 3 et 4 ainsi que 7 au 10 octobre 2024.

L'inspection concernait :

- Incident critique : n° 00121512 (Système de rapport d'incidents critiques [SIC] : dossier n° M515-000015-24) en lien avec les mauvais traitements et la négligence

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

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

- Incident critique : n° 00125182 (SIC : dossier n° M515-000019-24) en lien avec la prévention et la gestion des chutes

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1540-0003 en lien avec le paragraphe 123(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

Non-respect rectifié

Un **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

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

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

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

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 a omis de veiller à ce qu'on mette à jour le programme de soins de la personne résidente lorsque les besoins de celle-ci en matière de soins ont évolué ou qu'il a cessé d'être nécessaire de lui fournir les soins prévus dans le programme.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente prévoyait une intervention selon laquelle les membres du personnel devaient surveiller la personne parce qu'elle avait eu une altercation physique avec une autre personne résidente.

L'intervention a été en place pendant quatre mois. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé qu'on avait omis de réexaminer et de réviser le programme de soins lorsqu'il a cessé d'être nécessaire d'exercer la surveillance prévue. On a mis fin à cette intervention pendant l'inspection.

On a omis de mettre à jour le programme de soins de la personne résidente lorsque les besoins de celle-ci en matière de soins ont évolué et il y a donc un risque qu'on n'ait pas évalué les besoins de cette personne.

Sources : Entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers; examen des dossiers cliniques de la personne résidente.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 9 octobre 2024

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du paragraphe 24(1) de la LRSLD

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 a omis de veiller à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente.

Aux termes de l'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, les mauvais traitements d'ordre physique s'entendent de « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident ».

Justification et résumé

À une date donnée, une personne résidente a eu une altercation avec une autre personne résidente, qui était entrée dans sa chambre. On a trouvé cette autre personne dans la chambre en question et elle avait subi une blessure.

Un membre du personnel et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers ont reconnu que lorsque la personne résidente a utilisé la force physique et a ainsi blessé l'autre personne résidente, cela correspondait à la définition 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

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

« mauvais traitements d'ordre physique ».

Il y a eu un risque pour la sécurité de cette autre personne résidente lorsqu'elle a subi une blessure à la suite d'une interaction avec la personne résidente dont il est question.

Sources : Programme de soins des deux personnes résidentes; le rapport d'incident critique, dossier n° M515-000015-24; entretiens avec un membre du personnel et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

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

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de l'alinéa 28(1)2 de la LRSLD

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 a omis de veiller à ce qu'on porte immédiatement à l'attention de la directrice ou du directeur un incident de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente, de la part d'une autre personne, ayant causé un préjudice ou un risque de préjudice à cette personne.

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

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Justification et résumé

À une date donnée, une personne résidente a eu une altercation avec une autre personne résidente, qui était entrée dans sa chambre. On a trouvé cette autre personne dans la chambre en question et elle avait subi une blessure.

Le foyer a présenté un rapport d'incident critique le jour suivant l'altercation. Dans le rapport, il était indiqué qu'on avait omis de faire part de l'incident à l'aide du téléavertisseur du ministère des Soins de longue durée (MSLD) à utiliser après les heures de bureau.

Aux termes de la politique de tolérance zéro du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence, révisée pour la dernière fois le 18 décembre 2023, l'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des soins infirmiers ou le membre du personnel infirmier responsable doit aviser le MSLD par téléphone de tout incident de cette nature, et ce, selon les délais indiqués dans la politique sur les exigences quant aux rapports obligatoires et aux rapports d'incident critique. De même, aux termes des politiques et procédures applicables, si un tel incident survient en dehors des heures de bureau, le personnel doit le signaler immédiatement en appelant la ligne de ServiceOntario à utiliser pendant cette période.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a reconnu qu'on avait omis de faire part de l'incident à l'aide du téléavertisseur du MSLD.

Sources : Rapport d'incident critique, dossier n° M515-000015-24; politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, révisée pour la dernière fois le 18 décembre 2023; politique sur les exigences quant aux rapports obligatoires et aux rapports d'incident critique, révisée pour la dernière fois

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

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

le 7 août 2024; programme de soins de la personne résidente; entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de 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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies à l'intention d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer qu'un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et le risque de blessure était en place; de même, ce programme devait être respecté.

