

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Rapport public original

Date de publication du rapport : 16 août 2023

Numéro d'inspection : 2023-1508-0005

Type d'inspection :

Plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis : Soins continus Bruyère inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Résidence Saint-Louis, Ottawa

Inspectrice principale

Lisa Kluge (000725)

Signature numérique de l'inspectrice

Lisa Kluge

signé numériquement par Lisa Kluge
Date : 2023.08.18 12:31:36 -04'00"

Autres inspectrices ou inspecteurs

Linda Harkins (126)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 31 juillet, et 1^{er}, 2, 3, 8, 9 et 10 août 2023.

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Registres : n° 00022069, IC n° 3013-000012-23, Registre : n° 00083910, IC n° 3013-000015-23 concernant un cas de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.
- Registre : n° 00022147 — plainte relative à un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel, et relative d'autre part à des soins et à des services.
- Registre : n° 00092129 — plainte relative à des préoccupations concernant les soins et les services.
- Registre : n° 00092854 — plainte relative à des préoccupations concernant des soins et des services à une personne résidente.
- Registre : n° 00093209, IC n° 3013-000030-23 — concernant des chutes.

Cette inspection comportait les éléments suivants :

Registre n° 00020140, IC n° 3013-000008-23 et registre n° 00088464, IC n° 3013-000024-23 concernant également 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Alimentation, nutrition et hydratation

Prévention et contrôle des infections

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD 2021

Alinéa 239 (1) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de tenir une liste des transferts sur laquelle sont inscrits les noms des personnes résidentes du foyer qui demandaient à être transférées de l'hébergement à deux lits à l'hébergement individuel au foyer.

Justification et résumé :

Le nom d'une personne résidente figurait sur la liste des transferts sans documentation concernant le type d'hébergement.

La liste des transferts a été mise à jour à une date déterminée en mentionnant la demande de transfert à un hébergement individuel.

Sources : Examen de dossiers et entretiens. [126]

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 8 août 2023.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

AVIS ÉCRIT : Programme de soins**Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente fût réévaluée et à ce que son programme de soins fût réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins relatifs aux comportements réactifs évoluaient et avaient une incidence sur ses besoins en soins personnels.

Justification et résumé :

Le programme de soins actuel de la personne résidente indiquait ce qui suit :

- concernant l'habillement et le bain, qui incluait les soins des ongles et la toilette, la personne résidente opposait une résistance aux soins; cette mention a été révisée pour la dernière fois à une date déterminée il y avait trois ans;
- concernant les soins liés à l'incontinence, indiquant que l'on s'occupait de l'élimination de la personne résidente avant les repas et au coucher et qu'elle devait porter une doublure la nuit; cette mention a été révisée pour la dernière fois à une date déterminée il y avait deux ans.
- intervention du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) s'il y avait lieu pour des besoins en matière de comportements réactifs; cette mention a été révisée pour la dernière fois il y avait sept mois.

Une PSSP et une ou un IAA déterminés ont déclaré que la déficience cognitive de cette personne résidente s'était récemment détériorée et qu'elle opposait une résistance grandissante à ce que l'on répondit à ses besoins en matière de soins personnels. La personne résidente refusait les interventions que tentait d'effectuer le personnel infirmier, ce qui causait un risque accru de chutes et d'infection. Ces PSSP et IAA ont indiqué que cette personne résidente ne prenait pas part aux interventions de leur équipe du Projet OSTC.

Par conséquent, le programme de soins de cette personne résidente n'avait pas été réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins s'étaient détériorés en ce qui concernait sa résistance aux soins personnels, ce qui avait une incidence négative sur ses besoins en matière de soins personnels en causant un risque de chutes et d'infection.

Sources : Observations d'une personne résidente, examen des dossiers médicaux d'une personne résidente, entretiens avec plusieurs membres du personnel infirmier et avec la ou le DSI intérimaire. [000725]

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

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

Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD 2021.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que, lorsqu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) déterminé qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel s'est produit, fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils étaient fondés.

Justification et résumé :

À une date déterminée, la famille d'une personne résidente a informé certains IAA, IA et personnes préposées aux services de soutien personnel d'un incident allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Au cours de cette inspection, une directrice ou un directeur des soins infirmiers déterminé (DSI) a indiqué que cette ou cet IA avait l'obligation d'informer immédiatement le directeur de cette allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Un examen du dossier du rapport d'incident critique déterminé indiquait que cette ou ce DSI avait fait rapport de cet incident le lendemain du jour où l'on avait signalé l'incident à cette ou à cet IA.

Ainsi, cette ou cet IA a omis d'aviser immédiatement le directeur d'une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel, ce qui peut avoir fait courir à la personne résidente un risque de subir un autre préjudice.

Sources : Rapport d'incident critique, examen des dossiers et entretiens avec du personnel infirmier et une ou un DSI déterminé. [000725]

AVIS ÉCRIT : Portes

Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Non-respect de la sous-disposition 12 (1) 1 i. 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les portes donnant sur un escalier, qui empêchent les personnes résidentes de sortir, fussent gardées fermées et verrouillées.

Justification et résumé :

À une date déterminée pendant cette inspection, l'inspectrice 000725 a remarqué que les portes de la cage d'escalier déterminée d'une unité de soins aux personnes résidentes n'étaient pas verrouillées.

Une directrice ou un directeur des soins infirmiers (DSI) déterminé a indiqué à l'inspectrice 000725 que ces portes sont toujours verrouillées pour empêcher l'accès des personnes résidentes.

Un employé déterminé du service d'entretien a indiqué que le pavé numérique de ces portes n'était pas enclenché pour une raison inconnue, laissant ainsi les portes déverrouillées.

Par conséquent, ne pas avoir ces portes donnant sur la cage d'escalier verrouillées constituait un risque élevé pour les personnes résidentes de cette unité en mettant en péril leur sécurité avec risque de faire des chutes et de subir une blessure.

Sources : Observations et entretiens avec une ou un DSI et un membre du personnel d'entretien déterminés. [000725]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus**Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

Non-respect du paragraphe 77 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les repas et les collations fussent servis aux moments convenus par le conseil des résidents et l'administratrice ou l'administrateur ou bien par la personne qu'il ou elle a désignée.

Justification et résumé :

À une date déterminée, l'inspectrice 126 a remarqué cinq personnes résidentes à qui l'on faisait manger un petit déjeuner une heure et cinquante minutes après l'heure habituelle du début de leur petit déjeuner.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

L'inspectrice a examiné les procès-verbaux du conseil des résidents pour les 12 derniers mois, et a remarqué qu'aucune documentation n'attestait qu'il y avait eu une discussion concernant les heures des repas et des collations.

Ainsi, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les repas et les collations soient servis aux moments convenus par le conseil des résidents pour que les personnes résidentes aient un délai acceptable entre les repas.

Sources : Observations et examen des dossiers. [126]

AVIS ÉCRIT : Avis : police**Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.**

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le service de police concerné fût immédiatement avisé d'un incident allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel s'il soupçonnait que l'incident constituait une infraction criminelle.

Justification et résumé :

À une date déterminée, le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Lors de cette inspection, une ou un DSI déterminé a indiqué que l'on n'avait avisé aucun corps de police concernant cet incident.

Par conséquent, ne pas avoir immédiatement avisé le service de police concerné de cet incident allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel peut avoir fait courir à la personne résidente un risque de préjudice supplémentaire.

Sources : Rapport d'incident critique, examen de la trousse d'enquête, examen du dossier d'une personne résidente et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur et une directrice ou un directeur des soins infirmiers. [000725]