

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

| | |
|---|---|
| Date d'émission du rapport : 9 juillet 2024 | |
| Numéro d'inspection : 2024-1311-0001 | |
| Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi | |
| Titulaire de permis : Caessant-Care Nursing and Retirement Homes Limited | |
| Foyer de soins de longue durée et ville : Caessant Care Courtland, Courtland | |
| Inspectrice principale/Inspecteur principal Tatiana McNeill (733564) | Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur |
| Autres inspectrices ou inspecteurs Christie Birch (740 898) Ina Reynolds (524) Joy Kacsandi (000821) Mark Smith (000815) | |

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 18, 20, 21 et 25 juin 2024

L'inspection a été effectuée hors site aux dates suivantes : 19 et 26 juin 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00104760 – SIC n° 2826-000033-23 – relative à la prévention et à la gestion des chutes.
- Plainte : n° 00107565 – SIC n° 2826-000001-24 – relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Plainte : n° 00110013 – inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, art. 26, avec une date de conformité au 29 février 2024
- Plainte : n° 00110014 – inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 003 de l'inspection n° 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1)1, avec une date de conformité au 5 février 2024
- Plainte : no 00111419 – SIC n° 2826-000010-24 – relative à une éclosion de maladie

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

- Plainte : n° 00112414 – inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 004 de l'inspection n° 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, aux termes de la disposition 37(1), avec une date de conformité au 10 mai 2024
- Plainte : n° 00113098 – SIC n° 2826-000015-24 – relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Plainte : n° 00114442 – SIC n° 2826-000017-24 – relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Plainte : n° 00114657 – plainte relative à des préoccupations en matière de soins d'une personne résidente
- Plainte : n° 00115907 – SIC n° 2826-000018-24 – relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Plainte : n° 00117182 – inspection de suivi de l'ordre de conformité n° 002 de l'inspection n° 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, art. 48, avec une date de conformité au 10 mai 2024

La spécialiste du programme, Christy Legouffe, était sur place les 18, 20 et 21 juin 2024.

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° 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, art. 26, effectuée par Christie Birch (740898)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, al. 53(1)1., effectuée par Christie Birch (740898)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, art. 37(1), effectuée par Tatiana McNeill (733564)

Ordre n° 002 de l'inspection no 2023-1311-0005 relative au Règl. de l'Ont. 246/22, art. 48, effectuée par Tatiana McNeill (733564)

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

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Droits des résidents

Problème de conformité n° 001 – avis écrit aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 3(1)16.

Déclaration des droits des résidents, art. 3(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

Par. 16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins conformes à ses besoins.

Justification et résumé

Selon un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) soumis par le foyer, un résident a signalé au personnel infirmier qu'il utilisait leur sonnette d'appel pour demander de l'aide et qu'il devait patienter pour recevoir l'aide demandée.

Examen de l'ensemble minimal de données Évaluation de l'examen Le plan de soins et l'entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ont révélé que la personne résidente a reçu de l'aide pour tous les soins.

Le foyer a ouvert une enquête interne concernant l'incident et en a conclu que le PSSP avait répondu à la demande d'aide de la personne résidente, mais ne lui avait pas fourni les soins dont elle avait besoin.

Le directeur général (DG) a déclaré que le PSSP n'avait pas fourni à la personne résidente les soins qu'elle avait demandés. Il y avait un risque accru que la personne résidente présente des problèmes cutanés si les soins dont elle a besoin ne lui étaient pas fournis rapidement.

Sources : Rapport du SIC, notes de l'enquête menée par le foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le DG et le PSSP. [524]

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

AVIS ÉCRIT : Non-respect de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence.

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 25(1)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25(1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire du permis a omis de veiller au respect de la politique du foyer visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligences pour une personne résidente.

Justification et résumé :

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) remis au directeur a documenté une allégation de mauvais traitement de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente. Selon le rapport du SIC, le directeur général n'avait pas été informé des allégations avant une date ultérieure. Selon les politiques du titulaire de permis et la procédure intitulée « Tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes » (en vigueur en avril 2024), tous les membres du personnel doivent immédiatement signaler au personnel autorisé des mauvais traitements, soupçonnés ou observés, infligés par quiconque à une personne résidente. Si ceux-ci ont lieu après les heures normales de travail, le personnel doit immédiatement informer l'infirmière autorisée (IA) responsable, qui avisera le gestionnaire de garde pour obtenir des directives. Selon cette politique, des mesures correctives seraient également prises contre toute personne omettant de signaler immédiatement des soupçons de mauvais traitements lorsque l'on s'apercevra qu'elle était au courant.

La personne résidente a déclaré avoir immédiatement signalé l'allégation aux personnes préposées aux services de soutien du foyer.

Ces dernières ont déclaré ne pas avoir immédiatement signalé à l'IA l'allégation de mauvais traitement rapportée par la personne résidente. Elles ont aussi déclaré que le foyer ne leur avait communiqué aucune mesure corrective concernant le signalement tardif.