A) Lorsqu'on a réalisé une évaluation auprès d'une personne résidente à l'aide d'un outil exhaustif validé, on a omis d'établir et de mettre en œuvre les interventions requises, y compris en ce qui touche la nécessité d'une surveillance accrue.

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

District de HamiltonDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

Justification et résumé

À une date donnée, une personne résidente a fait une chute, sans témoin, et elle a été emmenée à l'hôpital, où elle a dû subir une intervention chirurgicale.

Lors d'une évaluation réalisée un mois auparavant, on avait établi que la personne résidente présentait un risque de chute. Elle avait fait plusieurs chutes entre avril et août 2024.

Aux termes de la politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes, révisée pour la dernière fois le 3 avril 2024, il faut réaliser auprès des personnes résidentes présentant un risque de chute une évaluation à l'aide d'un outil exhaustif validé, puis établir les interventions requises, y compris en ce qui touche la nécessité d'une surveillance accrue. La surveillance horaire intentionnelle était une intervention visant à réduire le risque de chute qui comprenait une surveillance accrue et qu'on réalisait auprès de toutes les personnes résidentes, peu importe la mesure dans laquelle elles présentaient un risque de chute. Dans le cadre de la surveillance horaire intentionnelle, il fallait mener auprès de chaque personne résidente, toutes les heures, une vérification concernant la douleur, les besoins en lien avec la position et la nécessité d'aller à la toilette. De même, les membres du personnel devaient évaluer l'environnement personnel de la personne résidente afin de voir à la sécurité de la personne et d'éliminer tout danger potentiel.

Dans le dossier de la personne résidente, on a pu voir qu'après qu'on eut établi que cette personne présentait un risque de chute, les membres du personnel n'ont pas procédé auprès d'elle à la surveillance horaire intentionnelle. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers ont confirmé qu'on n'avait pas entrepris ce type de surveillance auprès de la personne résidente après avoir déterminé qu'elle

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

District de HamiltonDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

présentait un tel risque. La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a indiqué qu'on aurait dû entreprendre une surveillance intentionnelle toutes les heures auprès de la personne une fois que l'on avait établi le risque de chute qu'elle présentait.

On a omis d'entreprendre auprès de la personne résidente la surveillance horaire intentionnelle et, ainsi, cette personne a été exposée à un risque réel, car aucune stratégie n'était en place pour réduire la fréquence des chutes et la gravité des blessures dues à celles-ci ni pour maintenir le niveau fonctionnel optimal et la qualité de vie de la personne résidente.

Sources : Entretien avec une PSSP et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers; examen des dossiers cliniques de la personne résidente et de la politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes, révisée pour la dernière fois le 3 avril 2024.

B) Lorsqu'une personne résidente a fait une chute, sans témoin, on a omis de respecter l'exigence du programme selon laquelle il fallait entreprendre une routine documentée de suivi des blessures à la tête.

Justification et résumé

À une date donnée, une personne résidente a fait une chute, sans témoin. Aux termes de la politique du foyer concernant la routine documentée de suivi des blessures à la tête et l'évaluation neurologique, révisée pour la dernière fois le 19 août 2024, les membres du personnel doivent procéder à une évaluation dans le cas de toute chute sans témoin faite par une personne résidente qui présente une déficience cognitive. Il faut donc réaliser la routine documentée de suivi des blessures à la tête immédiatement après la chute afin d'établir l'état neurologique de la personne résidente. Cette routine comprend la vérification des signes vitaux,

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

District de Hamilton

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

une évaluation neurologique de même qu'une évaluation selon l'échelle de coma de Glasgow.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers ont confirmé qu'on avait omis d'entreprendre la routine documentée de suivi des blessures à la tête lorsque la personne résidente a fait une chute sans témoin.

Le foyer a entrepris cette routine lorsque la personne résidente est revenue de l'hôpital.

On a omis d'entreprendre la routine documentée de suivi des blessures à la tête immédiatement après la chute sans témoin faite par une personne résidente et, ainsi, cela a provoqué un risque que la personne ne fasse pas l'objet d'une surveillance appropriée.

Sources : Entretien avec l'IAA et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers; examen des dossiers cliniques de la personne résidente de même que de la politique concernant la routine documentée de suivi des blessures à la tête et l'évaluation neurologique, révisée pour la dernière fois le 19 août 2024.