

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 10 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1397-0004

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique


Titulaire de permis : St. Joseph's Health Centre of Sudbury

Foyer de soins de longue durée et ville : Villa Saint-Joseph de Sudbury, Sudbury

Inspectrice principale

Shelley Murphy (684)

Signature numérique de l'inspectrice

Shelley Murphy  Digitally signed by Shelley
Murphy
Date: 2024.07.16 15:19:34 -04'00'

Autre inspectrice

Jennifer Nicholls (691)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 28 juin 2024

L'inspection concernait :

- Un signalement concernant de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente par un membre du personnel;
- Un signalement concernant une éclosion;
- Trois signalements concernant de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes;

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Droits et choix des personnes résidentes
Rapports et plaintes

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence

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 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 soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique infligés par un membre du personnel.

L'article 7 du Règlement de l'Ontario 242/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme étant « l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur ».

Justification et résumé

Le ministère des Soins de longue durée a reçu un rapport d'incident critique concernant un incident présumé de mauvais traitements d'ordre physique impliquant un membre du personnel et une personne résidente.

Un examen des notes d'enquête a révélé qu'un membre du personnel a déclaré avoir été témoin de mauvais traitements d'ordre physique infligés à la personne résidente par un autre membre du personnel.

Le directeur des soins a confirmé que l'action du membre du personnel envers la personne résidente a entraîné de mauvais traitements pour cette dernière.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le préjudice subi par la personne résidente est minime, car elle n'a pas été blessée physiquement.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques, examen de la politique du foyer sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, notes d'enquête, examen du dossier de santé électronique de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, documentation Point of Care, évaluations de la tête aux pieds et entretiens avec le directeur des soins et d'autres membres du personnel.

[691]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 26 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur toute plainte écrite qu'il a reçue concernant les soins prodigués à une personne résidente et le fonctionnement du foyer de soins de longue durée sous la forme prévue par les règlements.

Justification et résumé

Au cours de l'entretien préalable à l'inspection, la personne plaignante a indiqué qu'elle avait soumis une plainte par courriel au foyer concernant ses préoccupations au sujet des droits des personnes résidentes.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le directeur des soins a déclaré que la plainte soumise au foyer concernant les droits des personnes résidentes n'avait pas été soumise au ministère des Soins de longue durée.

Le risque pour les personnes résidentes est faible et le fait de ne pas soumettre la plainte n'a pas mis les personnes résidentes en danger.

Sources : Entretien avec la personne plaignante et le directeur des soins, politique du foyer en matière de processus de plaintes, de préoccupations et de suggestions, révisée pour la dernière fois le 22 avril 2024.
[684]

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
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.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis en application de la présente loi ou de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, 2021, chap. 39, annexe 1, par. 28 (1) et 203 (4).

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Nord**159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'allégation de mauvais traitements infligés envers une personne résidente de la part du personnel, impliquant une personne résidente, soit immédiatement signalée au directeur.

Justification et résumé

Un jour donné, il a été rapporté qu'un membre du personnel avait vu un autre membre du personnel devenir violent avec une personne résidente alors qu'il lui prodiguait des soins. L'incident a été signalé à un autre membre du personnel le même jour, mais il n'a été signalé au directeur que le lendemain.

Lors d'un entretien avec le directeur des soins, celui-ci a indiqué qu'il avait été informé par courriel de l'allégation de violence entre le personnel et la personne résidente par le deuxième membre du personnel le lendemain de l'incident, et que l'incident aurait dû être immédiatement signalé au directeur au moyen de la ligne téléphonique ouverte après les heures de bureau.

Le risque de préjudice lié au fait que l'allégation de violence entre employés et personnes résidentes n'a pas été immédiatement signalée au directeur est minime.

Sources : Rapport d'incident critique, notes de l'enquête interne, politique du foyer sur la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, entretien avec le directeur des soins et d'autres membres du personnel.

[691]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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 58 (4) c) 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 :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation soit effectuée et analysée pour les comportements réactifs d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une évaluation a été effectuée pour une personne résidente à deux occasions distinctes, pendant un certain nombre de jours, après que la personne résidente ait manifesté des comportements réactifs envers d'autres personnes résidentes. L'examen du document a montré qu'il manquait des informations pour plusieurs jours, et après les périodes d'observation, l'analyse des résultats de l'observation n'a pas été effectuée.

Le directeur des soins a reconnu que la surveillance n'avait pas été effectuée comme prévu.

L'absence de documentation et d'analyse a fait courir à la personne résidente le risque de ne pas recevoir les soins appropriés en raison de comportements déclencheurs non identifiés.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le directeur des soins et d'autres membres du personnel.
[691]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect : du paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un dossier documenté pour toutes les plaintes reçues.

Justification et résumé

Le directeur des soins n'a pas été en mesure de fournir à l'inspectrice un registre des plaintes reçues en 2023 et à ce jour en 2024.

La politique du foyer indique que l'administrateur ou son délégué devra tenir un registre de toutes les plaintes verbales non résolues dans les 24 heures et de toutes les plaintes écrites reçues, quel que soit le temps requis pour les résoudre.

L'absence de documentation sur la procédure de plainte du foyer présente un risque faible et n'a pas de répercussions sur les personnes résidentes.

Sources : Entretien avec le directeur des soins, politique du foyer en matière de processus de plaintes, de préoccupations et de suggestions, révisée pour la dernière fois le 22 avril 2024

[684]