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Selon le rapport du SIC, l'infirmière autorisée (IA) a été informée des allégations de mauvais traitement la nuit précédant la date où elles ont été rapportées au directeur général. Pendant un entretien, l'IA a déclaré ne pas avoir reçu de mesures correctives de la part du foyer au sujet du signalement tardif des allégations. Le directeur général a reconnu que le personnel aurait dû immédiatement signaler les allégations de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente, mais qu'il ne l'a pas fait.

Le fait que le personnel n'ait pas signalé immédiatement les allégations de mauvais traitement de la personne résidente lui a fait courir un risque.

Sources : Rapport du SIC, notes de l'enquête menée par le foyer, politiques visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligences du foyer Caressant Care Courtland, les rapports d'incident critique et les entretiens avec le personnel. [000821]

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 28(1)2.

Faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 que l'allégation de mauvais traitement d'une personne résidente soit immédiatement signalée au directeur.

Justification et résumé

A) Selon un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) soumis par le foyer, une personne résidente a signalé de mauvais traitements présumés de la part d'un membre du personnel à plusieurs personnes préposées aux services de soutien du foyer. L'enquête du foyer a déterminé que le directeur général n'a été informé des allégations qu'à une date ultérieure.

Au cours d'un entretien, le directeur général a reconnu que l'allégation aurait dû être signalée immédiatement, mais qu'elle ne l'a pas été.

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Sources : Rapport du SIC, notes de l'enquête menée par le foyer, entretiens avec le DG et d'autres membres du personnel. [000821]

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'allégation de mauvais traitement d'une personne résidente soit immédiatement signalée au directeur.

Justification et résumé

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) remis au directeur a signalé des violences physiques de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente. L'incident n'a pas été signalé au directeur qu'à une date ultérieure.

Un examen des notes de l'enquête a révélé qu'une lettre de conseil ou d'information du personnel a été remise à l'infirmière autorisée (IA) concernant le signalement obligatoire. Cette lettre précisait que toute allégation de mauvais traitement devait être signalée au gestionnaire de garde et donner lieu à une inspection d'incident critique fondée sur les exigences obligatoires en matière de rapports.

Le directeur général a reconnu que l'incident critique ne lui a pas été signalé immédiatement et qu'il aurait dû l'être. Le fait que le foyer ait omis de le signaler immédiatement au directeur a présenté un risque minime.

Sources : Rapport du SIC, notes de l'enquête menée par le foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le DG. [524]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-al. 55(2)a)(ii)

Soins de la peau et des plaies

Par. 55(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit
(a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant, et

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation de la peau à son retour d'un examen médical.

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé :

Le directeur a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) à la suite de la chute d'une personne résidente. L'examen du dossier et des notes d'évolution de la personne résidente dans Point Click Care (PCC) a montré qu'elle venait de recevoir des soins médicaux et qu'elle s'était blessée. Selon l'examen du dossier et la procédure visant à prévenir la dégradation de la peau (LTC-NURS-S4-80.0; dernière révision, 12 avril 2024), « toutes les personnes résidentes feront l'objet d'une évaluation de la peau (de la tête aux pieds) : dans les 24 heures suivant leur admission, dès leur retour de l'hôpital, dès leur retour d'un congé autorisé de plus de 24 heures, en cas de changement de l'état de santé qui nuit à l'intégrité de la peau. »

Dans le cadre d'un entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée et le directeur des soins infirmiers, tous deux ont déclaré qu'aucune évaluation n'avait été effectuée.

Avoir omis de réaliser une évaluation de la peau de la personne résidente après qu'elle a reçu des soins médicaux a mis en danger l'intégrité de sa peau.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente, examen de la procédure visant à prévenir la dégradation de la peau (LTC-NURS-S4-80.0; dernière révision, le 12 avril 2024), entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée et le directeur des soins. [000815]

AVIS ÉCRIT : Notification sur les incidents

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 104(1)a)

Notification sur les incidents

Par. 104(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :
(a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être; et

Le titulaire du permis a omis de veiller à ce que le mandataire spécial du résident soit immédiatement informé lorsque l'on a eu connaissance d'un incident portant sur une allégation de mauvais traitement de la personne résidente, présumé ou observé, qui a entraîné des blessures physiques.

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé

Une plainte déposée auprès du ministère des Soins de longue durée (MSSLD) alléguait un incident de mauvais traitement. Le plaignant a déclaré que la personne résidente a signalé au personnel que la personne qui s'occupait de ses soins l'avait blessée. Le mandataire spécial a été informé du mauvais traitement plus tard, après la survenue de l'incident.

L'examen d'un incident critique présenté au directeur, les notes de l'enquête menée par le foyer et les notes d'évolution alléguaient que la personne résidente avait fait l'objet de mauvais traitement par un membre du personnel.

Le directeur général a reconnu que le mandataire spécial de la personne résidente a été informé de l'incident plus tard, après qu'il a eu lieu. Le fait que le foyer ait omis d'informer immédiatement le mandataire spécial a présenté un risque minime.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente, notes de l'enquête menée par le foyer et entretiens avec le DG. [524]